



**Universidad Nacional Autónoma de México.  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado  
Especialidad en Enfermería Infantil  
Hospital Infantil de México Federico Gómez**



**Estudio de caso  
Cuidados en un escolar con alteración en la necesidad de  
Seguridad y Protección  
Que para obtener el grado de Especialista en Enfermería Infantil**

**P R E S E N T A  
Lic. Lozano Espinosa María Inés**

**ASESORADO**

**Lic. Enf. Maricela Cruz Jiménez**

**México D.F. 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Índice

| <b>Tema</b>  | <b>pág.</b> |
|--|-------------|
| Introducción.....  | 3           |
| I.  Objetivos.....   | 5           |
| II. Fundamentación   |             |
| 2.1 Antecedentes.....  | 6           |
| 2.2 Propuesta teórica de Virginia Henderson .....            | 28          |
| 2.3 Proceso del cuidado.....                                 | 39          |
| 2.4 Factor de dependencia.....                               | 61          |
| 2.5 Aspectos éticos.....                                     | 68          |
| III. Metodología   |             |
| 3.1 Descripción del caso.....                                | 72          |
| 3.2 Métodos e instrumentos.....                              | 77          |
| 3.3 Proceso de construcción del diagnóstico.....             | 78          |
| 3.4 Proceso de planeación especializada.....                 | 82          |
| 3.5 Plan de alta.....  | 162         |
| IV. Resultados.....  | 165         |
| V. Conclusiones y sugerencias.....                           | 169         |
| VI. Bibliografía.....  | 170         |
| VII. Anexos.....   | 174         |
| 1. Valoración de las necesidades básicas en el escolar ..... | 175         |
| 2. Hoja de reporte diario.....                               | 189         |
| 3. Consentimiento informado.....                             | 191         |

## Introducción

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes pediátricos en donde la enfermera es capaz de utilizar el Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con algún modelo conceptual, que permita a la enfermera proporcionar una atención y cuidado de calidad y con alto sentido humano. Esto ha fortalecido en los últimos años la profesión de Enfermería, ya que le da bases científicas al ser y hacer de la Enfermera.

En el presente estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesión independiente, capaz de hacer juicios independientes, considerándola como la mayor autoridad en los cuidados básicos de Enfermería, mismos que los ubica en catorce componentes o necesidades básicas de la persona, en este caso en particular del niño y su familia.

Este estudio de caso se realizó durante la Especialización en Enfermería Infantil con sede en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el cual fue ejecutado en un escolar con alteración de sus necesidades detectando además el nivel de independencia-dependencia según la propuesta hecha por Phaneuf.

Este caso busca establecer Cuidados de Enfermería en un escolar con alteración en sus necesidades que permitan llevarlo a un estado de independencia como lo plantea Virginia Henderson. El mismo está conformado por siete partes, en la primera se establece el objetivo general y específico del estudio de caso. En la segunda parte se establece la fundamentación en donde se encuentran estudios relacionados con la propuesta teórica de Virginia Henderson, la teoría como tal, el proceso del cuidado y la Hemofilia A como factor de dependencia sin olvidar los aspectos éticos que rigen la profesión de Enfermería. En la tercera parte se presenta la metodología, en la cual se describe el caso en estudio, los métodos e instrumentos utilizados, el proceso de construcción del diagnóstico, el proceso de planeación especializada y el

plan de alta. En la cuarta parte se dan los resultados del estudio de caso. En la quinta las conclusiones y sugerencias. En la sexta y séptima la bibliografía utilizada y los anexos respectivamente.

## **I. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Aplicar el Proceso Enfermero orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson en un escolar con alteración en la necesidad de Seguridad y protección para resolver sus problemas de salud y lograr su independencia.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Propiciar un ambiente cordial con el paciente y la familia para la realización del proceso.
- ❖ Realizar valoraciones focalizadas en un escolar para identificar las necesidades alteradas.
- ❖ Elaborar diagnósticos de enfermería basados en los datos que se han obtenido.
- ❖ Estructurar un plan de intervenciones y llevarlo a la práctica para contribuir en la satisfacción de las necesidades.

## **II. Fundamentación**

### **2.1 Antecedentes.**

En las últimas décadas las Enfermeras han elaborado diversos estudios de casos clínicos, valoraciones estandarizadas e investigaciones, lo que le ha permitido fundamentar sus cuidados y su profesionalización.

En este estudio de caso se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos relacionados en varias fuentes bibliográficas y electrónicas que se han basado con la propuesta teórica de Virginia Henderson de estos se encontraron seis estudios de casos en niños, siete en adultos, dos planes de cuidados estandarizados, uno sobre valoración, cuatro de investigación y uno más sobre dificultades en la valoración.

El primer artículo revisado es publicado en el 2006, trata de un lactante menor (3 meses), el cual presenta múltiples problemas por prematurez, en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, que es donde se realiza la aplicación del Proceso Enfermero con la propuesta de Virginia Henderson en el periodo postquirúrgico en el servicio de Cardiopediatría.

Se valoró continuamente con el modelo conceptual de las catorce necesidades básicas, junto con la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para realizar los diagnósticos.

La jerarquización es el resultado de la valoración de las necesidades básicas del paciente en las que se encontraron 8 necesidades alteradas, de las cuales se despliega el plan de atención con 8 diagnósticos reales y 3 de riesgo.

Los cuidados proporcionados permiten que el lactante resuelva satisfactoriamente el problema cardíaco, pero la estancia hospitalaria fue más prolongada por múltiples complicaciones que comprometieron su salud gravemente.

La autora concluye que la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente pediátrico. La utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica durante el ejercicio de la profesión ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana. El plan de atención se debe ir

modificando ya que las necesidades y los problemas cambian de forma constante y dinámica, por lo que una valoración constante ayuda a que se identifiquen los problemas a resolver.<sup>1</sup>

En el 2003 Espinosa y Franco realizan el caso clínico de un lactante con neumonía realizado en un hospital de tercer nivel, con la orientación teórica de Virginia Henderson, solicitaron la autorización de los padres y del niño así como su cooperación para realizar los procedimientos, en la recolección de datos se utilizó el instrumento basado en las necesidades del niño de 0 a 5 años, se realizaron 22 seguimientos diarios.

Para la jerarquización de las necesidades se utilizó la propuesta de Phaneuf a través del Continuum independencia – dependencia. Posterior a la valoración se analizaron los datos obtenidos para determinar los problemas independientes e interdependientes, las fuentes de la dificultad y el grado de dependencia de cada necesidad. De esto se derivan 17 diagnósticos de enfermería, de los cuales 11 corresponden a dependencia, 5 a independencia y 1 de alto riesgo.

En el plan de intervención se tomó en cuenta los diagnósticos que reflejan la actividad independiente de la enfermera y solo se presentan los 4 diagnósticos de alta prioridad para este caso.

Las autoras consideran que se logró el objetivo del caso clínico, que fue el de proporcionar un cuidado integral con sentido humano y de la práctica de enfermera se beneficia al contar con una base teórica y metodológica e instrumental, como la que se llevó a cabo en el estudio.

Como conclusiones consideran que la aplicación de la propuesta de las necesidades fundamentales a través del proceso de atención de enfermería se requiere de la adquisición de conocimientos y habilidades. En los diagnósticos de enfermería su formulación es de suma importancia ya que en ellos se conjuga el análisis de los datos y de los cuales surgen los cuidados de enfermería que cambia la práctica de enfermería. También mencionan que es factible la aplicación la propuesta de Virginia Henderson en el área de pediatría, lo cual permite ver a la persona como un

---

<sup>1</sup> Sierra PM., Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006; 14 (1): 16 – 23



integrante de una familia con diferentes necesidades y como última el beneficio que obtiene la práctica de la enfermera al contar con una base teórica para destacar su acción independiente sin olvidar su actuación interdisciplinaria.<sup>2</sup>

El siguiente caso clínico fue realizado por Partera, Molina, Gestiniy Caverio en una niña preescolar 5 años, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; basado en el modelo de Virginia Henderson manifestando las autoras que es el más conocido y aceptado, ya que admite la inclusión de problemas de colaboración en el plan de atención (algo de gran importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos) logrando con ello la utilización de la taxonomía de la NANDA en la formulación de los problemas identificados.

La metodología aplicada fue el Proceso de Atención de Enfermería desarrollado por necesidades con problemas de colaboración, diagnósticos de enfermería reales y de riesgo e incluyendo la utilización de la taxonomía de la NANDA.

Las autoras se centraron en los problemas que dieron identidad al caso y que requieren una implicación especial de enfermería. Se identificaron para cada problema los objetivos y actividades y la valoración.

Dentro de la valoración se encuentran alteraciones de dependencia en el cuidador primario, por lo que en los diagnósticos e intervenciones algunos se centran en el cuidador primario, se realizan 7 diagnósticos de los cuales dos son de riesgo, dos de colaboración y tres diagnósticos reales.

La valoración fue favorable en los cuidados proporcionados a esta preescolar, se logro disminuir el grado de ansiedad inicial de los padres y se logra un cambio conductual positivo de la madre hacia los cuidados de la hija.

Como conclusiones se refiere que en la UCIP las actividades de enfermería básicamente en problemas de colaboración que requieren una actuación rápida eficiente y eficaz, con gran soporte tecnológico pero no por eso se debe de obviar la necesidad de incluir todas las dimensiones biopsicosociales de la persona. En lo

---

<sup>2</sup> Espinosa MV, Franco OM. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía en Desarrollo Científico de Enfermería, 2003, 11 (1); 24 – 29.

referente a pediatría resulta impredecible tener en cuenta a los padres como cuidadores principales que junto con los pacientes forman una unidad.<sup>3</sup>

El siguiente caso fue realizado por Benítez, durante el periodo del 11 al 14 de diciembre del 2001.

Realizo ocho seguimientos directos en el servicio, a través de la clínica de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el expediente clínico, los diagnósticos fueron estructurados con el formato PES (Problema, Etiología, Signos y/o Síntomas) y el sistema de taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se realizaron 11 diagnósticos reales; con tres tipos de intervenciones: Independientes, Interdependientes y Dependientes. Se realizó un plan de intervenciones y se diseñó de igual manera un plan de alta con algunas intervenciones a realizar por los cuidadores del niño en la casa hogar donde residía.

La jerarquización de las necesidades básicas, fueron realizadas valoraciones focalizadas, además de la exploración física. Para los efectos de la publicación se presentan los elementos más importantes de la valoración, solo presentan 7 diagnósticos en forma resumida explícitos en el plan de atención.

La autora concluyo, que la utilización conjunta del Proceso Enfermero con la filosofía de Virginia Henderson permitió que los cuidados proporcionados al niño fuesen resultado de la valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de la dificultad y problemas de dependencia en un preescolar, de esta forma, permitió orientar la valoración de enfermería para obtener datos objetivos y subjetivos de la persona, particulares a cada necesidad y características del niño, destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciéndole al individuo una atención integral y específica. Las necesidades con dependencia, se mantuvieron prácticamente con el mismo nivel, disminuyendo solo un grado, no existe un compromiso real por parte del personal de salud y los cuidadores secundarios. Manifiestan que fue difícil que se realizara un seguimiento de las intervenciones de enfermería, pues los problemas de

---

<sup>3</sup> Partera LMC., Molina PF., Gestini SS., Cavero CJB., Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre en Enfermería Clínica 2003; 13(5); 313 – 20

dependencia se resolverían en un largo plazo y era necesaria la voluntad de los cuidadores secundarios para llevar hacia la independencia a este niño.<sup>4</sup>

En el 2001 se publica un caso clínico en un adolescente masculino de 13 años. Se realizó la valoración global continua del estado independiente o dependiente del paciente, se solicitó la autorización por escrito del padre o tutor en una carta de consentimiento informado, empleando la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración física general y focalizada a través de un instrumento de recolección de datos y mediante el método clínico posteriormente se elaboró un plan de intervenciones de enfermería.

Se realizó un análisis de las 14 necesidades fundamentales de acuerdo a los indicadores de independencia – dependencia y se dio seguimiento a cada necesidad para detectar el grado en que se encontraban, para establecer el grado de dependencia se utilizó la tabla de continuum independencia – dependencia, el control de la evolución de los cuidados se centró prioritariamente en la medición y/o detección del funcionamiento de las necesidades básicas.

Los diagnósticos fueron elaborados con la taxonomía de la NANDA así como el formato PES. Se realizaron trece seguimientos por parte de la autora. Los planes de cuidados establecidos para cada uno de los diagnósticos de enfermería derivados de la dependencia de la necesidad de movimiento y mantener una buena postura determinaron el tipo de intervenciones que permitieran cubrir las respuestas humanas del adolescente para evaluar así los resultados obtenidos.

La evaluación de este caso fue una dependencia decreciente (en mejoría), en relación con la duración se consideró crónica.

La autora concluye que las catorce necesidades básicas conjuntamente con el proceso de atención de enfermería son aspectos que cambian la práctica tradicional de enfermería; además considera que la asesoría tutorial, es un método que favorece el aprendizaje.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Franco OM., Benítez TMA., Proceso del cuidado a un preescolar con VIH, en Revista Enfermería Universitaria, ENEO 2004., 13 – 23

<sup>5</sup> Sánchez LV., Revista de Enfermería Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, en Revista de Enfermería 2001; 9(2):91 – 96.

En 1994 Guallart y Roca publican el caso clínico de un recién nacido pretérmino, el cual se realizó en la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil Sant Joan de Deu, Esplugues (Barcelona), es un hospital universitario integrado en la Universidad de Barcelona y de tercer nivel.

La valoración sistemática y continua les permite detectar los problemas y planificar los cuidados autónomos e interdependientes, en donde la planificación y ejecución son vistos de manera paralela y complementarias, para el restablecimiento del recién nacido, y el seguimiento por parte de los padres cuando ya están en casa. Los cuidados de enfermería se planificaron y ejecutaron a partir del proceso de atención centrado en las necesidades de la recién nacida y sus padres, para los registros de datos se utiliza la documentación del servicio.

La jerarquización se realiza por medio de la valoración inicial y posteriormente por las valoraciones de las necesidades básicas durante el tiempo que la recién nacida estuvo hospitalizada.

Los diagnósticos de enfermería se realizan por medio de la taxonomía de la NANDA. Las intervenciones de enfermería fueron de sustitución, pero no se logra abordar la etiología por lo que las intervenciones estaban dirigidas a solucionar las manifestaciones de cada problema y el rol autónomo de la enfermera.<sup>6</sup>

Ortiz y Poza publican en el 2007 un caso clínico, sobre un paciente femenino de 28 años que fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por accidente cerebro vascular.

Fue realizado según el modelo de Virginia Henderson, trabajando el área de conocimientos, la jerarquización se realiza por medio de la valoración integral de las catorce necesidades básicas. Para la realización de los diagnósticos se utiliza la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), el diagnóstico y las fases subsecuentes los autores lo manejan en dos ejes prácticos de intervención: la familia y el paciente. Se considero que tiene una dependencia total en 7 necesidades básicas.

---

<sup>6</sup> Guallar M, Roca ICN., Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino en Enfermería Clínica 1994, 8 (2):44 – 49.

Se realizan seguimientos posteriores sobre las dependencias sin que exista mejoría significativa.

Los autores concluyeron que el modelo de Henderson es de gran importancia para planificar los cuidados ya que valora los espacios autónomos y también valora el entorno familiar ya que el no valorarlo y realizar cuidados específicos crea en el paciente mayor ingresos al hospital y mayor dependencia en sus necesidades. Se ha empleado adecuadamente el sistema estandarizado del lenguaje enfermero (NANDA, NIC Y NOC), lo cual es de gran utilidad en el marco de la investigación aplicada. Se observa que NANDA; NIC y NOC son muy extensos igual que el modelo de Henderson se realiza el caso clínico bajo dos criterios la brevedad y claridad.<sup>7</sup>

Tirado refiere en el 2007 el caso clínico realizado por el Servicio de Andaluz de Salud (España). En la cual velan para que los pacientes cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades, realizada por ella y/o por otros profesionales del equipo de atención primaria, que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente a prevenir problemas de salud y paliar los existentes. Se utilizo la taxonomía de la NANDA, NIC, y NOC y el modelo de Virginia Henderson.

Se realizo la valoración de las 14 necesidades básicas y los problemas de colaboración; se llevo a cabo el plan de cuidados por parte del personal implicado, consiguiéndose mejorar los problemas detectados en una primera valoración, aumentando el cumplimiento del tratamiento y aumentando la autoestima de la paciente.

En conclusión el autor refiere en el caso requirió la participación de un equipo multidisciplinar para prestar cuidados y apoyo a la enferma y a la cuidadora, por parte de la trabajadora social, fisioterapeuta, enfermero, médico de familia y enfermero comunitario de enlace.

---

<sup>7</sup> Ortiz JFM., Poza ACM., Cuidados de suplencia total en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos deficientes Evidentia 2007; 4(15). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/329articulo.php> [ISSN: 1697-638X].consultado el 19 de octubre del 2007.

En relación a la metodología NANDA, NOC, NIC, ha supuesto la introducción del método científico en la disciplina enfermera, promoviendo la investigación y desarrollo de bases teóricas que redunden en una mayor eficacia de nuestras intervenciones prácticas. El aplicar esta metodología aumenta la calidad de los cuidados, la eficacia y eficiencia, la uniformidad de cuidados, la homogeneización del lenguaje y la posibilidad de evaluar la calidad de la atención de enfermería.<sup>8</sup>

Poza y Ortiz en el 2006, sin referir el hospital o servicio en el cual se encontraba, menciona este caso clínico de un adulto de 54 años, utilizando el modelo de Virginia Henderson aplicando las taxonomías de la NANDA, NOC y NIC, fueron detectados 8 diagnósticos de enfermería de los cuales 7 son reales y uno de riesgo. En cada uno de ellos se tiene el diagnóstico, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería. Por último se realiza un seguimiento y la evaluación del plan de cuidados.

Las autoras refieren que es necesario un abordaje integral de estos pacientes, destacando que la reinserción laboral es de gran ayuda para los pacientes. Que uno de los problemas principales en este caso clínico fue la redacción debido a la complejidad del caso. Estos pacientes requieren de cuidados especializados antes de la cirugía, ellas creen que es conveniente la creación de una consulta de educación para la salud en la misma unidad, sin necesidad que el paciente este ingresado y para dar seguimiento durante todo el proceso.<sup>9</sup>

En el 2006 Flores, Añorve y Escalante presentan un caso clínico en una paciente de 76 años, que se encontraba ingresada en el Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

Se realiza valoraciones basadas en las 14 necesidades básicas y con ello se jerarquizan las necesidades, los componentes son redactados bajo la taxonomía de la NANDA.

---

<sup>8</sup> Tirado PG., Intervención multidisciplinar en una Mujer Anciana tras una Caída Accidental en Desarrollo científico de Enfermería; 2007; 15(1).22 – 27.

<sup>9</sup> Poza ACM., Ortiz JFM., Plan de cuidados al paciente laringectomizado total. Caso clínico Evidentia 2006 nov.- dic.; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/266articulo.php> [ISSN: 1697-638x], consultado el 19 de octubre de 2007.

Se encuentran 5 necesidades en dependencia, se formulan 6 diagnósticos de enfermería reales, se marca el objetivo, las intervenciones y la evaluación, las cuales fueron favorables en esta paciente.

Las autoras concluyen que las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo a las necesidades detectadas en la paciente y sus objetivos de cuidado se orientaron a cubrir las necesidades físicas y emocionales que enfrentó esta paciente.<sup>10</sup>

El siguiente caso clínico fue realizado en un adulto de 66 años del sexo masculino, por Lugo, Frutos y Añorve en el 2003, el cual fue abordado en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", este trabajo fue realizado dentro de un programa de capacitación para el manejo del Proceso Atención de Enfermería (PAE) éste ha permitido mejorar la calidad del cuidado y como marco conceptual se ha utilizado el de las 14 necesidades básicas y se empleó la taxonomía de la NANDA para la estructuración de los diagnósticos de enfermería.

Se establecen como metas en este adulto prolongar la supervivencia, satisfacer las necesidades de acuerdo a la jerarquización y mejorar su calidad de vida.

El objetivo general fue la de validar la aplicación del modelo conceptual de Henderson, la taxonomía de la NANDA a un enfermo con patología cardiovascular y neurovascular.

Se realizó la valoración en donde se identificaron los factores de riesgo que pudieran retardar su recuperación, se realizaron los diagnósticos de enfermería identificados a partir de las necesidades evidenciadas, para que en un siguiente momento se aplicara un programa de trabajo, jerarquizando las necesidades y así cubrir las de manera objetiva con intervenciones de enfermería.

Se presentan once necesidades alteradas con su diagnóstico de enfermería de los cuales se presentan un total 13 diagnósticos de estos 9 son reales y 4 de riesgo, la causa de la dificultad, el objetivo, intervenciones y su evaluación, las cuales se consideran favorables para la evolución del paciente.

---

<sup>10</sup> Flores MI., Añorve GA., Escalante SPE., Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006 sep. – dic.; 14(3) en <http://www.inex-f.com/rmec/14/14-90.php> [ISSN: 1697-638X] consultado el 19 de octubre de 2007

Como conclusiones refieren que la aplicación de un proceso de atención de enfermería guiado por un modelo permite proporcionar un mejor cuidado a los aspectos físicos, sociales y espirituales de los pacientes. En el paciente en el cual fue aplicado el proceso le fueron brindado cuidados de acuerdo a sus necesidades, las cuales fueron jerarquizadas y se logro alcanzar las metas propuestas.<sup>11</sup>

El caso clínico expuesto por Márquez, Enríquez, Benítez, Sánchez fue realizado durante la práctica clínica de 5to. Semestre de la licenciatura de enfermería en el Hospital general “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” del ISSSTE en el servicio de medicina interna, del 13 al 17 de agosto de 2001, el cual se clasifico como un estudio retrospectivo, prospectivo y documental, el proceso fue realizado en un adulto sin especificar la edad, con insuficiencia renal crónica, en este estudio se aplicaron las etapas del Proceso Enfermero con el enfoque teórico de Virginia Henderson.

La jerarquización de necesidades fue de acuerdo a la valoración de las necesidades básicas de estos, dos se encuentran en franca dependencia (evitar peligros y aprendizaje) las demás necesidades se consideran parcialmente dependientes y ninguno en independencia, los diagnósticos fueron realizados por el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Sintomas) propuesto por Gordon, 1976, de los cuales se realizan 6 diagnósticos, de estos se clasifican en 5 diagnósticos reales y 1 de alto riesgo, se elaboraron los objetivos y las intervenciones que se realizarían para cumplir los objetivos marcados.

Para la evaluación de las intervenciones se evaluó el logro de los objetivos los cuales se consideraron favorecedoras para el paciente.<sup>12</sup>

En 1998 Castillo y Domínguez presentan el caso clínico en un adulto de 31 años, el cual es atendido en un hospital de tercer nivel.

---

<sup>11</sup> Lugo EDJ., Frutos BS., Añorve GA., Adulto mayor con patología cardiovascular y neurovascular en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11 (1): 18 – 25

<sup>12</sup> Márquez MMA., Enríquez GQ., Benítez QS., Sánchez ET. Proceso atención de enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y alteraciones de sus diferentes necesidades. Enfermería Universitaria, ENEO, 2002;1 (2) 16 -22.



Para la valoración, esta fue evaluada por medio de una entrevista donde el paciente manifestó un cambio en cuanto a sus conocimientos y realizó una demostración de la preparación de su medicación.

La planificación del alta fue realizada por medio de la valoración de las necesidades básicas y esto les dio la jerarquización de necesidades, los diagnósticos fueron realizados por la taxonomía de la NANDA, de estos derivan los objetivos y las actividades de acuerdo a los mismos.

Como conclusiones las autoras rescatan la importancia de que la educación sanitaria inicia en el hospital, pero que debe ser continua y reforzada una vez que el enfermo se va de alta; este tipo de trabajos permite plasmar la información de una forma estructurada y unificando los criterios lo que se ve reflejado en la atención que se proporcionan a los pacientes y por último refieren que la utilización del método científico ayudan al personal de enfermería a que los cuidados sean más eficaces y efectivos.<sup>13</sup>

La siguiente investigación fue publicada en el 2007, es un estudio epidemiológico transversal a 30 pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple del servicio de Neurología del Hospital de Donostia, se utilizó un cuestionario basado al modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson. Las entrevistas se realizaron en febrero, marzo y abril de 2004, las que fueron realizadas en su domicilio, previa cita telefónica y su participación fue anónima y voluntaria.

Los resultados de la investigación fueron que el 65% eran mujeres, el 35% hombres. La media de edad de diagnóstico de esclerosis múltiple es de 31.7 años. La media de edad de la muestra fue de 46.5 años. Se analizaron los resultados y en los cuales destacan las siguientes manifestaciones de dependencia y problemas de autonomía: no aceptación ni adaptación a la enfermedad (25%); falta de información y le gustaría saber más (60%); incontinencia urinaria (35%); estreñimiento (35%); problemas de movilidad (70%); problemas para dormir (35%); problemas de visión (35%).

---

<sup>13</sup> Castillo E, Domínguez M., Planificación del alta de un enfermo con trasplante renal en Enfermería clínica, 1999, 3 (4); 163 -166.

Los autores al realizar el análisis de estos resultados infirieron las etiquetas diagnósticas de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA los cuales clasifican en 3 diagnósticos de enfermería reales: conocimientos deficientes; deterioro de la adaptación; conductas generadoras de salud. 8 de riesgo: riesgo de déficit de autocuidado: alimentación; riesgo de déficit de autocuidado: higiene; riesgo de déficit de autocuidado: utilización del baño; riesgo de déficit de autocuidado: vestirse y mantener el aseo personal; riesgo de aislamiento social; riesgo de deterioro de interacción social; riesgo de soledad; riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Y por último se refieren 7 diagnósticos interdependientes: complicación potencial: incontinencia; complicación potencial: estreñimientos; complicación potencial: paraplejia; complicación potencial: problemas de visión; complicación potencial: movilidad; complicación potencial: inmovilización; complicación potencial: insomnio.

Los autores concluyeron que los resultados de este estudio nos orientan en la organización de los cuidados de enfermería que se proporcionan a estas personas.<sup>14</sup>

La siguiente investigación fue realizada por Rodríguez y Ferrer en el servicio de Lactantes del Hospital Materno Infantil Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A. Coruña, España. Es un estudio observacional y de prevalencia, descriptivo, la población de estudio está constituida por todos los informes de alta de enfermería elaborados a los pacientes ingresados en el periodo comprendido del 21 de octubre de 1999 al 21 de febrero del 2000. Se analizan un total de 176 informes de enfermería al alta.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de Virginia Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica. Cuantificar los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad e identificar la relación entre sexo y edad.

---

<sup>14</sup>Elorza PI., Gordo AA., Huitzi EX., Uria UI., Valoración y diagnósticos de enfermería de las personas con esclerosis múltiple. Un estudio transversal. Evidentia 2007 mar – abr.: 4(14). En <http://www.index-f.com/evidentia/n14/316articulo.php>[ISSN: 1697-638X]. consultado el 19 de octubre de 2007.

Como antecedentes de esta investigación se explica que en 1997, la dirección de enfermería del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A Coruña decidió implantar y generalizar, a todas las unidades del Complejo Hospitalario, Planes de cuidados de Enfermería con ayuda de un programa informático, se creó una comisión el cual realizó la elección del Modelo de Henderson como marco conceptual, esta misma comisión eligió para definir los problemas identificados la taxonomía diagnóstica de la NANDA, asimismo, selecciono los diagnósticos enfermeros que se asociaran a cada necesidad básica. Esta taxonomía permite describir, identificar, tratar y comparar los fenómenos que son de la competencia de enfermería, facilitando un impredecible lenguaje común. Con el modelo enfermero ya definido, los diagnósticos NANDA seleccionados y la adquisición del programa informático, se propuso en 1998 al servicio de pediatría lactantes para participar como unidad piloto: la puesta en marcha del proceso de enfermería informatizado.

Como resultados se incluyo 176 niños de los cuales 100 eran varones y 76 mujeres con edades comprendidas entre 1 y 24 meses que ingresaron durante el periodo del estudio y se les realizó un informe de alta de enfermería; las necesidades y los diagnósticos más prevalentes han sido: evitar peligros (90.9%) con los diagnósticos relacionados de riesgo de traumatismo (82.4%) y riesgo de infección (66.5%); mantener la temperatura adecuada (68.8%) con el diagnóstico de hipertermia (56.8%); respirar (48.9%) con limpieza ineficaz de la vía aérea (29%) y riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea (13.6%).

Al no haber estudios previos, no se logro contrastar resultados con relación a la prevalencia de las necesidades de Henderson y de los diagnósticos NANDA en la unidad de hospitalización estudiada. Existe prevalencia en los diagnósticos de riesgo, por lo que las actividades de prevención son fundamentales; y la edad y el sexo son determinantes en la presencia de diferentes problemas. Existen necesidades y diagnósticos de enfermería poco prevalentes o que no han sido empleados lo cual puede ser atribuido a carencias en el aprendizaje de la nueva metodología de valoración y el registro de diagnósticos enfermeros. La clasificación informatizada de diagnósticos de enfermería aporta una serie de

ventajas que no suponen una carga de trabajo adicional. Por lo que es necesario que los enfermeros aprendan a emplearla y recojan los beneficios que de ella se derivan tanto en el ámbito asistencial como en el docente, el gestor y el investigador.<sup>15</sup>

En 1999 el gremio de enfermería del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román, presenta un estudio de casos, prospectivos, descriptivo transversal, tomando en cuenta como universo todo paciente diabético mayor de 18 años de la consulta externa y área hospitalaria del servicio de medicina interna.

Los pacientes atendidos en este centro hospitalario son de bajos recursos económicos y que tienen desconocimiento sobre la enfermedad.

El objetivo es la validación de un método para la detección de necesidades del paciente que es atendido en este centro hospitalario; como un segundo objetivo se marca el introducir cambios en los estilos de vida del paciente diabético y adquirir habilidades y destrezas para su cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas.

La importancia de este estudio se basa en estipular la atención a este tipo de pacientes, y que sea llevado de una forma individual y lograr así una capacitación acorde a cada uno.

Para esta investigación se tomo el periodo del 29 de junio al 16 de julio de 1999.

Se realizaron un total de 52 encuestas, de los cuales el 73% son del sexo femenino y de ellos el 42% son mayores de 61 años; como nivel socioeconómico el 73% fue bajo; el 29% se sabe diabético hace mas de 5 años y el 46% inicio su padecimiento en la cuarta década de la vida.

Específicamente en la valoración de las 14 necesidades básicas: en la necesidad de oxigenación se detectaron problemas de circulación a nivel periférico en los cuales se valora una disminución en la velocidad de llenado capilar en un 56% en el miembro pélvico izquierdo y en el derecho un 59% de este total el 11% presentaba amputación en 1 ó 2 de sus miembros.

---

<sup>15</sup> Rodríguez BAM., Ferrer PMA., Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. en Enfermería clínica 2002; 12(6): 253-9

En la necesidad de alimentación e hidratación se detecto que el 100% no cumple con los requerimientos básicos ya que el 75% realiza solo 3 comidas al día, se observa que el 75% ingiere insuficientes líquidos, el 25% se les detectaron mucosas orales secas. En la necesidad de eliminación el 73% presentaba poliuria y el 21% estreñimiento. En la necesidad de moverse y mantener una buena postura se encontró que el 52% se mantiene sentado la mayor parte del día. En la necesidad de evitar peligros el 77% no conoce medidas de autocontrol para prevenir enfermedades, el 85% no conocen las medidas de prevención para evitar enfermedades infectocontagiosas. En la necesidad de trabajar y realizarse el 78% no trabajan.

Como conclusiones se considera que las necesidades dependientes de la institución son básicamente de educación para la salud. El personal de salud no le ha mencionado al paciente la importancia del cuidado a los miembros inferiores con respecto al daño de la circulación periférica, no han sido informados sobre la importancia de seguir una dieta y las consecuencias de no seguirla, en la ingesta de líquidos no se ha realizado una valoración individualizada con valoración renal. Consideran que la necesidad de eliminación se verá favorecida conforme se mejore la de nutrición e hidratación, es necesario capacitación sobre medidas de autocontrol, prevención de enfermedades infectocontagiosas y revisiones periódicas de la vista y oído; la mayoría necesita apoyo psicológico por último en la necesidad de aprender se tienen medios tanto de conocimientos como físicos y de voluntad para mejorar sus conocimientos y estos pueden ser por medio de platicas o folletos.<sup>16</sup>

La siguiente investigación es realizada por Roig, Casanovas, Pedros, Domenech, y Bermejo en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital General Vall d'Hebrón, en el año 1999, es un estudio experimental, la población la constituyeron los enfermos intubados o traqueostomizados con habilidades comunicativas mínimas, mantenida un mínimo de 24 hrs ingresados en la Unidad

---

<sup>16</sup> Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto San Román de Jojutla, Morelos Necesidades del paciente diabético del Hospital general Dr. Ernesto Meana San Román en Revista Mexicana de Enfermería Cardiología 1999; 7(1-4): 53 -57

de Cuidados Intensivos por un proceso agudo, los familiares más allegados y las enfermeras que los cuidaban.

La muestra fue de: 60 enfermos intubados o traqueostomizados (grupo control, 31 enfermos y grupo experimental, 29 enfermos); familiares, 63 (grupo de control 31, y grupo experimental 32) y 86 enfermeras.

Para conseguirla muestra de 60 enfermos fue necesario realizar un seguimiento de 1373 enfermos durante 15 meses, los autores mostraron un panel de comunicación a todos los grupos que participaron en la investigación.

Los autores tuvieron como resultados relevantes: del seguimiento de 1373 enfermos. Tuvieron habilidades comunicativas mínimas 109 enfermos en el periodo en que no han podido hablar, con una media de 27 días de intubación. No se observaron diferencias significativas entre el grupo experimental, pero si porcentuales. El 30% de los familiares del grupo experimental no ha usado el panel. Al 56% de las enfermeras el panel les facilito la comunicación con los enfermos. Realizaron una relación de la comunicación por medio del panel con las necesidades básicas de Virginia Henderson.

Los autores concluyeron que mejoró el confort de los enfermos al estar un mayor tiempo sedado, con lo que permanecen un mínimo de tiempo intubados y despiertos. Los enfermos que han utilizado el panel de comunicación no se han encontrado nunca, en situaciones estudiadas, con que no les hayan entendido ninguna vez. Las enfermeras consideraron útil el panel de comunicación y han mostrado una actitud positiva. El panel de comunicación elaborado puede ser un instrumento válido para comunicarse con los enfermos cuando estos no pueden hablar.<sup>17</sup>

Se reviso un plan estandarizado que fue realizado por Antón y Boixadera en el 2003, en este se comentan brevemente los puntos más relevantes de la cirugía artroscopia llevada a cabo en la articulación de la rodilla; posteriormente se desarrolla el plan de cuidados estandarizados, en el que se identifican los

---

<sup>17</sup> Roig TMC., Casasnovas PA., Pedros ST., Domenech PMC., Bermejo FB., Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueostomizados. En Enfermería clínica 1999; 9(6): 238 – 44

diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes en un paciente que ha sido sometido a esta intervención.

Como metodología se refiere la utilización el modelo de Henderson conjuntamente con la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, en donde se realizo una identificación de los problemas interdependientes y la formulación de los diagnósticos de enfermería en la fase preoperatoria y postoperatoria. La enfermera debe realizar una recolección de datos individualizada para poder aplicar los diagnósticos de enfermería, así como las actividades y los criterios protocolizados según las necesidades concretas de cada paciente. Para ello la enfermera realiza la valoración de las necesidades, hecha a partir de los datos obtenidos en la entrevista de ingreso. A partir de aquí se determinan las manifestaciones de dependencia y se escoge entre los diagnósticos de enfermería estandarizados. Se utilizó la taxonomía de la NANDA, posteriormente se adecuan los objetivos y se sigue la programación de las actividades cuyo fin será controlar, prevenir, reducir o eliminar en parte sus problemas. Finalmente se establecen los criterios de evaluación los cuales permiten evaluar la consecución de los objetivos marcados, lo que determinara el éxito o no de la actuación de la enfermera.

Como conclusiones los autores manifiestan que este plan de cuidados estandarizados ayuda a unificar criterios entre los profesionales y, a la vez, sirve de guía en cada situación, sin olvidar que cada persona es un ser individual y requiere cuidados individualizados.<sup>18</sup>

En 1999, Jiménez refiere que la intervención de la enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad; en donde actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan gran parte del quehacer cotidiano de la enfermera, por lo tanto la profesionalización de enfermería es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanísticas. Se aplican los conceptos de Virginia Henderson se visualiza a la persona con una perspectiva holística.

---

<sup>18</sup> Antón IRJ., Boixadera VM., Plan estandarizado de cuidado para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla en Enfermería Clínica 2003; 13(4): 246 – 50

Este plan estandarizado se realiza en un proceso quirúrgico con la finalidad de preservar, restablecer o recuperar la salud.

El objetivo 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.

Se hace referencia, en la valoración de enfermería, en cuanto el riesgo quirúrgico del paciente, los diagnósticos de enfermería en el preoperatorio, los objetivos de la atención de enfermería en el periodo preoperatorio, la historia clínica de enfermería, en donde se valorara con mayor énfasis su necesidad de hidratación, nutrición, eliminación y capacidad de movimiento; otro punto es la de colaborar en los estudios de diagnóstico médico (examen físico, de laboratorio y de gabinete), el realizar una orientación previa al evento quirúrgico, la preparación del área de la piel donde se realizara la incisión, cuidados transoperatorios y sus objetivos, cuidados posoperatorios y cuidados posoperatorios con base en los conceptos de Henderson. Refiere también la importancia de dejar siempre una constancia permanente que se logra en la realización del registro de los cuidados de Enfermería, lo que le permitirá a la enfermera tener una memoria escrita que favorezca futuras investigaciones de su trabajo.<sup>19</sup>

En el 2001 se presenta este artículo donde se refiere la importancia de establecer esquemas de valoración sistematizadas con el enfoque teórico de Virginia Henderson, que le permitan a la enfermera realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado del paciente sometido a cirugía cardiovascular. Esta propuesta reúne los elementos fundamentales del modelo de atención de Virginia Henderson, aplicados a la valoración exhaustiva y focalizada del paciente en el periodo postoperatorio mediato e inmediato de cirugía cardiovascular en Unidades de Terapia Intensiva en donde se atienden este tipo de pacientes.

El objetivo que marca para la atención de enfermería es: recuperar la independencia del paciente, en la satisfacción de sus catorce necesidades.

---

<sup>19</sup> Jiménez VCM., La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica; 1999; 7(1-4): 28-35.



Las necesidades que se ven afectadas en este tipo de pacientes dependerán en gran medida a la etapa posoperatoria, variando de una a otra e interactuando con las fuentes de la dificultad, por lo que es importante la valoración del paciente.

El rol de la enfermera que desempeña se modifica según la evolución del paciente, el tipo de intervenciones variara previo análisis de la fuente de la dificultad detectada, estas intervenciones pueden ser independientes, dependientes e interdependientes.

Se tomo en cuenta el tipo de cirugía, si fue urgente en donde el estado físico del paciente dependía totalmente de la realización del acto quirúrgico o cirugía selectiva donde se requiere mejorar alguna característica del paciente, pero no era totalmente vital. Tomar en cuenta el grado de riesgo, ya que una cirugía mayor implica un mayor riesgo.

Posteriormente nos habla de la valoración por necesidades en donde ya nos especifica lo valorable en un periodo postoperatorio.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería, en el caso en estudio de tratamiento quirúrgico cardiovascular, los objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. La valoración de enfermería con el enfoque de las catorce necesidades aplicadas a pacientes sometidos a este tipo de tratamientos permite determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y a definir fuentes de dificultad de la dependencia del paciente, para promover que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia del paciente completando o ejecutando las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Este tipo de valoración ubica a la atención de enfermería en el marco del proceso de atención de enfermería de forma sistemática y rápida y permite establecer un vínculo entre la atención de enfermería y la calidad de los cuidados otorgados.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Ortega VCM., Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9(1-4);18-23.

Por último se reviso el artículo sobre las dificultades en la valoración enfermera. Este es un artículo de investigación en donde se dan a conocer las dificultades más habituales de las enfermeras de la Fundación Privada Hospital de Mollet.

98 enfermeras habían recibido una formación específica del modelo de Henderson y la metodología científica. La formación estuvo a cargo de profesoras titulares del Departamento de enfermería fundamental y Médico – Quirúrgica de la Universidad de Barcelona, durante 5 años los registros de este centro han sido adaptados al modelo de Henderson. Pese al tiempo transcurrido y el incremento del conocimiento teórico, la adaptación del instrumento de valoración en este centro y la realización de una formación teórica – práctica, observaron la persistencia de dudas, dificultades y trabas que dificultaron la aplicación de la valoración y la definición de los diagnósticos de enfermería.

Como principales problemas en la valoración fueron: el tiempo empleado en la valoración, con una media de 71.25 min, es considerado por la mayoría de las enfermeras como largo. La dificultad e incomodidad a la hora de valorar determinadas necesidades: de creencias y valores, de ocuparse, de evitar peligros y de comunicarse.

También se detectaron las habilidades y estrategias empleadas en la valoración, se demostró que en el 100% de los casos se utiliza la observación y la entrevista, y en elevadas proporciones se recurren a otros registros y los familiares como fuentes de información. De igual modo, se constata el uso de registro como guion como estrategia mayoritaria, complementándolo con preguntas suplementarias en un 93% de los casos.

Se realizaron comparaciones con otro centro hospitalario y una investigación anterior de este mismo centro en donde los resultados fueron parecidos. Se considera que el grado de conocimientos del personal es elevado y que la calidad de los registros enfermeros ha aumentado. El tiempo constituye un problema tanto por déficit como por su exceso. A pesar de haber realizado formaciones en las carencias formativas se sigue encontrando incomodidades al abordar ciertos aspectos de las personas. Faltan estrategias de trabajo para poder profundizar en algunos aspectos de la valoración enfermera y llegar así a un diagnóstico

enfermero certero. El estudio a profundidad en las necesidades permitirá conocer su funcionamiento e interacción y hará más sencillo su manejo. La aplicación de un lenguaje propio en los planes de cuidados enfermeros se verá beneficiada la labor de las enfermeras. Desde el punto de vista de las investigadoras refieren que para que no pase desapercibida o infravalorada se deben realizar por la sistematización y estandarizados de los cuidados de enfermería.<sup>21</sup>

Al realizar el análisis de todos los artículos encontrados, se observó que en la mayoría facilitaron la utilización de la propuesta teórica de Virginia Henderson, solo en uno se encuentra específicamente las dificultades en la valoración.

Otro punto es el lograr el cuidado de los pacientes de manera holística, tanto en el paciente como en su familia o cuidador primario, que se tiene un lenguaje propio de la enfermería, y esto permite identificar los cuidados que son independientes e interdependientes, que puede ser implementado tanto en casos clínicos, planes de atención estandarizados e investigaciones propias de la enfermera, que es utilizado por estudiantes, profesionistas e investigadoras.

Nos habla también sobre la importancia que tiene en enfermería, la utilización de nuevas tecnologías con los planes estandarizados y computarizados, donde la enfermera debe tener conocimientos sobre la propuesta filosófica, los diagnósticos y los avances en la informática.

En algunos se utilizó el continuum independencia – dependencia, lo cual le permite valorar el grado de dependencia.

En los artículos más recientes, se observa la utilización de NIC y NOC, con sus códigos numéricos, esto permite a la enfermera tener un lenguaje común

Para la enfermera es importante que la documentación utilizada sea de acuerdo con la propuesta que maneja, para facilitar la realización del Proceso Enfermero con la propuesta teórica implementada.

La mayoría de los casos clínicos tenían también cuidados específicos para la familia y/o cuidador primario.

---

<sup>21</sup> Martínez MC., Cañadas BA., Rodríguez PE., Tornel GS., Dificultades en la valoración enfermera en Enfermería Clínica 2003; 13(4):195-201

La revisión bibliográfica, permite tener una visión más amplia acerca de la propuesta teórica de Virginia Henderson y con ello se establece la práctica de la Enfermería basada en la Evidencia que sustenta la práctica profesional.

## 2.2 Propuesta teórica de Virginia Henderson.

La propuesta teórica de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado la independencia por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.<sup>22</sup>

La definición de los conceptos del metaparadigma según la propuesta de Henderson:

Define a la **Enfermería** en términos funcionales: “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”.<sup>23</sup>

No especifica una definición propia de **Salud** pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente

---

<sup>22</sup> Reyes BI; Definición de Enfermería; En: <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>. Consultado 10 de Noviembre 2007

<sup>23</sup> Marriney- Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 3ª edición. España: Harcourt Brace;1997. p. 104-111

para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel de potencial de satisfacción en la vida”.<sup>24</sup>

**Entorno:** no proporciona una definición propia de entorno, pero refiere el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.<sup>25</sup>

**Persona** (paciente): considera al paciente como un “individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila”. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.<sup>26</sup>

#### **Independencia:**

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.<sup>27</sup>

#### **Manifestaciones de Independencia:**

Las manifestaciones de independencia “son conductas o indicadores de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud”.<sup>28</sup>

#### **Dependencia:**

Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.<sup>29</sup>

#### **Manifestaciones de dependencia:**

---

<sup>24</sup> Marriney- Tomey Ibidem p.104

<sup>25</sup> Marriney- Tomey Ibidem p.106

<sup>26</sup> Marriney- Tomey Ibidem p.108

<sup>27</sup> Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. España 1993. p 30

<sup>28</sup> Luis Rodrigo MT, De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, España 1998. p 38

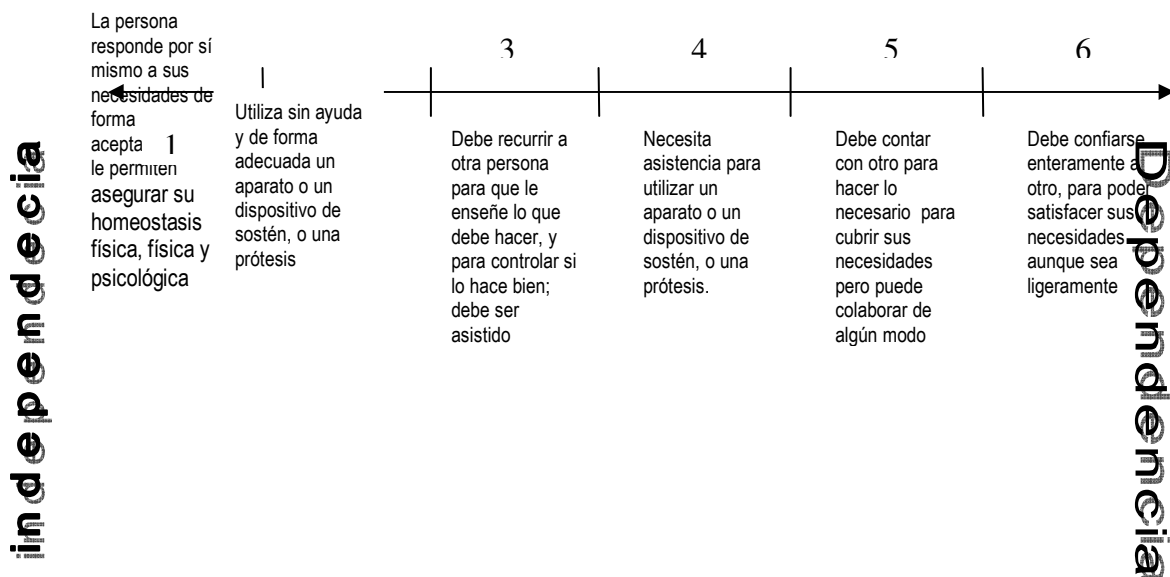
<sup>29</sup> Phaneuf Op Cit p. 30

Algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia; son indicadores de conductas de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. Pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo que sea la propia persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera. Se traducen por quejas, signos y síntomas que indiquen una perturbación de orden físico, psicológico, social o espiritual. La dependencia también puede manifestarse por hábitos que dañan la salud (tabaquismo, alimentación pobre en fibra, sedentarismo, etc.).<sup>30</sup>

### Niveles de dependencia.

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

### Continuum independenciam-dependencia.



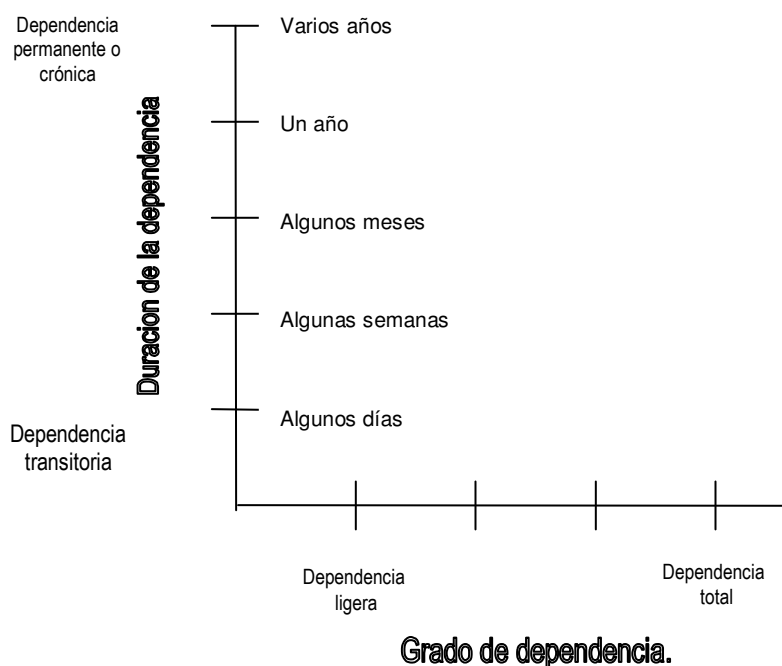
<sup>30</sup> Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana México 1999. p 16

Como se ve en el gráfico anterior existen 6 niveles del Continuum Independencia – Dependencia. En los niveles 1 y 2 se refiere a la independencia, que presenta dos aspectos: los que realiza por sí mismo para satisfacer sus necesidades de modo aceptable (1) y lo que realiza también de manera independiente, pero con la ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o un tratamiento (2). Los otros cuatro niveles señalan una graduación progresiva de la dependencia de la persona, que va desde la prestación de una pequeña ayuda a que otra persona tenga que encargarse por completo de ella.<sup>31</sup>

**Relación entre duración y el grado de dependencia.**

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

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



**Fuente:** Phaneuf M Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. McGraw–Hill Interamericana P 32

<sup>31</sup> Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México; McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 17

En cuanto mayor es la intensidad y la duración de la dependencia mayor es el impacto sobre la persona y sobre los cuidados de enfermería.

### **Fuentes de la dificultad.**

Cuando la persona trata de satisfacer sus necesidades encuentra ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de la dificultad o causas de la dependencia, a continuación se hace referencia a la definición de éstas.

1. **Falta de fuerza:** se define como la falta de capacidad física para realizar habilidades y llevar a término las acciones pertinentes a la situación y que está influenciado por el estado emocional, estado psíquico y capacidad intelectual.
2. **Falta de conocimiento:** interpretada como la ausencia de conocimientos de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.
3. **Falta de voluntad:** entendida como la 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 necesidades.

Cuando se presenta cualquiera de las tres fuentes indica la dependencia total, parcial, temporal o permanente. La identificación de ellas ayudara a la enfermera a planear y ejecutar sus intervenciones:

**Total:** es la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos agentes ajenos al sujeto que dan origen al problema.

**Parcial:** ocurre cuando el problema ya está presente y la enfermera deberá emprender acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

**Temporal:** es nombrada así porque es ésta fase el paciente empieza a recuperarse y su dependencia comienza a decrecer.

**Permanente:** a pesar de los cuidados de la enfermera, el problema no es corregido.



**Necesidad** es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.<sup>32</sup>

Necesidades; no se encuentra una definición específica de ésta pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

En 1999 Phaneuf brinda una definición de cada una de las 14 necesidades, que a continuación se describen:

#### **1. Necesidad de respirar**

“Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna)”.

#### **2. Necesidad de beber y de comer**

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

#### **3. Necesidad de eliminación**

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo; comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

#### **4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura**

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso

#### **5. Necesidad de dormir y descansar**

---

<sup>32</sup> Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros, Ed. McGraw- Hill Interamericana España 1996 p 13

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

**6. Necesidad de vestirse y desvestirse.**

Proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y los gustos personales.

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales**

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

**8. Necesidades de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos**

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo)

**9. Necesidad de evitar peligros**

Necesidad de la persona de protegerse contra agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

**10. Necesidad de comunicación**

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

**11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores.**

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo a su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de la vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

**12. Necesidad de preocuparse de la propia realización**

Necesidad de realizar acciones que permiten a la persona ser autónomas, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

**13. Necesidad de Distraerse**

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

#### **14. Necesidad de Aprender**

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre el cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.<sup>33</sup>

Estas necesidades son comunes en todos los individuos; cada persona en su singularidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de manera diferente con el propósito de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Es importante recordar que en cada una de ellas pueden expresarse la dimensión biológica, psicológica, cultural y espiritual; y esto debe ser tomado en cuenta para brindar un cuidado especializado de enfermería y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

#### **Supuestos principales**

Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales; estos han sido adaptados a partir de sus publicaciones.

#### **Enfermería.**

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay un médico de servicio. Henderson subrayada que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas y básicas

---

<sup>33</sup> Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros, Ed. McGraw-Hill Interamericana España 1996 p 32-50

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.<sup>34</sup>

### **Persona (Paciente)**

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables

El paciente requiere ayuda para ser independiente

El paciente y su familia forman una unidad

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería<sup>35</sup>

### **Salud.**

La salud representa calidad de vida.

Es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo

Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza de voluntad y conocimientos necesarios.

### **Entorno**

Los individuos sanos son capaces de confrontar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad

Las enfermeras deberán proteger a los pacientes de lesiones mecánicas

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones, para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.

---

<sup>34</sup> Marriney-Tomey A Op Cit P 105

<sup>35</sup> Marriney- Tomey a Op Cit p 105

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.<sup>36</sup>

### **Postulados.**

Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo, entero, independiente”<sup>37</sup>

### **Valores.**

La enfermera tiene funciones que le son propias.

Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez las funciones propias a un personal no cualificado.

La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.<sup>38</sup>

### **Afirmaciones Teóricas.**

#### **La relación enfermera- Paciente**

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que van de la relación muy dependiente a la marcadamente independiente:

1. La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente: en caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarlo completo, integro o independiente, por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.
2. La enfermera como ayuda para el paciente, auxiliándolo a recuperar su independencia, para lo cual Henderson afirma “la independencia es un término

---

<sup>36</sup>Marriney T. Op Cit. 106

<sup>37</sup> Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros, Ed. McGraw- Hill Interamericana España 1996 p 18

<sup>38</sup>Phaneuf, Ibidem P 18

relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.

3. La enfermera como compañera del paciente; como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos un plan terapéutico.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente si no también las circunstancias y estados patológicos que las alteran, Henderson dice que la enfermera “debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”, las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila.<sup>39</sup>

### **La relación Enfermera - Médico.**

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta a la de los médicos y consiste en un plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe de llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico, ella subraya que las enfermeras NO siguen las ordenes de los médicos, ya que cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes y profesionales sanitarios.

Recientemente se ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de la salud cuando los médicos no pueden hacerlo.<sup>40</sup>

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mudamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.”<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Marriner Tomey Op Cit. P 106

<sup>40</sup> Marriner Tomey Op. Cit. 106

<sup>41</sup> Marriner-Tomey Op Cit. P 107

### **1.3 El proceso del cuidado.**

El cuidado enfermero es reconocido en la última década como el objeto de estudio de la enfermería mundial, las implicaciones que abarca el mismo incluyen 4 niveles: ético, filosófico, humano y espiritual.<sup>42</sup>

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

#### **Definición.**

Para Rosalinda Alfaro “el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las persona o grupos a alteraciones de la salud reales o potenciales”<sup>43</sup>

Para Henderson el proceso atención de enfermería es el proceso de resolución de problemas.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona.

#### **Objetivo.**

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención.

---

<sup>42</sup> Ostiguin R, Implicaciones del cuidado enfermero. Desarrollo científico de enfermería 2001;9(8): 237 - 239

<sup>43</sup> Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2da. Edición, 1998, Ed. Doyma, España; p. 6

El profesional de enfermería valida las observaciones de la persona y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda a la persona a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.<sup>44</sup>

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente, este proceso se basa en principios y reglas, que al aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, se mejorará la capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos, y por consiguiente se tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería:

- Promover, mantener o recuperar la salud, o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar unos cuidados de enfermería de mejor calidad y eficiencia posibles.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.<sup>45</sup>

### **Propiedades.**

El proceso de enfermería tiene 6 propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo y flexible y tiene una base teórica. El proceso de enfermería se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo. El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en la persona.

Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de

---

<sup>44</sup> Iyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería; Ed McGraw-Hill Interamericana, Pennsylvania 1995. P 11

<sup>45</sup> Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería, Guía práctica. 2da. Edición. Ed. Doyma Madrid; 2005. p 7



enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o la prestación de la asistencia tradicional.

Es dinámico porque está sometido a continuos cambios, enfocado en las respuestas cambiantes de la persona.

La naturaleza interactiva del proceso de enfermería de basa en las relaciones reciprocas que se establecen entre el profesional de enfermería, la persona, la familia y otros profesionales de la salud.

La flexibilidad del proceso se puede demostrar en dos contextos: uno se puede adaptar a la práctica de la enfermera en cualquier marco o área de especialización; dos, sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

Finalmente, el proceso de enfermería tiene una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia gama de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

Los conocimientos y habilidades son los medios que permiten al profesional de enfermería obtener datos, determinar su importancia, desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería individualizada, evaluar la eficacia del plan de cuidados e iniciar cambios que aseguren que la persona reciba una asistencia de calidad.

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación; que a continuación se describen.

## **Valoración.**

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona.<sup>46</sup>

Para Kozier la valoración consiste en obtener, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de una persona. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. En esta etapa no se sacan conclusiones a partir de los datos.<sup>47</sup>

La valoración se sitúa al principio del proceso, y de ella depende su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recogida de datos se convierte en un proceso continuo de recogida de información. A lo largo de su trabajo la enfermera no dejara de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada una de las personas.<sup>48</sup>

La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y al diagnóstico de la misma. De este modo se logra conocer la dirección para la implementación y para mejorar las condiciones para el paciente. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.<sup>49</sup>

Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

---

<sup>46</sup> Iyer PW Op Cit. p 35

<sup>47</sup> Kozier B Op Cit. P 91

<sup>48</sup> Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención Enfermería. España Ed. Interamericana McGraw-Hill p 59

<sup>49</sup> Griffith J y Christensen P. Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. Manual Moderno México, 1993. p 31

Hay 4 clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo, estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado de la persona.<sup>50</sup>

### **Tipos de valoración**

| Tipo                            | Momento de Ejecución   | Propósito  |
|---------------------------------|--|--|
| Valoración inicial              | Realizado en el proceso especificado, después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria | Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones. |
| Valoración focalizada           | Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros                                   | Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior                            |
| Valoración urgente              | Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente                                 | Identificar problemas que amenazan la vida   |
| Valoración después de un tiempo | Varios meses después del estudio inicial   | Comparar la evolución del cliente con los datos básicos obtenidos anteriormente                                  |

**Fuente:** Kosier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y practica.5ª ed. Ed. Interamericana 1999. p 97

Los principales métodos empleados para la valoración de la persona son la observación, las entrevistas y las exploraciones. La observación se produce siempre que la enfermera se pone en contacto con el paciente o son sus allegados. La primera entrevista utilizada para valorar y efectuar la historia de la enfermería. La exploración es el principal método que se emplea para evaluar el estado de salud física.

En realidad, la enfermera utiliza simultáneamente los tres métodos para valorar. Por ejemplo, durante la entrevista, la enfermera observa, escucha, hace preguntas y retiene mentalmente la información para cuando realice la exploración física.

### **La observación.**

<sup>50</sup> Kozier Op Cit. p 97

Observar es reunir datos utilizando los 5 sentidos. La observación es una capacidad consiente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado. Aunque las enfermeras realizan la observación con la vista principalmente, en las observaciones minuciosas se utilizan la mayoría de los sentidos.

Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden en especial para observar los hechos y lo hacen normalmente, centrándose ante todo en los hechos.<sup>51</sup>

### **La entrevista.**

La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con un propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento, el propósito de la entrevista es la recogida de datos<sup>52</sup>

Existen 2 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 la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista tiene 4 objetivos en el contexto de la valoración de enfermería:

1. Le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
2. Facilita su relación con la persona creando una oportunidad para el diálogo
3. Permite a cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
4. Le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante todos los componentes del proceso de valoración

La entrevista es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Se diferencia de los tipos de entrevista realizados por otros miembros del equipo de atención sanitaria en que va enfocada a la identificación

---

<sup>51</sup> Kozier B Op Cit. p 98

<sup>52</sup> Kozier B Op.Cit. p. 98

de respuestas de la persona que se pueden tratar a través de actuaciones de enfermería. Se trata de un proceso dirigido diseñado para permitir que tanto el profesional de enfermería como el paciente den y reciban información.

Segmentos de la entrevista

- a) Introducción: es la fase introductoria, profesional de enfermería y cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por la persona.
- b) Cuerpo: durante esta segunda parte de la entrevista, hay que enfocar el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del paciente, añadiéndose después otras áreas como a la historia médica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.
- c) Cierre: es la fase final de la entrevista, durante esta fase prepare a la persona para terminar la entrevista, no se deben introducir temas nuevos, es elemental resumir los puntos más importantes, también sirve para el establecimiento conjunto de objetivos en el proceso de planificación.<sup>53</sup>

### **La exploración.**

La exploración física es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de observación, para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión.

Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. La enfermera que lleva a cabo una exploración física utilizando el método 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. La sigue el método por aparatos estudia cada aparato por separado, o sea el aparato respiratorio, al aparato circulatorio, el sistema nervioso, etc. Durante la exploración física, se

---

<sup>53</sup> Iyer Op. Cit p 54-56

estudia todas las partes del cuerpo compara los hallazgos de cada lado del cuerpo.<sup>54</sup>

### **Técnicas específicas para la exploración física.**

**Inspección:** es una observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, la forma, la posición, la localización anatómica, el color, el movimiento, la simetría, etc.

**Palpación:** se trata de usar el tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a partir de su tamaño, forma, su textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y su movilidad.

**Percusión:** es decir, golpeteo suave con uno o más dedos sobre la superficie corporal, y el análisis acústico de los sonidos producidos que varían según el tipo de estructura que haya debajo.

**Auscultación:** es la escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales, puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio, esta técnica permite identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y la duración de los sonidos detectados.<sup>55</sup>

Hay que resaltar que en el lactante y niño pequeño que no pueden comunicarse hablando y que dependen de las consideraciones y reacciones de los adultos, la observación se convierte en una herramienta fundamental para la recolección de datos por la enfermera pediátrica. Dicha observación la va a realizar de forma continua, ya que es el miembro del equipo sanitario que permanece mayor tiempo en contacto directo con el paciente y tiene la posibilidad de observarlo en diferentes situaciones y circunstancias.<sup>56</sup>

### **Validación de los datos.**

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil para cuidar al paciente, la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva

---

<sup>54</sup> Kozier Op cit p 102-103

<sup>55</sup> Luis Rodrigo MT Op Cit p 4

<sup>56</sup> Ruiz G MD, Martínez B, Enfermería del niño y del adolescente. Ed. Difusión avance de enfermería, Madrid 2000 Pág. 41

y precisa. La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información obtenida durante la valoración es completa.
- Asegurarse que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada en la identificación de problemas.

### **Registro de los datos**

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente.<sup>57</sup>

Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.<sup>58</sup>

### **Diagnóstico**

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o sociales a los problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermeros, proporciona la base para la elección de las intervenciones de enfermería, para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.”<sup>59</sup>

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso de enfermería. En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del

---

<sup>57</sup> Kozier Op Cit p 109–112

<sup>58</sup> Luis R. Op Cit p 5

<sup>59</sup> Ruiz G Op Cit p 38

paciente. El diagnóstico es un paso crucial en el proceso de enfermería. Todas las actividades que preceden a esta fase dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros, todas las actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ellos.<sup>60</sup>

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de enfermera.

Deriva de la inferencia de los datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.<sup>61</sup>

### **Normas y errores más comunes:**

- 1) Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del paciente, en lugar de las necesidades de enfermería.
- 2) Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- 3) Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
- 4) Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
- 5) Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
- 6) Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado diagnóstico.
- 7) Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
- 8) Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- 9) No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
- 10) Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.<sup>62</sup>

### **Tipos y componentes:**

La NANDA ha dividido los diagnósticos de enfermería en tres partes a través del formato PES.

---

<sup>60</sup> Kozier Op Cit p 116

<sup>61</sup> Griffith W Op Cit P

<sup>62</sup> Iyer Op Cit p 138 - 143



| <b>P</b>                                    | <b>E</b>   | <b>S</b>  |
|---|--|---|
| Etiqueta que equivale a la respuesta humana | Etiología que equivale a factores relacionados o de riesgo | Signos y síntomas que equivalen a las manifestaciones |

Los diagnósticos de enfermería a su vez se clasifican en reales y potenciales. Los reales son las respuestas del paciente a las alteraciones de los procesos vitales, modelos, funciones o esquema del desarrollo, incluidas las producidas como consecuencia de la enfermedad. Los potenciales son situaciones de riesgo que precisan una intervención de enfermería para evitar que se desarrollen, indican los factores de riesgo que predisponen al paciente y a la familia. Para distinguir los problemas sanitarios reales de los potenciales, al establecer el diagnóstico de enfermería se incluye las palabras de alto riesgo.<sup>63</sup>

El contenido de un diagnóstico de enfermería no siempre refleja un problema. Se puede redactar un informe positivo, a partir de las categorías diagnósticas, en las que se describan las respuestas de adaptación a un problema de salud que se desea apoyar o facilitar. El sufrimiento anticipado es un ejemplo de respuesta de adaptación. El sufrimiento disfuncional, en cambio, es una respuesta de mala adaptación, que la enfermera tratará de modificar.<sup>64</sup>

Los diagnósticos de enfermería no solo permiten señalar el problema, las causas de su origen y sus manifestaciones, si no que a través de él se identifica la enfermera como un ser autónomo capaz de emitir juicios para desarrollar un plan de atención.

### **Planificación.**

Una vez identificados los problemas interdisciplinarios y los diagnósticos de enfermería, se realiza la planificación de las actividades enfermeras encaminadas a prevenir, controlar, reducir o eliminar los problemas anteriormente detectados en

<sup>63</sup> Whaley & Wong. Enfermería pediátrica, 4ª ed, Ed Mosby/Doyma Madrid 1995. p 15- 16

<sup>64</sup> Whaley & Wong. Ibidem p. 15

el niño y su familia y también las dirigidas a potenciar la salud. En el caso de los niños al planificar unos cuidados adecuados hay que tener presente que independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre, requiere tener satisfechas sus necesidades fisiológicas básicas y un medio seguro y acogedor que le ayude a desarrollarse.<sup>65</sup>

Así pues la planeación se define como, establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que se van a realizar y las preocupaciones que se deben tomar.<sup>66</sup>

La planificación se inicia cuando la enfermera tiene el primer contacto con el individuo y termina cuando este es dado de alta.

### **Tipos de planeación:**

La enfermera realiza varios tipos de planificación

**Planificación inicial:** es aquella que se desarrolla posterior a la valoración inicial del individuo.

**Planificación continua:** la realizan todas las enfermeras que cuidan al individuo a medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del mismo a los cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la enfermera planifica los cuidados que deben presentarse ese día.

**Planificación de alta:** es el proceso de prever y planificar las necesidades del individuo al salir del hospital, tomando en cuenta sus problemas potenciales de cuidado, los recursos con los cuales cuenta su familia y comunidad.<sup>67</sup>

En la planificación se pueden diferenciar los siguientes pasos:

Establecimiento de objetivos:

Los objetivos del plan de cuidados se establecen para guiar las acciones enfermeras y para identificar lo que se quiere conseguir y cuándo. Son los resultados que esperamos observar después de haber recibido los cuidados.

---

<sup>65</sup> Ruiz G Op Cit p 39

<sup>66</sup> Phaneuf M Op Cit p 101

<sup>67</sup> Alfaro R Op Cit p 128

Deben estar centrados en el paciente y su familia y han de ser realistas y medibles. Será el paciente con su familia quienes van a conseguir los objetivos como resultado de nuestra intervención.<sup>68</sup>

Determinación de las intervenciones enfermeras; estas se programan en función de las necesidades de cada persona y de los objetivos a alcanzar. Son directrices concretas para la atención enfermera que irán enfocadas por un lado a ayudarle a vencer su enfermedad y por otro a colaborar para continuar su desarrollo de forma satisfactoria.

Por tanto, se planificarán todos los cuidados a efectuar, incluyendo la educación sanitaria a llevar a cabo con el paciente en función de los requerimientos de ayuda expresados por ellos o su familia.<sup>69</sup>

### **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC):**

Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras. Estas se centran en la conducta de la enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independientes como de colaboración, así como los cuidados directos e indirectos. Una intervención se define como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente”.<sup>70</sup>

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que ésta estandarizado y que no deben cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades.<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> Ruiz G Op Cit p 38

<sup>69</sup> Ruiz G Op Clt p.38

<sup>70</sup> Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead S, Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, interrelaciones NANDA, NOC y NIC; 2002, Ed. Mosby España; p. 6

<sup>71</sup> Johnson Ibidem p. 6

Con esta relación de intervenciones enfermeras, se ha realizado una clasificación que incluye las correspondientes a cada diagnóstico enfermero de la NANDA, para indicar, ante un diagnóstico enfermero determinado que intervenciones se pueden llevar a cabo. Esta taxonomía NIC puede ser muy útil en la práctica clínica orientando la planificación de cuidados y, además constituye un gran esfuerzo para contribuir en la demarcación del campo de acción enfermero.<sup>72</sup>

Siendo las intervenciones de enfermería actividades o acciones específicas que la enfermera realiza para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual que promueva, mantenga y restaure su salud.<sup>73</sup>

Identificación de prioridades de actuación, se establecen las prioridades para identificar el orden de la intervención enfermera. Ante problemas que requieran una actuación inmediata, se comenzaran rápidamente las acciones indicadas.<sup>74</sup>

Para el establecimiento de prioridades, la enfermera debe ocuparse de un diagnóstico cuyo problema:

- 1) Afecte a las necesidades fisiológicas esenciales y suponga un riesgo para la vida.
- 2) Presente un riesgo de seguridad de la persona o la de los demás.
- 3) Entrañe un sufrimiento físico o psicológico.
- 4) Multiplique las dependencias o conduzca a una disfunción que determine un nivel importante de dependencia que repercuta sobre las otras necesidades o que pueda provocar una secuela indeseable.<sup>75</sup>

### **Tipos de intervenciones de enfermería:**

Las **independientes** son aquellas en las que la enfermera sobre la base de su ámbito determina por si sola como pertinentes para la persona.

Las acciones **interdependientes** son aquellas que están sujetas a la interacción de diversos profesionales.

---

<sup>72</sup> Ruiz G Op Cit p 39

<sup>73</sup> Alfaro Op Cit p 118.

<sup>74</sup> Ruiz G Op Cit p 38

<sup>75</sup> Phaneuf M Op Cit p 168

Las **dependientes** corresponden a las acciones que realiza enfermería y que están sujetas a las prescripciones de otro profesional de la salud.<sup>76</sup>

### **Registro del plan de cuidados.**

Todas las decisiones tomadas deben estar reflejadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, ya que incluye una descripción de los problemas de salud que presenta y un programa determinado con las intervenciones enfermeras para resolverlos. Sirve como herramienta de comunicación entre el equipo de salud, estimulando al paciente y su familia hacia la resolución de problemas y/o necesidades presentadas.<sup>77</sup>

### **Ejecución**

El plan de enfermería para la implementación se considera como núcleo o centro del proceso de atención de enfermería: lo que realmente es el proceso de atención de enfermería de todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio del problema o para cubrir una necesidad.<sup>78</sup>

Comprende las habilidades y conocimientos necesarios para la ejecución de los cuidados que deben ser individuales, integrales y continuos. Es importante que la enfermera aproveche la interacción con el paciente para continuar valorando la situación de salud del paciente.<sup>79</sup>

Una ejecución satisfactoria depende en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado, estas tres primeras fases del proceso de enfermería llevadas a cabo durante la fase de ejecución. Utilizando los datos obtenidos durante la valoración, la enfermera puede individualizar los cuidados prestados en la fase de ejecución ajustado a las intervenciones a cada paciente específico. La valoración continua se produce de forma simultánea a la ejecución. El ejecutar las órdenes de enfermería, la enfermera sigue valorando al cliente en cada contacto, recogiendo datos sobre las respuestas de éste a las

---

<sup>76</sup> Ostiguin Op cit p 112

<sup>77</sup> Ruiz G Op cit 40

<sup>78</sup> Chirstensen PJ Op Cit p 176

<sup>79</sup> Ruiz G Op Cit 40

acciones de enfermería y sobre cualquier problema nuevo que pudiese aparecer. La valoración continua no es lo mismo que la ejecución, sino que ambas se producen de forma concurrente. Las enfermeras ejecutan órdenes de enfermería que implican específicamente una nueva valoración.

### **Habilidades de ejecución.**

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas, en la práctica las enfermeras las utilizan en diversas combinaciones y con distinto énfasis, dependiendo de la actividad.

Las **habilidades cognitivas** (intelectuales) incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo son cruciales para un plan de cuidados de enfermería seguro e inteligente.

**Habilidades interpersonales**, son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales. La eficacia de una acción de enfermería, suele depender en gran medida.

Las **habilidades técnicas** son habilidades manuales como la manipulación del equipamiento y administración de inyecciones.<sup>80</sup>

### **Pasos:**

El proceso de ejecución normalmente incluye:

- 1) Una nueva valoración del cliente: valoración continua del paciente en todas las fases del proceso, siempre que se tenga contacto con el paciente; justo antes de la ejecución la enfermera valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria
- 2) Determinar la necesidad de cuidados de enfermería
- 3) Ejecutar las estrategias: las directrices para la ejecución de estrategias de enfermería pueden ser, las actuaciones de enfermería deben basarse en conocimientos en la investigación de enfermería y en las directrices profesionales de cuidados; la enfermera debe comprender claramente las

---

<sup>80</sup> Kosier Op Cit p 66

ordenes que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no se entienda; las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada persona; las actuaciones de enfermería deben siempre ser seguras; las actuaciones de enfermería suelen requerir instrucción, apoyo y confort; las actuaciones de enfermería deben ser holísticas; las actuaciones de enfermería deben respetar la dignidad de la persona y potenciar su autoestima; se debe animar a los paciente para que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de enfermería.

- 4) Comunicar las acciones de enfermería: tras cumplir las órdenes, la enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del paciente, en las notas evolutivas de enfermería. Las acciones de enfermería no deben anotarse anticipadamente, ya que ella puede determinar, al valorar de nuevo a la persona, que la acción no puede o no debe ser ejecutada.<sup>81</sup>

### **Evaluación.**

La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.<sup>82</sup>

Es el complemento final del proceso enfermero. Cada enfermera que aplique el plan de cuidados debe evaluar de forma continua los resultados esperados de sus actividades. Hay que comprobar en qué medida se han logrado los objetivos propuestos, determinando la eficacia de los cuidados de enfermería en la solución, disminución o prevención del problema previamente identificado y haciendo la previsión de la necesidad de futuras acciones. La evaluación permite revisar el plan y adecuarla a las nuevas situaciones que puedan presentar el niño y su familia, comprobando la claridad y pertinencia de los objetivos y su operatividad.<sup>83</sup>

---

<sup>81</sup> Kosier, Op Cit 66

<sup>82</sup> Kozier, Op. Cit. p.66

<sup>83</sup> Ruiz G, Op Cit 40

La evaluación es una etapa sistemática y continua que se aplica para comparar el estado de salud del paciente y con ello valorar si se va en el camino correcto o existe algún factor que está faltando.<sup>84</sup>

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas, estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrentes (presente) y retrospectiva (pasada)<sup>85</sup>

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, de que los procedimientos se realicen con propiedad. La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar. La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho. La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención. La evaluación concurrente del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento, la evaluación retrospectiva del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.<sup>86</sup>

### Formas de evaluación

| Estructura   | Proceso  | Resultado   |
|--|--|---|
| <p><b>Propósito</b><br/>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.</p> | <p>La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.</p> | <p>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.</p> |

<sup>84</sup> Phaneuf, Op Cit 137

<sup>85</sup> Griffith JW., Christensen PJ; Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías y modelos. Ed. El manual moderno, México, 1993. p 195-97

<sup>86</sup> Griffith JW., Christensen PJ; Ibidem p. 195-97



|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Instrumentos o medios</b><br>Forma de la comisión de la junta sobre hospitales   | Escala de clasificación de competencia de enfermería  | Sistema Wisconsin<br>Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.  |
| Auditorías  | Escala de calidad de cuidados de enfermería   |   |
| <b>Fuentes de datos</b><br>Manuales de procedimientos<br>Enunciados de la política de la institución<br>Descripción de posiciones<br>Planes de atención de enfermería | <i>Concurrente.</i><br>La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades<br>La gráfica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas | <i>Concurrente</i><br>El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica. |
| planes de orientación y programas en servicios<br>Nivel educativo del personal<br>Instalaciones y equipo disponibles<br>Gráficas y Kárdex                             | <i>Retrospectivo</i><br>La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales   | <i>Retrospectivo</i><br>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, aplicaciones de teorías, guías y modelos. p.1995

El fin del plan se determina cuando se han logrado los objetivos establecidos y no han surgido nuevos problemas.

### **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. La tarea enfermera consiste en definir qué resultados son sensibles a los cuidados enfermeros, es decir, los más influidos por las intervenciones de enfermería para cada paciente, familia o grupo de pacientes.<sup>87</sup>

La NOC incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración. Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción variable de un paciente o cuidador familiar sensible a las intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción”.<sup>88</sup>

<sup>87</sup> Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead, Op Cit, p. 8

<sup>88</sup> Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead Ibidem p.8

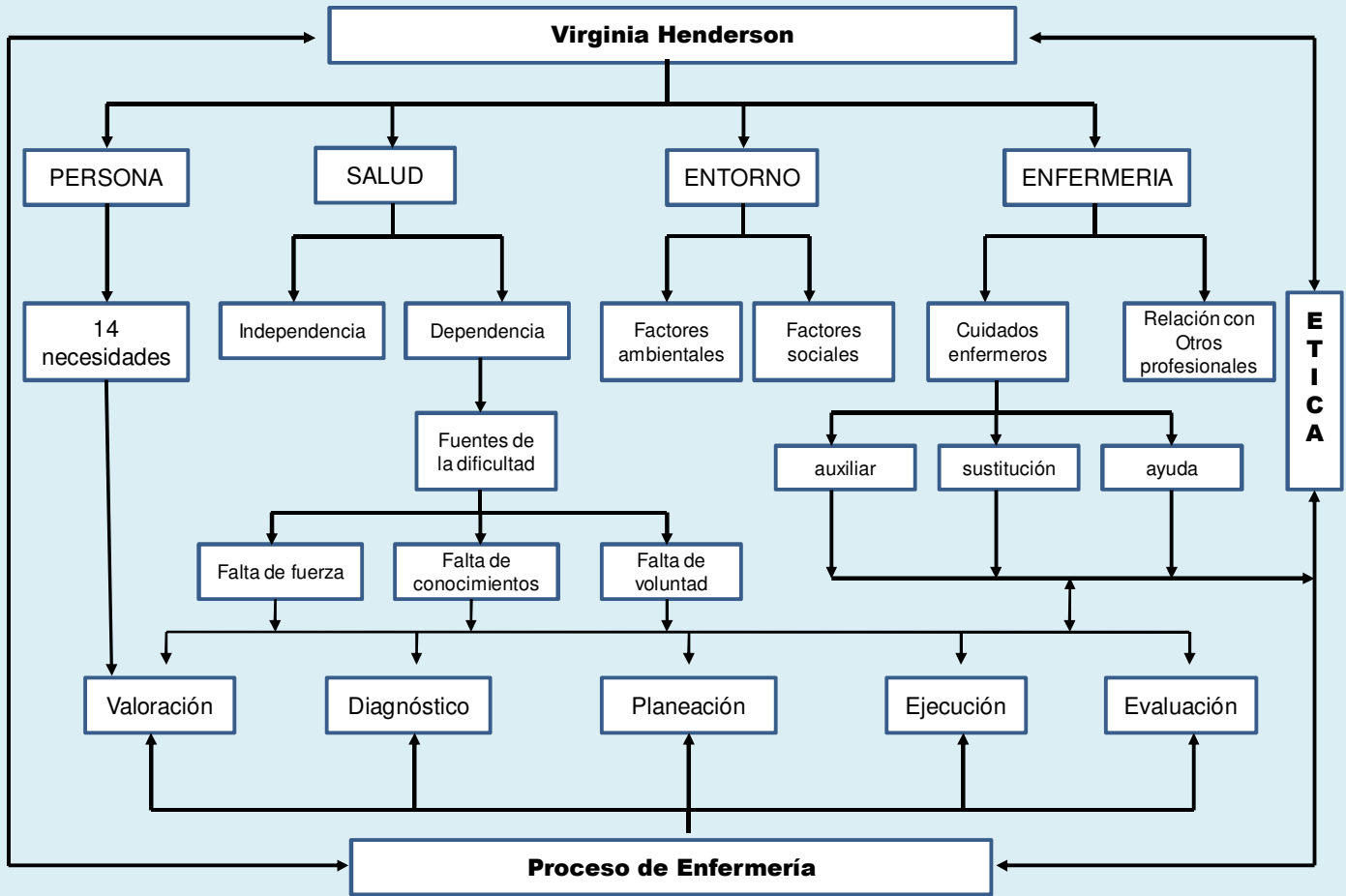
Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Liker de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. La escala permite medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Las escalas pueden utilizarse para medir el estado del paciente con cada uno de los indicadores y resultado. Los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso, o ausencia de cuidados. Para facilitar su uso existen siete campos: 1.- Salud funcional, 2.- Salud fisiológica, 3.- Salud psicosocial, 4.- Conocimiento y conducta de salud, 5.- Salud percibida, 6.- Salud familiar, 7.- Salud comunitaria<sup>89</sup>

## **Relación del Proceso de Enfermería y La propuesta filosófica de Virginia Henderson**

---

<sup>89</sup>Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead Ibidem p. 9

**Proceso de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson**



Elaboró: Lic. Enf. María Inés Lozano Espinosa

En este cuadro se puede observar la relación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Enfermería, en primer lugar se observa la propuesta filosófica de Henderson donde se encuentran los elementos del metaparadigma de enfermería, la persona se considera una unidad con 14 necesidades, la salud es la satisfacción de sus necesidades lo que crea su independencia cuando una de sus necesidades no se encuentra satisfecha se crea una dependencia y esta se tiene por obstáculos que le impiden responder a ellas y estas son falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad, el entorno se ve influenciado por factores ambientales y factores sociales y la enfermería se ve en las relaciones con otros profesionales y los cuidados de enfermería estos son de sustitución, como auxiliar y de ayuda estas derivan cuando se realiza el Proceso de enfermería con sus

cinco etapas la valoración de las 14 necesidades el diagnóstico de acuerdo a su dependencia o independencia la planeación de los cuidados, la ejecución de los mismos y por último la evaluación que esta nos puede llevar a iniciar nuevamente todo el proceso cuando se tiene una evaluación negativa. Estos elementos se deben de realizar con ética, una forma de esta es por el consentimiento informado y el Código de Ética para Enfermeras en México.

#### **1.4 Factor de dependencia.**

##### **Hemofilia A:**

Etiología

Trastorno hereditario de la coagulación, ligado al sexo, localizado en el cromosoma X. La hemofilia la padecen los hombre y la transmiten las mujeres. Un feto varón, hijo de madre portadora, tiene un 50% de posibilidades de ser enfermo. Debe tenerse en cuenta que un 20 a 25% de los niños con hemofilia faltan antecedentes familiares; son la expresión de mutaciones, que pueden dar lugar tanto a un varón enfermo como a una hembra portadora. Es raro pero posible, que el niño presente síntomas en el momento del nacimiento o en la primera infancia. Generalmente van a aparecer cuando el paciente empieza andar y a moverse, porque las hemorragias hemofílicas tienen como carácter fundamental el ser determinadas por traumatismos; raramente aparecen de forma espontánea, si bien a veces el golpe o herida son mínimos y no existe, proporción entre la intensidad de la hemorragia y la del accidente. Cuando más travieso y más nervioso sea el niño, más grave será inicialmente la afección, al sufrir el traumatismo. Las hemorragias predominantes son las mucosas e internas generalmente. En las cutáneas no aparecerán pequeñas hemorragias ni petequias, sino generalmente equimosis, y sobre todo grandes hematomas localizados en la piel, o mejor en el tejido subcutáneo, que imprimen una coloración violácea a extensos territorios cutáneos. los hematomas pueden ser musculares, siendo particularmente intensos y de interés clínico en algunas localizaciones, como los músculos del dorso, donde forman a veces tumoraciones que parecen abscesos perinefríticos. También existen epistaxis, gingivorragias, hemorragias, digestivas, genitales, urinarias y mucosas de cualquier tipo; así como hemorragias internas, por ejemplo cerebrales. Son muy características las hemorragias articulares, en cuya evolución hay tres estadios: hemartrosis o derrame sanguíneo en la cavidad articular; inflamación de la articulación y la anquilosis de tipo mixto, ósea por alteración de los extremos óseos con formación de osteofitos y también por infiltración de las partes blandas de la articulación, donde el depósito de hemosiderina y sangre produce un proceso de fibrosis.<sup>90</sup>

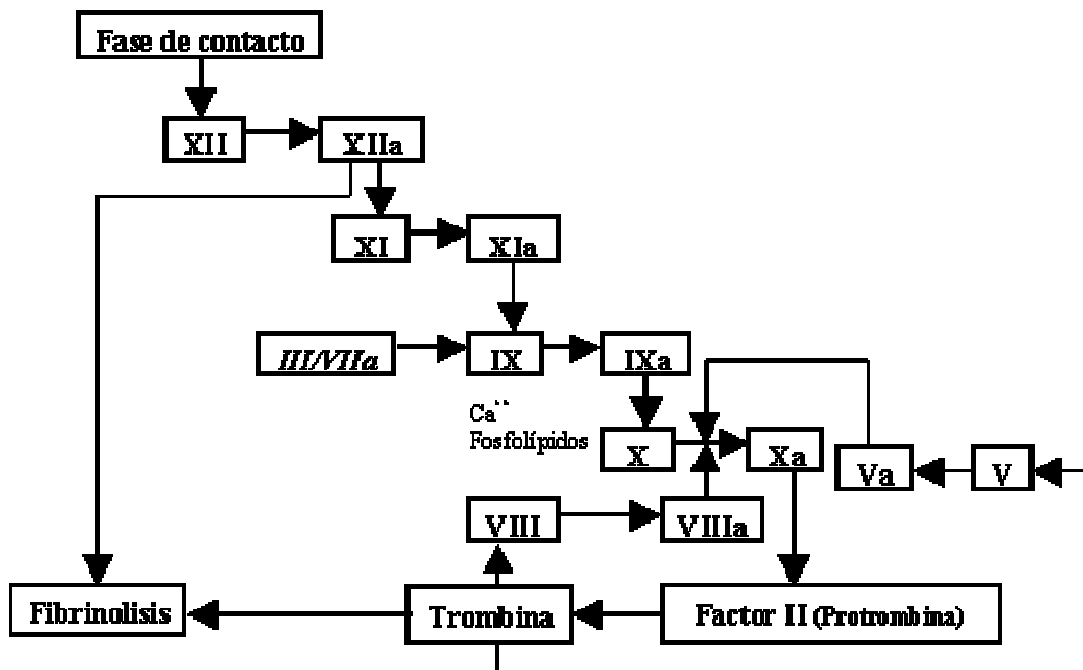
Las manifestaciones aparecen en forma de brotes, a veces frecuentes, pero a menudo pasan meses e incluso años sin molestias. En ocasiones la enfermedad

---

<sup>90</sup> Cruz HM; Tratado de Pediatría. 6ta. Edición, Ed. ESPAXS, España, 1988,p. 1395-96

es más grave, otras menos graves, y esto depende no sólo de la actividad física del niño, sino también del grado de carencia de globulina antihemofílica; hay casos en que falta casi por completo, pero en otros el déficit solamente parcial. El pronóstico es grave, ya que son pocos los enfermos que sobrepasan los 40 años. Generalmente, antes de morir por una hemorragia, los enfermos quedan inválidos a consecuencia de las artropatías, que tienen una cierta preferencia por la rodilla. Las formas más graves corresponden a pacientes con formación de inhibidores del factor VIII.<sup>91</sup>

### Cascada de la coagulación.



Fuente: Acedo MA; Aspectos Técnicos de la anticoagulación oral  
<http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/imagenes/h-general-4-1.gif>

Los factores de riesgo son los antecedentes familiares de sangrados y el ser del sexo masculino. La incidencia de la hemofilia A es de 1 caso por cada 5.000 hombres.

### Gravedad de la hemofilia

<sup>91</sup> Cruz HM; Ibidem p. 1396

Se han descrito tres niveles de gravedad de la hemofilia (grave, moderada y leve) en relación a la actividad de factor presente en el plasma. Este hecho es muy importante por dos motivos:

Generalmente, pero no siempre, el nivel de actividad de factor presente en el plasma del enfermo determina la frecuencia y gravedad de las manifestaciones hemorrágicas, y como consecuencia define las necesidades del tratamiento. De este modo, cuanto menor sea el nivel de actividad de factor en el plasma, mayores serán las hemorragias y también aumentará el uso de factor para tratarlas.

El nivel de actividad de factor, y por tanto la gravedad de la hemofilia, se mantiene constante en una familia determinada. De esta manera el niño hemofílico en una familia con historia de hemofilia moderada también tendrá una forma moderada de esta enfermedad.

Cuando el nivel de factor es inferior al 1%, hablamos de hemofilia grave. En estos casos las hemorragias espontáneas son muy frecuentes y graves. Frecuentemente los enfermos con hemofilia grave presentan alteraciones importantes en las articulaciones como consecuencia de las repetidas hemorragias articulares.

Las pequeñas cantidades de factor, entre el 1 y el 5%, presentes en los enfermos con hemofilia moderada son suficientes para proporcionar una cierta protección, de manera que las hemorragias espontáneas son menos graves y menos frecuentes.

Los enfermos con hemofilia leve tienen niveles de factor entre el 5 y el 25%. Estos no presentan hemorragias espontáneas y frecuentemente se les diagnostica cuando son adultos.<sup>92</sup>

### **Inhibidores del factor VIII**

Un 10% a 15% de los hemofílicos se vuelven refractarios al tratamiento con factor VIII debido a la formación de inhibidores o anticuerpos circulantes. La aparición de

---

<sup>92</sup>Cruz HM, Op Cit. p. 1396

inhibidores no ésta relacionada con el número de transfusiones de plasma y no debe omitirse el tratamiento sustitutivo con el fin de evitar esto. Los inhibidores son globulinas IgG dirigidas específicamente contra el factor VIII y su título puede ser bajo y pasajero o sumamente alto y muy duradero. La unidad Bethesda de inhibición es la intensidad del efecto inhibitor de 1 ml de plasma que reduce el nivel del factor VIII en 1ml desde 1 unidad a 0.5 unidades. Es casi imposible anular la acción de un inhibidor a un título alto, pero si hay hemorragias peligrosas para la vida deben darse dosis masivas de concentrados del factor VIII o realizar una plasmaferesis para reponer el factor VIII, pues pueden ser beneficiosas temporalmente. El tratamiento inmunosupresor es ineficaz.

Otra forma de tratar a un niño hemofílico que ha formado inhibidores de factor VIII es usar concentrados del factor IX (Konyne, Autoplex, Feiba) que, al parecer, contienen cierta cantidad de factor VIII que elude este inconveniente. Estos coagulantes activados se incorporan a la cascada de la coagulación más allá del punto donde actúa el factor VIII y, de este modo, escapan a los efectos del inhibidor. Para lograr la tolerancia inmunitaria puede intentarse un tratamiento combinado por vía IV con inmunoglobulina, ciclofosfamida y factor VIII.<sup>93</sup>

### **Sintomatología**

- Sangrado nasal
- Sangrado de las encías
- Sangrado menstrual anormal
- Hematomas
- Erupción cutánea

### **Diagnóstico**

---

<sup>93</sup> Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM; Nelson tratado de Pediatría Vol. 2; 15° edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997, p. 1782.



- TPT prolongado. Es un examen que mide el tiempo de coagulación en el plasma (la porción líquida de la sangre). Está enfocado en un paso específico del proceso de coagulación.
- Tiempo de protrombina normal
- Tiempo de sangrado normal
- Niveles normales de fibrinógeno
- Actividad baja del factor VIII sérico

## **Tratamiento**

El tratamiento rutinario es la infusión de concentrados del factor VIII para reemplazar el factor defectuoso de coagulación. La cantidad de dicha infusión depende de la gravedad y del lugar del sangrado y del tamaño del paciente.

La hemofilia leve se puede tratar con la infusión de crioprecipitado o desmopresina (DDAVP), los cuales provocan la liberación del factor VIII que se almacena en el revestimiento interior de los vasos sanguíneos del cuerpo.

Para prevenir una crisis hemorrágica, a las personas con hemofilia y a sus familias se les puede enseñar la forma de administrar concentrados del factor VIII en sus hogares, ante los primeros signos de sangrado. Las personas con formas severas de la enfermedad pueden requerir transfusiones profilácticas de forma regular.

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, se puede administrar concentrado de factor VIII o desmopresina (DDAVP) antes de practicarles una extracción dental o una cirugía con el fin de prevenir el sangrado.

Es necesaria la vacunación contra la hepatitis B, dado que hay un aumento en el riesgo de exposición al virus de la hepatitis, debido a las frecuentes infusiones de productos sanguíneos.

Los pacientes que desarrollan un inhibidor para el factor VIII pueden requerir tratamiento con otros factores de la coagulación, tales como el factor VIIa, que pueden ayudar a la coagulación incluso en ausencia del factor VIII.

## **Educación sanitaria del niño hemofílico**

- Explicar los cuidados y cómo administrar el factor deficitario, así como la forma de conservarlo y reconstituirlo.
- Informar al niño y a su familia de que las lesiones superficiales se tratan con hielo y presión.
- Identificar los signos de hemartrosis y enseñar a los padres a inmovilizar la articulación, aplicar hielo sobre ella y administrar el factor.
- Ayudarles a reconocer los signos de las hemorragia mayor: cefalea, visión borrosa, vómito, letargo, confusión y convulsiones
- Determinar la prevención de lesiones, incluida la necesidad de establecer unos límites razonables que permitan al niño llevara una vida lo más normal posible
- Explicar los posibles efectos secundarios del tratamiento
- Demostrar los ejercicios pasivos de movilidad articular
- Insistir en la necesidad de evitar aspirina y sus derivados
- Hacer hincapié en una dieta adecuada, ya que el aumento de peso supone una mayor tensión sobre las articulaciones<sup>94</sup>

### **Cuidados dentales**

Se recomienda la utilización de un cepillo de dientes blando y el cepillado debe evitar la formación de placa bacteriana. Es necesario efectuar controles dentales regulares, que limiten en lo más posible las extracciones innecesarias. La placa bacteriana provoca infección e inflamación en la encía, lo que da lugar a focos de sangrado continuos que duran semanas, meses e incluso años, con lo que afecta y reabsorbe el hueso, queda el diente sin fijación, lo que provoca su caída. La hemofilia no afecta el diente pero la extracción dental puede dar lugar a complicaciones, por lo que debe practicarse en medio hospitalario y previa administración de factor.

---

<sup>94</sup> Aguilar CMJ, Tratado de Enfermería Infantil, Cuidados Pediátricos Vol. I; Ed. Oceano, España, 2003. p. 569-71.

Los tres pilares fundamentales de prevención, tanto de la caries como de la enfermedad periodontal, son el cepillado, la dieta y el uso de flúor.

### **La hemofilia y el deporte.**

La actividad física y el deporte son aspectos fundamentales en el tratamiento integral de un paciente hemofílico, junto con el tratamiento hematológico. La educación física en la escuela pretende que el niño se integre en el colegio en las primeras edades, en las que los juegos no suelen ser muy competitivos ni los niños son muy agresivos en sus relaciones. Esto le permite valorar sus capacidades y sus limitaciones, con lo que adquieren una experiencia que le será positiva para su personalidad. Los deportes recomendables son: natación, el ping-pong, la marcha, caminar, pesca, danza, el golf, montar bicicleta. Entre los NO recomendables se encuentra las carreras de obstáculos, los saltos y todos aquellos deportes de contacto como el fútbol.<sup>95</sup>

### **1.5 Aspectos éticos.**

En el código de ética de enfermería 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 profesiones.<sup>96</sup>

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

---

<sup>95</sup> Aguilar Ibidem p. 571

<sup>96</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Diciembre 2001. 2

el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaria de Salud emprende el Código de Ética para Enfermeras que constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios

### **Principios éticos fundamentales del Código de ética para enfermeras**

**Beneficencia y no maleficencia:** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal (Primero No hacer daño).

**Justicia:** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, efectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un 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 valores y convicciones personales.

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

Dentro de la ética podemos encontrar el consentimiento informado que a continuación se describe.

### **Consentimiento informado**

Aunque este término es muy común en la práctica médica, para las enfermeras recobra cierta significancia dado que en nuestro quehacer participamos

indirectamente en la obtención de este consentimiento, o bien somos testigos de que el paciente lo otorgue.<sup>97</sup>

Por consentimiento informado se entiende como un proceso de dialogo desarrollado en el marco de la relación del equipo de salud y el paciente, según el cual una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar o a los cuidados a recibir, como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta. Por otra parte el consentimiento informado es también un derecho del paciente que crea en el profesional de salud tres obligaciones previas:

- Asegurar la capacidad de decisión del paciente
- Asegurar la decisión voluntaria y libre
- Informar al paciente.

No está determinado aun el papel del profesional de enfermería con relación al consentimiento informado; no obstante se puede deducir que afecta a las enfermeras, pues sugiere que las responsabilidades de los profesionales en enfermería en el consentimiento informado son tanto legales como morales.

La responsabilidad específica del profesional que la responsabilidad específica del profesional en enfermería es explicar al paciente la atención de enfermería que va a recibir, incluyendo información acerca de la indicación de dicha actuación y del modo en que esta se va a realizar.

De acuerdo a este artículo las funciones de enfermería podrían ser:

- Colaborar en la valoración del grado de libertad con la que un paciente otorga un consentimiento
- Colaboración en la valoración de la influencia de familiares allegados tanto a favor como en contra del mismo.
- Colaborar en la valoración de la capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de los procedimientos que le plantean

---

<sup>97</sup> Hernández PMC, Mendoza LC; Consentimiento informado en Enfermería. En Desarrollo Científico de Enfermería 2002; 10(9): 269-71

- Colaborar en la valoración de la cantidad y la calidad de la información que el paciente ha recibido del médico, comprobando si existió falta de comprensión por parte del paciente.
- Valorar el impacto emocional ocasionado por la información, tanto con el paciente como en sus familiares y allegados
- Colaborar en el grado de validez y autenticidad de un consentimiento mediante el conocimiento de los valores del paciente, la observación y valoración de sus actitudes a lo largo del tiempo que dura la asistencia sanitaria.<sup>98</sup>

En México actualmente la enfermería se rige por el código de ética para las enfermeras que a continuación se transcribe.

**DECÁLOGO 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:

- I. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- II. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libre de riesgos
- III. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

---

<sup>98</sup>Hernández PMC; Ibidem p. 271

- IV. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia las personas o a terceros.
- V. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- VI. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el quipo de salud.
- VII. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- VIII. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- IX. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- X. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería, Op Cit P. 19

### **III. Metodología.**

#### **3.1 Descripción del caso.**

Se trata de Brayan un paciente masculino escolar de 10 años 4 meses, proviene de familia nuclear, originario del Estado de México. La familia está integrada por el padre de 29 años aparentemente sano escolaridad primaria terminada, vendedor ambulante; madre de 29 años aparentemente sana de escolaridad primaria terminada, dedicada a las labores del hogar, hermana de 13 años, aparentemente sana de escolaridad primaria, actualmente ayudante de tortillería; hermano de 10 años hemofílico tipo A estudiante de 5to. Primaria; hermana de 6 años aparentemente sana estudiante de 1ero. Primaria; hermana de 1 año 2 meses aparentemente sana. Profesan la religión católica; las relaciones afectivas familiares se consideran fuertes. Habitan en casa rentada, construida con tabique y techo de lámina que consta de 2 habitaciones, una cocina con sala y un patio, cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios.

En febrero 2001 acude al Hospital Pediátrico de Peralvillo por sangrado en boca, la madre pide el alta voluntaria y es trasladado por sus propios medios al área de urgencias del Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez donde es conocido por primera vez y se le diagnostica Hemofilia A, hematoma en boca y garganta y herida en paladar blando, se le da tratamiento con Factor VIII; en enero del 2003 ingresa por Traumatismo craneoencefálico, ingresado por 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en los que permaneció con ventilación asistida y se le diagnostica factor inhibidor positivo, es tratado con factor VIII posteriormente a la estabilización pasa a la sala de hematología de donde se da de alta; en enero del 2004 ingresa a urgencias por sangrado gingival donde permanece por dos días y es dado de alta, el 30 de septiembre 2007 ingresa a urgencias por Traumatismo craneoencefálico en región frontal es trasladado al servicio de hematología donde se mantiene en reposo absoluto y tratamiento con Factor VIII se inicia prednisona para contrarrestar el factor de inhibición. Se realiza Tomografía Computarizada de cráneo simple en



donde se encontró lesión hiperdensa en región occipital derecha Pb. Hemorragia subdural.

A la exploración física se encontró con los siguientes signos vitales: Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 82x', Frecuencia respiratoria: 20X', Temperatura: 36.4°C.

Somatometría: Peso: 29Kg, Talla 141 cm.

Exámenes de Laboratorio 2- octubre-2007

| Estudio de laboratorio | Resultados en Brayán | Valores de referencia* |
|------------------------|----------------------|------------------------|
| Hb g/100ml             | 11                   | 10.3 – 14.9            |
| Hto %                  | 35.5                 | 32 - 42                |
| Leucocitos mm          | 10900                | 10 A 14 mil            |
| Segmentos %            | <u>77</u>            | 32 -54                 |
| Linfocitos %           | <u>8</u>             | 27 -57                 |
| Monocitos %            | 5                    | 0 -5                   |
| Plaquetas x10          | <u>478 mil</u>       | 150 – 450mil           |
| Glicemia mg/dl         | 92                   | 70 -105                |
| TPT                    | <u>52</u> ”          | 25 -35”                |
| TP                     | <u>19</u> ”          | 11 – 13.5”             |

\*Fuente: Manual Harriet-Lane de pediatría; Elsevier España, 2006, p.669-81.

Se trata de escolar masculino de 10 años 4 meses, de edad aparentemente igual a la cronológica, aparentemente integro, con palidez general, facies de aburrimiento, presencia de ojeras, en posición de decúbito supino, con presencia de catéter periférico en miembro superior derecho, con movimientos espontáneos, de constitución delgada, con bata hospitalaria, en cuarto

hospitalario, orientado en sus tres esferas, consiente y cooperador al interrogatorio.

Al realizar el análisis de los datos objetivos y subjetivos por necesidades se reporta lo siguiente:

La necesidad de **Seguridad y protección** se encuentra en dependencia permanente ya que el factor de dependencia no puede ser modificado solo controlado. A la exploración física se encontró:

Escolar en posición decúbito supino, en reposo absoluto, presencia de catéter periférico en miembro superior derecho, con facies de aburrimento, los barandales se encuentran abajo, presencia de hematomas en abdomen cuadrante superior derecho de 3 cm aproximadamente y miembros superiores con presencia de petequias y hematomas en sitios de punción en miembro inferior izquierdo con presencia de hematoma en tercio medio de muslo y múltiples petequias en ambos miembros. Presencia de caries en primer y segundo molar inferior derecho, primer molar inferior izquierdo, primero y segundo molar superior derecho, y pigmentación oscura en colmillo superior izquierdo. Tiempos prolongados de coagulación. La patología de base así como la estancia hospitalaria son factores que afectan la necesidad de seguridad y protección.

La necesidad de **alimentación** se encuentra en dependencia parcial ya que se observa que no le agradan los alimentos del hospital y los rechaza, en la interrogación se encuentra una alimentación deficiente para la edad, el peso se encuentra en percentil 25 y la talla en percentil 50 a la exploración física se encuentra:

Cabello: opaco, débil

Ojos: conjuntiva rosa pálido

Boca: con presencia de múltiples caries, encías rojizas y con aumento de volumen en la parte superior

Piel: seca, pálida

Abdomen: blando depresible, con presencia de perístasis con adecuada intensidad.

La necesidad de **movimiento y postura** se encuentra en riesgo ya que se encuentra en reposo terapéutico y debe evitar movimientos bruscos debido al riesgo de sangrado, lo que le impide la deambulaci3n y el movimiento libre en su entorno. A la exploraci3n f3sica se encuentra:

Orientado en sus tres esferas, Glasgow 15/15.

Cabeza: normocefalo,

Cara: sin alteraci3n en los movimientos oculares y faciales

Cuello: cil3ndrico, con movimientos de flexo-extensi3n y rotaci3n

Extremidades superiores: sim3tricas, arcos de movilidad espont3neos, fuerza de 5/5.

Extremidades inferiores: sim3tricas, con arcos de movilidad espont3neos, fuerza muscular de 5/5.

La patolog3a de base tiene un gran riesgo de crear hemorragias articulares (hemartrosis y anquilosis), por lo que se debe mantener en vigilancia constante.

La necesidad de **higiene** se encuentra en dependencia temporal ya que se observa inadecuada higiene bucal, no le agrada cepillarse los dientes y solo lo realiza una vez al d3a, lo que le ha condicionado a caries dental y gingivitis.

La necesidad de **reposo y sue1o** se encuentra en dependencia temporal ya que actualmente se encuentra en medio hospitalario y no logra conciliar el sue1o f3cilmente, adem3s que interrumpen su sue1o para administrar los medicamentos y toma de signos vitales, por lo que se observa con ojeras ligeras, facies de cansancio y aburrimiento, duerme varias horas durante el d3a 3 -4 hrs de manera fraccionada.

La necesidad de **vestido** se encuentra en dependencia temporal ya que actualmente requiere de ayuda para vestirse y desvestirse debido al reposo terap3utico, pero 3l logra cooperar en la medida de sus posibilidades. No le agradan las batas del hospital, ya que la mayor3a le quedan chicas y desconoce el tipo de ropa que puede utilizar durante la hospitalizaci3n.

La necesidad de **recreación** se encuentra en dependencia temporal ya que debido al reposo terapéutico no puede realizar las actividades recreativas que le agradan, debido a su patología de base no debe realizar juegos bruscos pero a él le agrada el fútbol y juegos de competencia con sus amigos de la escuela y hermanos, refiere sentirse aburrido y la televisión del cuarto se encuentra descompuesta por lo que no puede ver los programas que le agradan, su cuidador primario desconoce las actividades recreativas que pueden realizar durante la hospitalización.

La necesidad de **realización y aprendizaje** se encuentra en dependencia ya que el cuidador primario, refiere no tener control ante las situaciones de riesgo, tiene miedo sobre la enfermedad, y sobre que sus demás hijos sean portadores, expresa dudas sobre los cuidados en el hogar, así como las medidas preventivas

Se encontró en **independencia** la necesidad de **eliminación, oxigenación, temperatura, comunicación, creencia y religión.**

### **3.2 Métodos e instrumentos.**

Para la realización del estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería bajo la propuesta de Virginia Henderson.

La recolección de datos se realizó a través de fuentes primarias y secundarias. La fuente primaria fue la exploración física, y las fuentes secundarias fueron la entrevista con la madre, el expediente clínico, artículos relacionados, bibliografía.

La valoración de Enfermería, se realizó de dos formas, por la valoración inicial y focalizada. La valoración inicial se hizo mediante entrevistas a la madre del niño y de exploración siguiendo el método clínico. Los datos se registraron en el formato de Valoración de las necesidades básicas en el escolar. (Anexo 1).

La valoración focalizada se realizó a las 14 necesidades básicas, aplicando las escalas de grado y nivel de dependencia propuesta por Phaneuf. Utilizando el instrumento de Hoja de reporte diario (anexo 2).

Como parte de las consideraciones éticas se pidió a la madre la firma del consentimiento informado para realizar el estudio de caso, previa lectura del mismo documento (anexo 3).

Se realizaron 9 seguimientos donde se valoraron las necesidades dependientes jerarquizándolas de acuerdo a su importancia, comenzando con las que son prioritarias para la vida.

- Seguridad y protección
- Alimentación
- Higiene
- Movimiento y postura
- Vestido
- Reposo y sueño
- Recreación
- Aprendizaje
- Realización

Las necesidades de eliminación, oxigenación, temperatura, comunicación y creencias y religión no presentan datos de dependencia, pero no se debe

olvidar que las necesidades dependientes influyen en todas las demás ya que existe una interrelación entre ellas

### 3.3 Proceso de construcción del diagnóstico.

La elaboración de los diagnósticos de Enfermería se realizó utilizando la taxonomía de la NANDA, en los cuales se identifican diagnósticos reales, potenciales, de riesgo, de bienestar, posibles y de problemas interdependientes. Para la redacción de los diagnósticos reales se utilizó el formato

|                 |   |                  |   |                          |
|-----------------|---|------------------|---|--------------------------|
| <b>P</b>        | + | <b>E</b>         | + | <b>S</b>                 |
| <b>Problema</b> | + | <b>Etiología</b> | + | <b>Signos y síntomas</b> |

Aplicando el modelo de Virginia Henderson, el problema se centra en el problema de dependencia, la etiología en las fuentes de la dificultad.

Los diagnósticos de riesgo constan de dos partes

|                 |   |                  |
|-----------------|---|------------------|
| <b>P</b>        | + | <b>E</b>         |
| <b>Problema</b> | + | <b>Etiología</b> |

Los de bienestar son compuestos solo por una parte (etiqueta).

Se enlistan los diagnósticos de acuerdo a la jerarquización realizada en base a la necesidad alterada y al tipo de prioridad otorgada

### Jerarquización de las necesidades

Nombre: B.M.H. Registro: 746997 Edad: 10a 4m Peso: 29Kg Talla: 141cm

| Fecha de Identificación | Necesidad Alterada     | Diagnóstico de enfermería   | Fuente de la dificultad  | Grado y nivel de dependencia | Tipo de intervención | Tipo de prioridad | Fecha de resolución      |
|-------------------------|------------------------|---|--------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|
| 3-10-2007               | Seguridad y protección | Dependencia en la necesidad de seguridad y protección relacionado con alteración de las defensas secundarias (tiempos de coagulación prolongados) manifestado por TPT 52", TP 19", gingivorragia, hematomas, y petequias.   | Física                   | Permanente grado 5           | Suplencia            | Alta              | En proceso de resolución |
| 3-10-2007               | Alimentación           | Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con menor aporte de nutrientes a los requerimientos para su edad manifestado por rechazo a los alimentos y peso en percentil 25 para la edad, cabello opaco y débil, conjuntiva con coloración rosa pálido.           | Física                   | Parcial grado 3              | Ayuda                | Alta              | En proceso de resolución |
| 3-10-2007               | Movimiento y postura   | Riesgo de alteración en la movilidad física relacionado con reposo terapéutico.   | Conocimientos            | Temporal grado 3             | Ayuda                | Alta              | 8-10-2007                |
| 3-10-2007               | Higiene                | Dependencia en la necesidad de higiene oral relacionado con falta de voluntad y conocimientos para realizar el aseo oral manifestado por gingivitis, múltiples caries dentales, aseo bucal una vez al día, expresiones verbales de negación para realizar la actividad. | Conocimientos y Voluntad | Temporal grado 4             | Ayuda                | Alta              | En proceso de resolución |

|           |                           |  |               |                       |           |       |            |
|-----------|---------------------------|--|---------------|-----------------------|-----------|-------|------------|
| 4-10-2007 | Descanso y Sueño          | Deterioro del patrón de sueño: sueño interrumpido relacionado con medio ambiente hospitalario manifestado por sensación de cansancio, ojeras, facies de cansancio, dormir en el día.   | Física        | Temporal grado 3      | Ayuda     | Media | 9-10-2007  |
| 4-10-2007 | Vestido y desvestido      | Dependencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con falta de conocimientos sobre la ropa que deberá usar en la hospitalización manifestado por necesidad de ayuda para vestirse.   | conocimientos | Temporal grado 3      | Suplencia | Media | 8-10-2007  |
| 5-10-2007 | Recreación                | Dependencia en la necesidad de recreación relacionado con la falta de conocimientos del cuidador primario sobre las actividades que puede realizar Brayan durante la hospitalización manifestado por expresiones verbales de desconocer y poder realizar otras actividades recreativas y expresiones de aburrimiento | Conocimiento  | Temporal grado 3      | Ayuda     | Media | 10-10-2007 |
| 5-10-2007 | Comunicación              | Disposición para mejorar la comunicación verbal con personas significativas  |               | Independencia grado 2 | Ayuda     | Baja  |            |
| 5-10-2007 | Realización y aprendizaje | Deterioro parental relacionado con falta de conocimientos de los cuidadores primarios sobre el padecimiento de su hijo   | conocimientos | Temporal grado 3      | Ayuda     | Alta  | 15-10-2007 |
| 5-10-2007 | Eliminación               | Independencia en la necesidad de eliminación vesical   |               | Independencia grado1  | Ayuda     | Baja  |            |
| 5-10-2007 | Oxigenación               | Independencia en la necesidad de oxigenación   |               | Independencia grado 1 | Ayuda     | Baja  |            |



|           |                     |  |  |                       |       |      |  |
|-----------|---------------------|--|--|-----------------------|-------|------|--|
| 5-10-2007 | Valores y creencias | Conductas generadoras de salud en sus creencias y valores.         |  | Independencia grado 1 | Ayuda | Baja |  |
| 5-10-2007 | Termorregulación    | Conductas generadoras de salud de la necesidad de termorregulación |  | Independencia grado 1 | Ayuda | Baja |  |

### **3.4 Proceso de planeación especializada**

Para la planeación especializada, se realizó una jerarquización de las mismas, para favorecer las necesidades alteradas integrando en ellas al niño y a sus cuidadores primarios.

Las normas que se utilizaron para planear las intervenciones fueron, establecer las prioridades, marcar los objetivos del paciente, seleccionar las estrategias de enfermería y finalmente desarrollar el plan de enfermería.

Los objetivos fueron centrados en el paciente, los cuales nos fijan el resultado deseado del cuidado enfermero.

Las intervenciones se clasificaron en independientes que son aquellas que la enfermera realiza con autonomía; intervenciones dependientes aquellas que derivan de una indicación médica o personal de salud, y por último intervenciones interdependientes que se realizan en conjunto con otros profesionales de la salud.

El formato de planeación está compuesto de: ficha de identificación, datos subjetivos y objetivos, diagnóstico de enfermería, objetivo de la planeación, nivel de dependencia, grado de dependencia, prioridad, tipo de asistencia y un cuadro de dos columnas, una para intervenciones y otra para la fundamentación de dicha intervención y finalmente la evaluación. Se elaboran un total de planes de cuidados.



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado  
Especialidad de Enfermería Infantil  
Sede Hospital Infantil de México Federico Gómez**



**Nombre del niño:** B.M.H.

**Servicio:** Hematología

**Edad:** 10a. 4m.

**Registro:** 746997

---

**SEGURIDAD Y PROTECCIÓN:**

**Diagnóstico de Enfermería:**

Dependencia en la necesidad de seguridad y protección relacionado con alteración de las defensas secundarias (Tiempos de coagulación prolongados), manifestado por tiempos de TPT 52'', TP 19'', gingivorragia, hematomas y petequias.

**Objetivo:**

La enfermera en colaboración con el equipo multidisciplinario realizara medidas de prevención y protección durante la hospitalización de Brayan

**Fecha de identificación:**

3 – octubre – 2007

**Nivel y grado de dependencia:**

Nivel 5, permanente

**Tipo de prioridad:**

Alta

**Fecha de resolución:**

En proceso de resolución

## PLAN DE INTERVENCIONES

| Intervenciones   | Fundamentación  |
|--|---|
| <p>1. Valorar la necesidad de seguridad y protección cada 24 hrs mediante (Independiente)</p> <p>a) Historia clínica</p> <p>b) Interrogatorio al cuidador primario sobre nuevos datos de sangrado (hematomas, petequias, sangrados activos)</p> <p>c) Exploración física de Habitus exterior, céfalo-caudal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del esquema de vacunación</li> </ul> <p>d) Valoración del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama con barandales protegidos</li> <li>• Accesorios personales que no tengan punta o filo</li> <li>• Juguetes con puntas redondeadas</li> <li>• Lápices y colores en estuchera con orillas redondeadas</li> </ul> | <p>La valoración es la primera fase del Proceso de enfermería e incluye recogida, organización y validación de datos. (Kozier, 1998, p.122)</p>                             |
| <p>2. Buscar signos y síntomas de alarma cada 24 hrs. (Independiente)</p> <p>a) Hematomas</p> <p>b) Epistaxis</p> <p>c) Gingivorragia</p> <p>d) Hematuria</p>  | <p>Los tiempos de coagulación prolongados, pueden provocar hemorragia espontánea en cualquier parte del cuerpo. La hematuria es un signo inicial frecuente. (Carpenito,</p> |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>e) Cefalea intensa</li> <li>f) Presencia de melena o heces hemorrágicas.</li> </ul>   | <p>2005, p.324)</p>   |
| <p>3. Controlar las constantes vitales del niño, anotando la aparición de bradicardia, taquicardia, disminución de la T/A, aumento de la FR e hipertermia, informar inmediatamente al médico cada 8 hrs. (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tomar de frecuencia cardiaca</li> <li>b) Tomar frecuencia respiratoria</li> <li>c) Toma de presión arterial</li> <li>d) Toma de temperatura</li> </ul>  | <p>La alteración de los signos vitales indica la posibilidad de complicaciones que incluyen hipovolemia secundaria a hemorragia, sobrecarga circulatoria o reacción transfusional secundaria a la administración de crioprecipitado o de concentrado de factor VIII. (Morgan 1993, p.124)</p> |
| <p>4. Reducir la formación de hematomas y hemorragia en los lugares de inyección (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Utilizar agujas de calibre pequeño</li> <li>b) No aplicar masajes en la zona</li> <li>c) Para las muestras de sangre deben practicarse extracciones preferentemente en los dedos en vez de punciones venosas.</li> <li>d) Cambiar sitios de punción</li> <li>e) Posterior a la punción aplicar una presión constante durante 1 a 2</li> </ul> | <p>Practicar punciones en los dedos en vez de punción venosa disminuye el riesgo de hemorragia grave, ya que los capilares tienen menor calibre que las venas y contienen menos sangre. (Morgan 1993, p. 177)</p> <p>La vía subcutánea posibilita la utilización de una aguja de menor</p>    |

|  |  |
|--|--|
| <p>minutos</p> <p>f) Las inyecciones deben administrarse por vía subcutánea (no intramuscular) siempre que sea posible, presionar la zona por lo menos durante 5 minutos</p>   | <p>calibre y disminuye el riesgo de hemorragias importantes en el área de punción. Además, el tejido subcutáneo se encuentra menos vascularizado que el muscular. (Morgan 1993,p. 177)</p>   |
| <p>5. Vigilar los resultados de laboratorio cada 24 hrs (Interdependiente)</p> <p>a) Controlar los niveles de factor VIII y el TPT por lo menos una vez al día. Informar al médico de cualquier alteración.</p> <p>b) Analizar las heces a diario para comprobar la presencia de hemoglobina cada 24 hrs</p>                               | <p>Estos controles de laboratorio permiten valorar el estado de coagulación del paciente en un momento determinado y la necesidad de administrar más tratamiento. (Morgan 1993, p. 176)</p>  |
| <p>6. Aplicación del Factor VIII 1250 UI o crioprecipitado 12 Unidades cada 8 hrs. (interdependiente)</p> <p>a) Mantener el Factor VIII a temperatura de 2 a 8°C</p> <p>b) Realizar la reconstitución de forma correcta con los filtros establecidos</p> <p>c) Realizar la aplicación de forma inmediata posterior a la reconstitución</p> | <p>La administración de crioprecipitado o de concentrado de factor VIII permite la correcta formación del coagulo. (Morgan 1993, p. 175)</p> <p>Siempre se deben tener medidas de seguridad del paciente, aunque la dosificación se especifica en la prescripción de medicación, las</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>7. En caso de gingivorragia realizar: (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Enjuagues bucales con agua helada si no cede realizar</li> <li>b) Enjuagues bucales con trombina (4ml)</li> <li>c) Si no se controla la gingivorragia, proporcionar presión con gasas empapadas con trombina hasta que ceda el sangrado.</li> </ul> <p>8. Mantener reposo absoluto durante las próximas 48 hrs (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Evitar movimientos bruscos o innecesarios</li> <li>b) Realizar baño de esponja en su unidad</li> <li>c) Proporcionar utensilios de limpieza para su aseo (cepillo, crema,</li> </ul> | <p>enfermeras deben conocer aspectos de las dosis seguras para los niños. El tamaño corporal afecta significativamente a la dosificación. (Kozier 2002, p. 345)</p> <p>Tomar las medidas apropiadas durante los episodios hemorrágicos ayuda a prevenir una hemorragia letal. La aplicación de presión directa interrumpe el flujo sanguíneo en la zona y permite la formación del coágulo. La aplicación de frío en la zona hemorrágica favorece la vasoconstricción. (Morgan 1993, p. 179.)</p> <p>El reposo en cama disminuye la necesidad de oxígeno de las células orgánicas debido a la reducción del metabolismo secundario a la</p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <p>jabón)</p> <p>9. Proporcionar dieta blanda con alimentos cocidos indicada por nutrición (Interdependiente)</p> <p>10. Dar información a Brayan y su cuidador primario sobre asociaciones para el apoyo a su tratamiento.</p> <p>a) Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C.<br/> ASOCIACIÓN DE HEMOFILIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, A. C.</p> | <p>disminución de la actividad. Dirige los recursos energéticos hacia el proceso de curación que hacia otras actividades. En algunos casos reduce el dolor, disminuyendo así la necesidad de analgésicos.(Kozier, 2002, p. 948)</p> <p>Los alimentos blandos evitan lesiones en la encía evitando el riesgo de gingivorragia en las personas con problemas de coagulación. (<a href="http://www.sdpt.net/par/hemostasia.htm">http://www.sdpt.net/par/hemostasia.htm</a>)</p> <p>Promoción de la salud es toda actividad que se realiza con el propósito de lograr un nivel mayor de salud de los individuos, familias, grupos y comunidades. La promoción</p> |
|---|---|



|   |   |
|---|---|
| Elizabeth Ramírez Tapia<br>Calle Texanita 132<br>Ciudad Netzahualcóyotl C. P. 57000<br>Estado de México<br>Tel. 01 55 5731.4009 Cel. 044 551 615.8577<br>brayanfilia@yahoo.com.mx | de la salud no solo consiste en evitar o prevenir la enfermedad. (Kozier, 2002, p. 280) |
|---|---|

### **Evaluación.**

Brayan, no presento datos de sangrado activo durante su hospitalización, siguió presentando hematomas en los sitios de punción pero de menor intensidad. Se logro el apoyo de Brayan, sus padres y el personal de enfermería, se tuvo todo el material y equipo necesario, se contó en la mayoría de las ocasiones con factor VIII, por lo que fueron en pocas ocasiones las que se aplico crioprecipitado, la infraestructura no fue adecuada, ya que la cama no contaba con barandales adecuados para él, no se contaba con cortinas para respetar su individualidad. Se considera que se deja en dependencia grado 3 permanente, ya que no se debe olvidar que no produce factor VIII por el mismo, por lo que siempre va a requerir cuidados preventivos.

## **ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:**

### **Diagnóstico de Enfermería:**

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con menor aporte de nutrientes a los requerimientos para su edad manifestado por rechazo a los alimentos, peso en percentil 25 para la edad, cabello opaco y débil, conjuntiva con coloración rosa pálido.

### **Objetivo:**

Brayan mejorará su estado nutricional, mediante intervenciones que realizará la enfermera en conjunto con el equipo multidisciplinario durante su hospitalización.

### **Fecha de identificación:**

3 – octubre – 2007

### **Nivel y grado de dependencia:**

Parcial, grado 3

### **Tipo de prioridad:**

Alta

### **Fecha de resolución:**

En proceso de resolución

## **PLAN DE INTERVENCIONES**

| <b>INTERVENCIONES</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>   |
|--|---|
| 1. Realizar valoración nutricional cada tercer día. NIC 1160<br>(Interdependiente)<br>a) Observar si la piel de Brayan se encuentra seca, descamada, | La evaluación nutricional es una parte esencial de la exploración de salud completa. Su objetivo es evaluar el estado |

|  |  |
|--|--|
| <p>despigmentada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b) Observar si el pelo de Brayan se encuentra seco, es fino y resulta fácil de arrancar</li> <li>c) Observar si las encías de Brayan tienen, inflamación, esponjosas, cedidas y con hemorragias</li> <li>d) Observar en Brayan si existe palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo</li> <li>e) Observar en Brayan si la boca/labios están inflamados, enrojecidos o agrietados</li> <li>f) observar si existe cualquier llaga, edema y papilar hiperémicas e hipertróficas de la lengua y de la cavidad bucal</li> <li>g) Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel: Pliegue de tríceps. Circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.</li> <li>h) Pesar a Brayan cada tercer día</li> </ul> | <p>nutricional del niño, es decir, el estado de equilibrio entre la ingesta y el gasto o necesidades de nutrientes. La exhaustiva evaluación nutricional incluye información sobre la dieta suministrada, la evaluación clínica del estado nutricional y el estado bioquímico. (Waley &amp; Wong, 1993, p. 224.)</p> |
| <p>2. Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito cada 7 días (Independiente)</p>   | <p>Para evaluar el estado nutricional de la persona, la enfermera debe seguir el enfoque ABCD: obtención de mediciones antropométricas, evaluación de los datos</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>3. Establecer un plan con el servicio de nutrición (Interdependiente)</p> <p>a) proporcionar comida según indicaciones del servicio de nutrición: dieta de 2400 calorías en cuartos.</p> <p>a) Desayuno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leche: 2 porciones</li> <li>Cereales y tubérculos: 2 porciones</li> <li>Fruta: 2 porciones</li> <li>Productos de origen animal : 1 porción</li> <li>Leguminosas: 1 porción</li> <li>Azúcares: 1 porción</li> <li>Lípidos: 2 porciones</li> </ul> <p>b) Comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leche: Cero</li> <li>Cereales y tubérculos: 2 porciones</li> <li>Verdura: 2 porciones</li> <li>Fruta: 2 porciones</li> <li>Productos de origen animal: 2 porciones</li> <li>Leguminosas: 2 porciones</li> </ul> | <p>bioquímicos, evaluación de los signos clínicos del estado nutricional y obtención de la historia alimentaria. (Kozier, 2002, p. 1123)</p> <p>La evaluación de los clientes y de las personas que toman una dieta terapéutica es una función compartida por la enfermera y la dietista. La enfermera refuerza las instrucciones de la dietista, ayuda al cliente a realizar modificaciones beneficiosas y evalúa la respuesta del cliente frente a las modificaciones establecidas. (Kozier, 2002, p. 1123.)</p> <p>Cuando se trata de corregir una pronunciada delgadez, sin que medien causas patológicas, hay la tendencia a creer que podrán ganarse kilos fácilmente con la ingestión indiscriminada tanto de alimentos</p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p>Azúcares: 1 porción<br/> Lípidos: 2 porciones</p> <p>c) Cena:</p> <p>Leche: 2 porciones<br/> Cereales y tubérculos: 2 porciones<br/> Verdura: 2 porciones<br/> Fruta: 2 porciones<br/> Productos de origen animal: Cero<br/> Leguminosas: 1 porción<br/> Azúcares: 1 porción<br/> Lípidos: 2 porciones</p> <p>d) Colación:</p> <p>Leche: cero<br/> Cereales y tubérculos: 2 porciones<br/> Verdura: cero<br/> Fruta: 2 porciones<br/> Productos de origen animal: 1 porción<br/> Leguminosas: cero<br/> Azúcares: Cero<br/> Lípidos: 2</p> | <p>dulces como de los ricos en grasas, como los embutidos, y, muy especialmente, de alimentos crudos que pueden ser rebozados y fritos. Pero nada puede estar más lejos de la verdad pues, precisamente porque las personas con dificultad para aumentar de peso suelen tener problemas de asimilación, deben incluir en su dieta alimentos cuyas propiedades, combinadas de forma equilibrada, produzcan una digestión más lenta y más propicia a una mejor asimilación de los nutrientes.</p> <p>(<a href="http://www.explored.com.ec/guia/fas3b.htm">http://www.explored.com.ec/guia/fas3b.htm</a>)</p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>b) Respetar el número de equivalentes indicados por el servicio de nutrición</li> <li>c) Establecer horarios de comidas</li> <li>d) Ingerir 8 vasos de agua al día</li> <li>e) No comer danonino, yakult, refresco, golosinas</li> </ul>  |   |
| <p>4. Proporcionar terapia nutricional diariamente, NIC 1120 (Interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica en Brayán diariamente</li> <li>b) Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</li> <li>c) Proporcionar a Brayán alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente</li> <li>d) Estructurar un ambiente agradable para la ingesta de alimentos</li> </ul> | <p>Los consejos relativos a la nutrición son algo más que la simple información. La enfermera debe ayudar a sus pacientes a incorporar modificaciones de la dieta a su estilo de vida y proporcionar estrategias para motivarlos a cambiar sus hábitos de alimentación. (Kozier, 2002, p. 1101)</p> |

**Evaluación:**

Brayan inicio un plan de atención en conjunto con el servicio de nutrición. Por medio de la dieta tuvo una mejor tolerancia a los alimentos, al momento del alta presentó una ganancia ponderal de 1, 200 gr. Se considero que continuaba en dependencia grado 3 transitorio, ya que es necesario que gane más peso ponderal para mantenerse en el estándar recomendado para la edad y la talla, se observo un mayor compromiso de su cuidador primario para mantener una dieta adecuada a los requerimientos de Brayan. Se contó con el apoyo del personal tanto de enfermería como de nutrición, se tuvo todo el material y equipo necesario y la infraestructura adecuada para los cuidados.

## MOVIMIENTO Y POSTURA

### Diagnósticos de Enfermería:

Riesgo de alteración en la movilidad física relacionado con reposo terapéutico

### Objetivo:

Brayan logrará su independencia, mediante la realización de un plan de fisioterapia que realizará la enfermera con apoyo de sus cuidadores primarios durante el reposo terapéutico.

### Fecha de identificación:

3 – octubre – 2007

### Nivel y grado de dependencia:

Temporal, grado 3

### Tipo de prioridad:

Alta

### Fecha de resolución:

8– septiembre – 2008

## PLAN DE INTERVENCIÓN

| INTERVENCIONES   | FUNDAMENTACIÓN   |
|--|--|
| 1. Realizar la valoración de movimiento y postura diariamente por medio de: (Independiente)<br>a) Historia clínica de enfermería: <ul style="list-style-type: none"><li>• Obtención de información de Brayan sobre:</li><li>• Actividades realizadas en un día común</li></ul> | La enfermera obtiene información del cliente, de otras enfermeras, y de la historia del cliente. La exploración y la historia son fuentes importantes de información sobre las discapacidades que afecten al sistema |



|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades de la vida diaria durante la hospitalización sobre: comer, vestirse, bañarse, asearse, deambular.</li> <li>• Como realiza esta actividad (por familiar, amigo, uso de dispositivos especiales)</li> <li>• Valoración de los factores que influyen en la movilidad: ambientales, problemas de salud, económicos.</li> <li>• Cambios recientes en el patrón o dificultades con la movilidad: naturaleza específica del problema, cuando apareció por primera vez, frecuencia, las causas, como afecta en la vida diaria.</li> </ul> <p>b) Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alineación corporal</li> <li>• Postura</li> <li>• Aspecto y movilidad de las articulaciones: inspección, palpación, valoración de los arcos de movimiento activos y movilidad pasiva con especial atención en: articulación temporomandibular, cuello, hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.</li> <li>• Capacidad y limitación de movimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cómo la enfermedad de Brayan influye sobre su capacidad de moverse y si su salud contraindica algún tipo de</li> </ul> </li> </ul> | <p>musculo-esquelético, como contracturas, edema, dolor en extremidades o fatiga generalizada que afectan la planificación de las intervenciones de enfermería para este cliente. La revisión de las notas recientes de enfermería también resulta útil. (Kozier, 2002, p. 955)</p> <p>La capacidad de moverse libremente, con facilidad, rítmicamente y con algún motivo, es parte esencial de la vida. Las personas deben moverse para obtener agua, y alimentos, para protegerse de traumatismos y para cumplir otras necesidades básicas. La movilidad es vital para la independencia; una persona totalmente inmovilizada es tan vulnerable y dependiente como un niño.</p> <p>La capacidad de moverse también influye sobre la autoestima y la imagen corporal, componentes ambos de uno mismo. (Kozier,</p> |
|---|--|

ejercicio, posición y movimiento.

- ◆ Causas de impedimento al movimiento como: vía intravenosa,
- ◆ Equilibrio y coordinación
- ◆ Presencia de hipotensión ortostática: la enfermera valora cualquier aumento de la frecuencia del pulso, caída de la presión sanguínea, mareos, visión borrosa
- Grado de confort Tolerancia a la actividad
- Forma física: mediciones de pliegues cutáneos, mediciones perímetros, valoración de la fuerza y rendimiento muscular y valoración de la flexibilidad muscular.
- Fuerza muscular

| <b>Grado</b> | <b>Valoración</b>   |
|--------------|---|
| 0            | 0% de fuerza normal: parálisis completa   |
| 1            | 10% de fuerza normal: no hay movimiento, la contracción del músculo es palpable o visible |
| 2            | 25% de fuerza normal: movimiento muscular completo contra la gravedad, con apoyo          |
| 3            | 50% de fuerza normal: movimiento normal contra la gravedad                                |

2002, p. 935)

Al obtener datos relativos a los problemas de inmovilidad, la enfermera utiliza los métodos de valoración (Inspección, palpación y auscultación); y realiza determinaciones, incluyendo el peso corporal, la ingesta de líquidos y la eliminación de líquidos. Resulta extremadamente importante obtener y registrar datos basales de valoración nada más al quedarse inmóvil el cliente. Estos datos basales sirven como estándar con el que comparar todos los datos obtenidos durante todo el periodo de inmovilización. Dado que una de las principales responsabilidades de Enfermería es prevenir las complicaciones de la inmovilidad, la enfermera debe identificar a los clientes con riesgo de desarrollar dichas complicaciones antes de que surjan

|   |   |
|---|---|
| 4 | 75% de fuerza normal: movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia mínima     |
| 5 | 100% de fuerza normal: movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia completa. |

problemas. Lo clientes con riesgo incluyen aquellos que a) están mal nutridos; b) tienen una sensibilidad menor al dolor, temperatura o presión; c) tienen problemas cardiovasculares pulmonares o neuromusculares existentes; y d) están inconscientes.  
(Kozier, 2002, p. 960.)

2. Realizar ejercicios pasivos, cada 6 hrs sin interrumpir los periodos de sueño (Independiente)
- a) Vestir a Brayan con ropa suelta
  - b) Utilizar la mecánica corporal al realizar los ejercicios pasivos para evitar tensión muscular y las lesiones, tanto para la enfermera como para Brayan
  - c) Colocar la cama a una altura adecuada
  - d) Exponer solo el miembro a ejercitar para evitar exponer la intimidad de Brayan
  - e) Sujetar las extremidades de Brayan por encima y por debajo de la articulación según se requiera para evitar tensión o una lesión

Los ejercicios pasivos, son realizados por otra persona que mueve cada una de las articulaciones de la persona en su rango completo del movimiento, tensando máximamente todos los grupos musculares de cada plano sobre cada articulación. Dado que el cliente no contrae los músculos, los ejercicios pasivos carecen de valor para mantener la fuerza muscular, pero son útiles para conservar la flexibilidad articular. Deben realizarse para cada

|  |   |
|--|---|
| <p>muscular. Esto también puede realizarse rodeando las articulaciones con la palma de la mano o acunando los miembros en el antebrazo de la enfermera. Si una articulación produce dolor, sujetar la extremidad por las zonas musculares por encima y por debajo de la articulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Al manejar la extremidad, sujetarla de modo firme pero confortable</li> <li>g) Movilizar las partes del cuerpo suavemente, con lentitud y rítmicamente. Los movimientos desiguales producen molestias y posiblemente lesiones. Los movimientos rápidos pueden producir espasticidad o rigidez</li> <li>h) Evitar mover o forzar una parte del cuerpo más allá del rango de movilidad existente. Se pueden producir lesiones, dolor o tensión muscular</li> <li>i) Si se produce espasticidad muscular durante el movimiento, detener el movimiento temporalmente, pero seguir aplicando una presión suave y lenta sobre la zona hasta que los músculos se relajen, después seguir con el movimiento</li> <li>j) Si hay una contractura, aplicar una presión firme y lenta sin producir dolor, para estirar las fibras musculares</li> <li>k) Si se produce rigidez, aplicar presión contra la rigidez y continuar el</li> </ul> | <p>movimiento de brazo, piernas y cuello que el cliente no pueda realizar de forma activa. Los movimientos deben ser sistemáticos y deben seguir una misma secuencia durante cada sesión de ejercicios. Cada ejercicio debe constar de tres repeticiones (Kozier, 2002, p. 982)</p> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>ejercicio lentamente.</p> <p>3. Elevar las piernas cada 2 hrs durante 20' (Independiente)</p> <p>a) Colocar algún tipo de soporte en la parte posterior de las piernas dando apoyo al arco de movimiento de las rodillas y pantorrillas por medio de almohadas, cojines, sábanas, cobijas, etc.</p> <p>4. Realizar ejercicios de relajación diariamente (Independiente):</p> <p>a) Aprendiendo a respirar (relajación sin tensión)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la boca cerrada inhalar tranquilamente todo el aire que pueda, este aire lo va a llevar a su abdomen. Tiene que imaginar que esta inflando un globo.</li> <li>• Mentalmente tiene que contar despacio 1, 2, 3, sosteniendo el aire.... Y dejarlo salir mientras cuenta 4, 5, 6, para entonces su globo debe estar vacío y listo para ser inflado nuevamente.</li> <li>• Esta respiración la debe repetir por lo menos 3 veces. Diciendo inhala y exhala.</li> <li>• Para corroborar que esta inhalando bien es poner las manos a la altura del ombligo para que sienta como se expande el abdomen.</li> <li>• Para comprobar que esta exhalando bien es poner la mano</li> </ul> | <p>La elevación y medición regulares permiten a la enfermera detectar cambios. (Kozier, 2002, p. 964)</p> <p>La relajación presenta muchos beneficios para los niños, siempre y cuando se practique habitualmente. En un primer lugar mejora la seguridad que tienen en sí mismos, mostrándose más sociables y menos agresivos. Esto puede observarse con claridad tanto en el seno de la familia como en la relación con otros niños. Además, incrementa su alegría y espontaneidad, a la vez que se aprecian a sí mismos más y con mayor profundidad. Por otra parte, al tratarse de una tarea conjunta y placentera, estos ejercicios afianzan con fuerza la relación que</p> |
|---|--|

frente a la boca, para sentir la suavidad con la que sale el aire.

b) Relajación muscular progresiva: (Gruesa)

- Dividir el cuerpo en 4 partes imaginarias que tendrán que ser tensadas o hacer fuerza (sentirlas duras) y después relajarlas (sentirlas flojitas):

- Los pies y las piernas

- Preguntar como siente los pies y pedir que los mueva
- 1er. Ejercicio: encoger los dedos como si quisiera tomar algo con ellos, ejerciendo toda la fuerza que pueda, 1, 2, 3, 4, 5, regresar a la posición normal (repetir 5 veces)
- 2do. Ejercicio: en sentido contrario poner los dedos como si quisiera alcanzar el techo, 1, 2, 3, 4, 5, regresar a la posición normal (repetir 5 veces)
- 3er ejercicio: levantar la pierna izquierda con la punta hacia arriba y con su mano tocar el muslo y la pierna para sentir lo dura que esta, si no es así tensarla más, en esta posición elevar los dedos de los pies, contar, 1, 2, 3, 4, 5, y bajar lentamente la pierna (repetir 5 veces)
- 4to ejercicio: repetir ahora con la pierna derecha

mantienen padres e hijos.

([http://www.ladosis.com/articulo\\_interno\\_nd.php?art\\_id=3827](http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=3827))

Para que los músculos funcionen eficientemente, tienen que ser capaces de relajarse apropiadamente. Y para ello, deben ser estirados regularmente. El estiramiento de los músculos es esencial para que funcionen eficientemente.

(<http://www.yogakai.com/yogaterapia01.htm>)

La relajación progresiva requiere que el cliente a) tense y después relaje sucesivamente determinados grupos musculares; b) concentre su atención en distinguir sensaciones que experimenta cuando un grupo de músculos está relajado en contraste con cuando esta tenso. Jacobsen (1938), el creador de la técnica de relajación progresiva, descubrió que la tensión de un grupo muscular antes de su relajación realmente conseguía un mayor

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5to. Ejercicio: al terminar las repeticiones en ambas piernas colocar las manos al costado de las piernas y balancearlas a ambos lados tocando suavemente rodilla con rodilla</li> <li>▪ El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tomar un poco de aire por la nariz y llevarlo al abdomen y pecho poniéndolo lo más duro que pueda sosteniendo con fuerza 1, 2, 3, 4, 5, soltarlo suavemente (repitiendo 2 veces)</li> <li>○ Con la cabeza derecha y tensar la espalda lo más posible sosteniendo 1, 2, 3, 4, 5, relajarse y repetir 2 veces.</li> <li>○ Los glúteos apretarlos lo que más pueda (se tiene que notar como al apretarlos se mueve hacia arriba todo el cuerpo) mantenerlo así 1, 2, 3, 4, 5, relajarse y repetir 2 veces</li> <li>○ Repetir toda la rutina 5 veces más</li> </ul> </li> <li>▪ Manos y brazos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sentir los dedos y preguntar cómo se sienten</li> <li>○ Levantar los brazos a la altura del hombro y tocar el</li> </ul> </li> </ul> | <p>grado de relajación, que la simple orden que uno se da a sí mismo de relajarse. Esta técnica puede producir como resultado la disminución del consumo de oxígeno del cuerpo, del metabolismo, de la frecuencia respiratoria, del ritmo cardiaco, de la tensión muscular y de la tensión arterial sistólica y diastólica. Los procedimientos para la enseñanza de las técnicas de relajación progresiva varían. Pueden diferir los métodos para relajar los grupos musculares, los grupos musculares específicos que se relajan, el número de sesiones necesarias y el rol del instructor (instrucciones grabadas o en vivo).(Kozier, 2002, p. 899)</p> |
|---|---|

bíceps y preguntar cómo se siente repetir en el brazo contrario

- Cerrar muy fuerte ambas manos y contar 1, 2, 3, 4, 5, y abrirlas lentamente (repetir 3 veces)
- Volver a cerrar las manos pero estirando los brazos hacia adelante a la altura del hombro y ponerlos tan duro como pueda contar 1, 2, 3, 4, 5, aflojarlos mientras las pone en sus piernas (repetir 5 veces)
- Repetir toda la rutina 5 veces.

▪ Cuello y cara

- Subir las cejas lo más que pueda y contar 1, 2, 3, y bajarlas lentamente (repetir 5 veces)
- Encoger las cejas lo más que pueda y contar 1, 2, 3, y regresar a la posición original nuevamente (repetir 5 veces)
- Cerrar los ojos y apretarlos fuertemente 1, 2, 3, y regresar a la posición original (repetir 5 veces)
- Arrugar la nariz, 1, 2, 3, y regresar a la posición original (repetir 5 veces)
- Hacer una sonrisa exagerada y subir la comisura de los



labios 1, 2, 3, relajar (repetir 5 veces)

- Hacer una cara triste bajando las comisuras de los labios 1, 2, 3, relajar (repetir 5 veces)
- Colocar el cuello derecho y con la mirada al frente y con su mano izquierda girar la cabeza hacia la derecha haciendo fuerza con la mano y no permitiendo que la cabeza regrese a su lugar original, 1, 2, 3, repetir el ejercicio del lado contrario (repetir 5 veces)

c) Relajación en posición horizontal (El soldado de plomo)

- Poner las manos a los costados, piernas juntas y bien estiradas, espalda recta, cuello derecho, cabeza derecha mirando al frente (posición de firmes)
- Imaginar que poco a poco se convierte en un soldado de plomo y va a poner todo el cuerpo tenso, muy duro, lo más que pueda 1, 2, 3, 4, 5,
- Después imaginarte que poco a poco se convierte en un hombre de chicle y va a relajar todo el cuerpo poniéndolo flojito 1, 2, 3, 4, 5,
- Terminado los ejercicios inhalar por la nariz tranquilamente todo el aire que pueda y llevara al abdomen contando mentalmente 1, 2, 3, y exhalar lentamente contando mentalmente 1, 2, 3,

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir el ejercicio completo 5 veces o hasta que se sienta relajado.</li> </ul> <p>6. Animar a Brayan a participar activamente en las actividades de la vida diaria en lo posible (Independiente)</p> | <p>La realización de actividades de la vida diaria implica utilizar músculos y articulaciones, ayudando a mantener su función. (Kozier, 2002, p. 899)</p> |
|---|---|

**EVALUACIÓN:**

Brayan mantuvo su independencia y se logro llevarlo a grado 1, se tuvo todo el material y equipo para la realización de los cuidados, la estructura no fue la más adecuada para los procedimientos de relajación ya que no permitía la tranquilidad, y no era un área individual, pero se logro adecuar en la medida de lo posible, lográndose en Brayan la relajación y la realización de los ejercicios de arco completo del a movilidad, se contó con el apoyo del personal el cual estuvo muy interesado en las técnicas de relajación.

## HIGIENE

### Diagnóstico de Enfermería:

Dependencia en la necesidad de higiene oral relacionado con falta de voluntad y conocimientos para realizar el aseo oral manifestado por gingivitis, múltiples caries dentales, aseo bucal una vez al día, expresiones verbales de negación para realizar la actividad.

### Objetivo:

Brayan realizara las actividades de higiene oral, mediante la educación que proporcionara la enfermera durante su hospitalización en conjunto con el apoyo y vigilancia de sus cuidadores.

### Fecha de identificación:

5- octubre – 2007

### Nivel y grado de dependencia:

Temporal, grado 4

### Tipo de prioridad:

Alta

### Fecha de resolución:

En proceso de resolución

### PLAN DE INTERVENCION

| INTERVENCIONES  | FUNDAMENTACIÓN  |
|---|---|
| 1. Valorar diariamente: (Independiente)<br>a) Historia de enfermería <ul style="list-style-type: none"><li>Prácticas de higiene dental de Brayan y su familia</li><li>Historia sobre visitas anteriores al dentista</li></ul> | Los datos acerca de la higiene bucal ayudan al personal de enfermería a establecer las necesidades y a incorporar las necesidades y |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades para realizar la limpieza dental</li> <li>• Productos higiénicos que utiliza para la limpieza dental</li> </ul> <p>b) Valoración física de la boca</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección y palpación de la parte interna de los labios, la mucosa bucal, los dientes y las encías <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pedirle a Brayan que relaje la boca y separe el labio inferior de los dientes</li> <li>▪ Palpar cualquier lesión que haya y determinar su tamaño, sensibilidad y consistencia</li> <li>▪ Observar los dientes y las encías de la parte delantera</li> <li>▪ Pedirle a Brayan que abra la boca, con un depresor lingual, separar la mejilla y visualizar la superficie de la mucosa bucal de arriba abajo, de atrás a delante, repetir el procedimiento con el otro lado</li> <li>▪ Examinar los dientes traseros</li> <li>▪ Pedirle a Brayan que relaje los labios y cierre y abra la mandíbula, con la mandíbula cerrada observar la alineación de los dientes y perdida de piezas</li> <li>▪ Observar el número de piezas, el color, caries y/o sarro.</li> </ul> </li> </ul> <p>c) Identificar situaciones de riesgo</p> | <p>preferencias del cliente en el plan de cuidados (Kozier, 2002, p.797)</p> |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición inadecuada</li> <li>• Ingesta de azúcares refinados</li> <li>• Historia familiar de periodontitis</li> <li>• Sangrados al momento de la higiene</li> </ul> <p>2. Realizar aseo bucal después de cada alimento y antes de dormir mientras exista el riesgo de sangrado de la siguiente manera: (Independiente)</p> <p>a) Preparar 2 cucharadas de bicarbonato en 500ml de agua y ofrecer para enjuagues bucales después de cada comida</p> <p>b) Dar gasas empapadas con la solución de bicarbonato para realizar la limpieza dental realizando movimientos circulares suaves</p> <p>3. Al no presentar riesgo de gingivorragia iniciar el lavado de dientes con un cepillo de cerdas suaves y reeducar a Brayan y su cuidador primario sobre la técnicas de lavado de dientes (Independiente)</p> <p>a) Material y equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillo de dientes de cerdas suaves</li> <li>• Vaso con agua templada</li> <li>• Dentífrico</li> <li>• Colutorios elaborados en casa (2 cucharadas de bicarbonato en</li> </ul> | <p>El cuidado bucal antes de las comidas elimina la exudación y estimula el apetito; el cuidado después de las comidas y a la hora de dormir elimina los restos de alimentos y previene infección. (Kozier, 2002, p. 803.)</p> <p>Para minimizar el riesgo de hemorragia el niño es instado a usar un cepillo dental de cerdas blandas. (Whaley &amp; Wong, 1995, p. 328)</p> <p>El cepillado meticuloso de los dientes es importante para prevenir su deterioro. La acción mecánica del cepillado elimina las partículas de</p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| <p>500ml de agua hervida)</p> <p>b) Técnica de cepillado dental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humedecer las cerdas del cepillo dental con agua tibia y aplicar el dentífrico sobre el cepillo de dientes</li> <li>• Sostener el cepillo contra los dientes con las cerdas en un ángulo de 45°. El cepillo limpiará por debajo de la cisura de dos o tres dientes a la vez. La técnica cisural elimina la placa y limpia por debajo de los bordes gingivales</li> <li>• Mover las cerdas hacia atrás y hacia delante, utilizando un movimiento vibratorio o de vaivén, desde la cisura hasta las coronas de los dientes</li> <li>• Repetir hasta que todas las superficies exteriores e interiores de los dientes y los surcos de las encías estén limpios</li> <li>• Limpiar las superficies morderas moviendo el cepillo de hacia atrás y hacia adelante sobre ellas, con pasadas cortas</li> <li>• Limpiar la lengua suavemente con el cepillo de dientes</li> <li>• Enjuagar con el agua templada de manera enérgicamente</li> <li>• Repetir los pasos anteriores hasta lograr retirar el exceso de dentífrico, ni partículas de alimentos</li> <li>• Realizar cepillado de la lengua en forma de barrido de arriba hacia</li> </ul> | <p>alimentos que pueden albergar e incubar bacterias. También estimula la circulación de las encías, manteniendo de este modo su firmeza saludable. La técnica más recomendada es la técnica de cepillado de surcos, que elimina la placa y limpia por debajo de los contornos gingivales. (Kozier, 2002, p. 800)</p> <p>El cepillado mecánico elimina los residuos y estimula la circulación gingival. El enjuagado arrastra las partículas desalojadas y el dentífrico puede tener propiedades antisépticas. (Kozier, 2002, p. 800)</p> <p>El profesional de enfermería está a menudo en una buena posición para poder ayudar a las personas a mantener la higiene bucal,</p> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>abajo y enjuagar con agua templada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar colutorios con el enjuague elaborado en casa</li> </ul> <p>4. Mantenimiento de la salud bucal por turno NIC 1710 (Independiente)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral</li> <li>b) Animar a Brayan a lavarse los dientes</li> <li>c) Proporcionar una dieta saludable y una adecuada ingesta de líquido</li> </ol> <p>5. Solicitar interconsulta de odontopediatría, para solicitar valoración: (Interdependientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Valoración integral de boca</li> <li>b) Curación de caries, previa terapia de remplazo (Factor VIII)</li> <li>c) Limpieza de sarro</li> </ol> | <p>ayudándoles o enseñándoles a limpiarse los dientes y la cavidad oral. (Kozier, 2002, p. 800)</p> <p>Hay que asear y lubricar los labios y la boca si el paciente es incapaz de realizarlo por el mismo la enfermera debe ayudarlo a realizarlo y vigilar que se mantengan hidratados para evitar resequedad. (Ledesma, 2005, p. 284.)</p> <p>El profesional enfermero también puede contribuir con eficacia a identificar y remitir los problemas que requieren la intervención de un dentista o un cirujano maxilofacial. (Kozier, 2002, p. 800)</p> |
|---|--|

**Evaluación:**

Se logra el apoyo de los cuidadores y la vigilancia de la higiene dental, Brayan al inicio se resistía a realizar la limpieza, pero conforme se mantuvo la información se logro que realizara de forma consciente y con voluntad la realización de los cuidados específicos, se tiene todo el material y equipo necesario para la realización de los cuidados, se contó con el apoyo del personal de enfermería y se tubo toda la infraestructura para proporcionar los cuidados, se logra dejar en independencia grado 2, ya que Brayan realiza las acciones correspondientes sobre su cuidado, al momento del alta se tiene cita (Octubre) con el servicio de odontopediatría, para valoración y tratamiento pero no asiste a la misma, no se logra contactar para continuar con el seguimiento.



## DESCANSO Y SUEÑO

### Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro del patrón de sueño: sueño interrumpido relacionado con medio ambiente hospitalario manifestado por sensación de cansancio, ojeras, facies de cansancio, dormir en el día.

### Objetivo:

Brayan recuperará su patrón de sueño habitual mediante intervenciones que realizará la enfermera especialista en conjunto con sus cuidadores primarios en los próximos 5 días.

### Nivel y grado de dependencia:

Dependencia grado 3

### Tipo de prioridad:

Media

### Fecha de identificación:

4 – octubre – 2007

### Fecha de resolución:

9 – octubre - 2007

## PLAN DE INTERVENCIÓN

| INTERVENCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN   |
|---|--|
| <p>1. Valoración de sueño diariamente (Independiente):</p> <p>a) Historia del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patrón habitual de sueño, especificando las horas de sueño y del despertar; horas de sueño imperturbado; calidad o satisfacción del sueño; hora y duración de las siestas.</li></ul> | <p>La valoración relativa al sueño del cliente incluye la historia del sueño, el diario de sueño y la exploración física. Una historia general breve del sueño, que usualmente es parte de la historia de enfermería, se</p> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•Rituales de cama realizados para ayudar a la Brayan a dormirse</li> <li>•Ambiente del sueño</li> <li>•Cambios recientes en los patrones de sueño o dificultad para dormir explorando la naturaleza exacta del problema y su causa, cuándo comenzó y su frecuencia, como afecta la vida diaria, que hace Brayan para afrontar el problema y si estos métodos han sido eficaces.</li> </ul> <p>b) Pedirle a Brayan que realice un diario de sueño que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Número total de horas de sueño por día</li> <li>•Actividades realizadas 2-3 horas antes de acostarse (tipo duración y hora)</li> <li>•Rituales antes de acostarse</li> <li>•Hora de a) intentar dormir; b) dormirse (aproximada); c) cualquier despertar y duración de estos periodos, y d) despertar matutino</li> <li>•Cualquier preocupación que Brayan crea que afecte su sueño</li> <li>•Factores que Brayan sienta que tengan un aspecto positivo o negativo sobre el sueño.</li> </ul> <p>c) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Observación del aspecto facial, comportamiento y nivel de</li> </ul> | <p>obtiene en todos los clientes que ingresan a una instalación de cuidados de la salud. Esto permite a la enfermera incorporar las necesidades y preferencias del cliente en el plan de cuidados. A veces los clientes con un problema del sueño pueden proporcionar información más precisa si mantienen un registro escrito de su patrón de sueño y de los hábitos a él asociados. (Kozier, 2002, p. 1017-18)</p> |
|---|--|

energía, zonas oscuras alrededor de los ojos, párpados hinchados, conjuntiva enrojecida, ojos vidriosos o de aspecto mate, irritabilidad, agitación, falta de atención, bostezos, frotarse los ojos.

2. Reducir las distracciones ambientales (Independiente)

- a) Correr las cortinas entre las unidades de cada niño
- b) Eliminar la iluminación de la cabecera
- c) Llegar a un acuerdo con Brayan sobre el tiempo permitido para ver televisión en la noche y respetarlo
- d) Pedir a los familiares de los niños que bajen el volumen de sus teléfonos celulares o que sean puestos en vibrador
- e) Bajar el volumen de los teléfonos de la sala
- f) Pedirle al personal de enfermería del turno nocturno que mantenga bajo el volumen de las conversaciones; realizar los informes de enfermería u otras discusiones en una zona separada de las habitaciones de los niños.
- g) Solicitar al personal de enfermería que utilice calzado con suela de goma

Para crear un ambiente relajado, la enfermera ha de reducir las distracciones ambientales, disminuir las interrupciones del sueño, asegurar un ambiente seguro y proporcionar una temperatura en la habitación que resulte satisfactoria para el cliente. Las distracciones ambientales como las luces brillantes y el ruido resultan especialmente molestas para clientes hospitalizados. Existen tres tipos generales de ruidos en un hospital: ruidos ambientales, ruidos de procedimientos y ruidos de comunicación del personal (Walgenbach 1990, p. 279).

|  |   |
|--|---|
| <p>3. Realizar sólo las tareas de enfermería esenciales durante las horas de sueño (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Informar a Brayan de antemano sobre las interrupciones asistenciales necesarias.</li> <li>b) Organizar los cuidados para permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos (Ejemplo: cuando se despierta a Brayan para la medicación, determinar los signos vitales y administrar el tratamiento)</li> </ul> | <p>La preparación del cliente para despertarse y la planificación para minimizar los despertares disminuye el estrés y la ansiedad innecesarios, que pueden impedir el sueño posterior. Un tiempo de sueño de al menos 90 minutos ayuda al cliente a mantener un tiempo de sueño normal y favorece el sueño REM (Kozier, 2002, p. 1022)</p> |
| <p>4. Ejecutar las medidas indicadas para prevenir la eliminación urinaria o fecal durante la noche (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse</li> <li>b) Realizar la eliminación fecal antes de dormir si Brayan así lo requiere</li> </ul>  | <p>Estas medidas evitan la necesidad de levantarse para evacuar frecuentemente. (Kozier, 2002, p. 1022)</p>   |
| <p>5. promover el confort y la relajación previa al sueño (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Proporcionar una vestimenta de cama suelta, que sea suave, limpia y seca.</li> <li>b) Ayudar a Brayan con sus rutinas higiénicas.</li> </ul>  | <p>Las medidas de confort son esenciales para ayudar al cliente a conciliar el sueño y a mantenerse dormido, sobre todo si los efectos de la patología de la persona</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>c) Lecturas previas a la hora de dormir</li> <li>d) Ofrecer un masaje de espalda antes de dormir <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar a Brayan en decúbito prono</li> <li>• Calentar aceite de bebe entre las manos para el masaje</li> <li>• Aplicar masaje sobre la espalda, desplazándose sobre de un lado al otro en círculos con las palmas de las manos de forma suave, comenzando por el cuello y terminando en la cintura</li> </ul> </li> </ul> | <p>interfieren con el sueño. (Kozier, 2002, p. 1025)</p>   |
| <p>6. Mantener medidas de seguridad para dormir (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Utilizar en los pasillos luz tenue</li> <li>b) Colocar la cama en una posición baja</li> <li>c) Mantener los barandales en alto</li> <li>d) Enseñar a Brayan como solicitar ayuda</li> <li>e) Enseñar a Brayan como moverse con el sistema intravenoso</li> <li>f) Proporcionar una longitud suficiente del sistema intravenoso para permitir a Brayan moverse.</li> </ul>                   | <p>El ambiente también debe ser seguro, de manera que la persona también se pueda relajar. (Kozier, 2002, p. 1021)</p> |
| <p>7. Realizar la promoción del reposo y del sueño diariamente (Independiente):</p>   | <p>La mayoría de las personas están acostumbradas a rituales al acostarse, o a</p>                                     |

|  |  |
|--|--|
| <p>a) Establecer una hora regular para acostarse y para levantarse, esto evita interrupciones en el ritmo biológico. Si Brayan requiere de una siesta realizarla siempre a la misma hora</p> <p>b) Programar tiempo todos los días para actividades tranquilas y entretenidas durante el día</p> | <p>rutinas previas al sueño, que producen confort y relajación. Alterar o eliminar dichas rutinas pueden afectar el sueño del cliente. (Kozier, 2002, p. 1021)</p>                     |
| <p>8. Animar a Brayan a expresar sus preocupaciones cuando no sea capaz de dormir (Independiente)</p>  | <p>Expresar verbalmente las preocupaciones puede ayudar a aliviar la ansiedad y favorecer la relajación. (Kozier, 2002, p. 1023)</p>   |
| <p>9. Incluir a su cuidador primario en los cuidados previos al sueño (Independiente)</p>  | <p>La participación en la planificación de cuidados y potencia la comprensión de las personas de apoyo de los planes específicos y favorece su cooperación (Kozier, 2002, p. 1022)</p> |

**EVALUACIÓN:**

Brayan inicio con un nivel temporal grado 3, se contó con el material y quipo para proporcionar los cuidados, la infraestructura fue suficiente para proporcionar el cuidado, pero fue difícil cambiar la rutina del personal de enfermería del turno nocturno, lo que ocasiono que su sueño fuera interrumpido, pero en menores ocasiones, lo que permitió un sueño mínimo de 90 minutos entre cada interrupción, lo que logro se sintiera más descansado y disminuyeran las horas de sueño en el día a solo una siesta de 1 a 2 horas, el tiempo establecido en el objetivo fue suficiente, por todo esto se deja en independencia grado 2.

## VESTIDO Y DESVESTIDO

### Diagnóstico de enfermería:

Dependencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con falta de conocimientos sobre la ropa que deberá usar en la hospitalización manifestado por necesidad de ayuda para vestirse

### Objetivo:

Brayan recuperará su independencia en el vestido y desvestido mediante intervenciones que la enfermera realizara en conjunto con su cuidador primario en los próximos 3 días.

### Nivel y grado de dependencia:

Temporal grado 3

### Tipo de prioridad:

Media

### Fecha de identificación:

4 – octubre – 2007

### Fecha de resolución:

8 – octubre -2007

## PLAN DE INTERVENCIÓN

| INTERVENCIONES   | FUNDAMENTACIÓN  |
|--|---|
| 1. Realizar valoraciones sobre el vestido y desvestido diariamente (Independiente):<br>a) inspección de coloración de la piel, tipo de vestimenta, tipo de tela, tamaño<br>b) observar si la ropa le permite movimientos con facilidad<br>c) Valorar las limitaciones físicas que dificultan el vestido y desvestido | Al admitir a un paciente, hay que verificar que su ropa sea cómoda, si está protegido adecuadamente contra el frío y si está preparado para la exploración. (Henderson, 1988, p. 139) |



|  |   |
|--|---|
| <p>d) Identificar las áreas en las que Brayan necesita ayuda para vestirse</p> <p>e) Observar la capacidad de Brayan para vestirse</p> <p>2. Recomendar a su cuidador primario que las características de las ropas sean las siguientes (Independiente)</p> <p>a) Suficientemente holgada para favorecer los movimientos espontáneos</p> <p>b) Que sea fácil de colocar</p> <p>c) Que le brinde el abrigo suficiente</p> <p>d) Aberturas holgadas para la cabeza y mangas anchas que permitan pasar el sistema intravenoso.</p> <p>e) Calzado suave (pantuflas), con adecuada sujeción y del tamaño adecuado para Brayan</p> <p>3. Realizar cuidados al vestir (NIC 1630) (Independiente):</p> <p>a) Ayudar a Brayan en las áreas en donde necesite apoyo</p> <p>b) Fomentar su participación en la elección de la vestimenta</p> <p>c) Vestir a Brayan con ropas que no lo aprieten</p> <p>d) Vestir a Brayan con ropa personal en lo posible</p> | <p>Cuando un paciente está hospitalizado una de las obligaciones de la enfermera es ver si la ropa es cómoda y lo protege adecuadamente (Henderson, 1988, p. 139)</p> <p>Esto evita sobrecargar el grado de energía y las capacidades de la persona y promueve toda la independencia en lo posible (Kozier, 2002, p. 781)</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <p>4. Cambiar el camión hospitalario en Brayan mientras lleva una perfusión intravenosa (Independencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sacar completamente el camión del brazo que no lleva la perfusión, y sobre el quipo I.V. conectado al brazo con la perfusión</li> <li>b) Mantener el frasco de suero por encima del brazo de Brayan, y sacar la manga por encima del mismo para quitar el camión usado</li> <li>c) Colocar la manga del camión limpio en el brazo que lleva la perfusión sobre el frasco de suero, como si éste fuera una extensión del brazo de Brayan, desde dentro del camión hasta el puño de la mango</li> <li>d) Volver a colgar el frasco de suero. Deslizar el camión cuidadosamente sobre el equipo de suero hacia la mano de Brayan</li> <li>e) Guiar el brazo de Brayan y el equipo de suero por dentro de la manga, teniendo cuidado de no tirar el equipo</li> <li>f) Ayudar a Brayan a colocar el otro brazo dentro de la segunda manga de la bata, y abrochar como de costumbre</li> <li>g) contar el ritmo del flujo de la perfusión para asegurarse de que es el correcto, antes de abandonar la habitación Brayan</li> </ul> | <p>Hoy día existen camiones fáciles de quitar que tienen velcro o broches de presión a lo largo de las mangas. Si no se dispone de un camión especial, la enfermera ha de prestar una atención especial al cambiarlo después del baño de la persona (o cada vez que el camión se ensucie). (Kozier, 2002, p. 782)</p> |
| <p>5. Proporcionar asistencia hasta que Brayan sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo (Independiente)</p>  | <p>La sensación de control aumenta el amor propio y la autoestima (Kozier, 2002, p. 781)</p>  |

**EVALUACIÓN:**

Brayan necesitaba ayuda para vestirse, posterior a los cuidados el logro ser independiente en esta necesidad, se contó con toda la ropa necesaria tanto del hospital como de su hogar, el personal de enfermería apoyo en todo momento, así como su cuidador primario, la infraestructura fue la adecuada para proporcionar los cuidados establecidos, se deja en independencia grado 2.

## RECREACIÓN

### Diagnóstico de enfermería:

Dependencia en la necesidad recreación relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario sobre las actividades que puede realizar Brayan durante la hospitalización manifestado por expresiones verbales de desconocer y poder realizar otras actividades recreativas, expresiones de aburrimiento.

### Objetivo:

La enfermera especialista participará en la planeación de actividades lúdicas que el niño realizara en los horarios establecidos y con la participación de los cuidadores primarios durante la hospitalización.

### Nivel y grado de dependencia:

Transitorio grado 3

### Tipo de prioridad:

Media

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

### Fecha de resolución:

9 – octubre - 2007

## PLAN DE INTERVENCIÓN

| Intervenciones   | Fundamentación  |
|--|---|
| 1. Realizar la valoración de la necesidad de recreación cada tercer día (Independiente)<br>a) Historia de Enfermería<br>• Edad para valorar el grado de desarrollo apropiado para el | La necesidad de distraerse completa las necesidades de comunicarse y de preocuparse de la propia realización; aporta una matriz |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar facies: alegría, angustia, tristeza, preocupación, fatiga, aburrimiento o llanto.</li> <li>• Postura</li> <li>• Observar mientras juega para ver su desarrollo motor e intelectual</li> <li>• Observar su interacción con otros niños</li> <li>• Nivel económico que afecte la recreación</li> <li>• Tipo de juegos que le agrada</li> <li>• Juguetes favoritos</li> <li>• Música que le agrada</li> <li>• Juegos de mesa que le gustan</li> <li>• Interrogar sobre las personas a las que extraña</li> <li>• Valorar su sistema de apoyo (cuidadores primarios) en la hospitalización</li> </ul> <p>b) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado mental (Escala de Glaswor)</li> <li>• Nivel de energía</li> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Capacidad visual y auditiva</li> <li>• Función musculoesquelética</li> <li>• Tolerancia a la actividad</li> </ul> | <p>especial al desarrollo personal del ser humano. Favorece las relaciones humanas, la expresión personal, la iniciativa, la creatividad y el crecimiento de la cultura personal. Dicha necesidad puede ser satisfecha mediante la práctica de un deporte, o una actividad artística, el ejercicio físico, las fiestas, los viajes o los pasatiempos. (Phaneuf, 1999, p. 49)</p> |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>2. Solicitar a los padres de Brayan le traigan lapicera con puntas redondeadas, con lápices, colores, crayones, plumas, etc., así como un cuaderno cosido de cualquier tipo.(Independiente)</p> <p>3. Solicitar a los padres de Brayan libros así como juegos de mesa (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las crónicas de Narnia (cualquiera de la serie)</li> <li>• Harry Potter de J.K. Rowling</li> <li>• La brujula dorada</li> <li>• Un misterio en el laberinto de Ítalo Calvino</li> <li>• Corazón de Edmundo de Amicis</li> <li>• Memorama</li> <li>• Turista mundial</li> <li>• Damas chinas</li> <li>• Ajedrez</li> <li>• Maratón</li> <li>• Escrabble (para formar palabras)</li> <li>• Palillos chinos</li> <li>• Domino</li> <li>• Rompecabezas</li> </ul> | <p>La mayoría de los niños en edad escolar son muy activos físicamente. Estas actividades ayudan al niño a desarrollar coordinación, el equilibrio, al mismo tiempo que refuerzan e intensifican el desarrollo social, cognitivo, y personal. (Kozier, 2002, p. 646)</p> <p>El niño en edad escolar aprende una serie de conceptos e ideas a través de las asignaturas académicas, tales como matemáticas, ciencia, a través de sus lecturas y a través de actividades de juego. Las aptitudes lingüísticas siguen ampliándose, la capacidad de la memoria aumentan. Los niños en edad escolar disfrutan viendo la televisión y jugando videojuegos. (Kozier, 2002, p. 648)</p> |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| <p>4. Solicitar al personal de enfermería le permitan a Brayan escuchar en la radio del servicio la música que le agrada así como la televisión y películas (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Música de acuerdo a sus gustos como: Reggaetón (Nigga, la Factoría), Duranguense (AK-7, K-paz de la sierra, Banda el limón, etc.)</li> <li>• Series televisivas como: Smaville, Powers Ranger, Drake y Josh, Malcolm el de en medio, los Simpson, etc.</li> <li>• Películas como: Harry Potter, Indiana Jones, Hulk, Spiderman, los 4 fantásticos, Súper can, El rey león, Xmen, etc.</li> </ul> | <p>El permitirle a los niños escoger su música y programas televisivos favoritos, le permiten tener mayor seguridad en ellos. En la edad escolar no le agrada que le impongan otros sus gustos, ellos desean empezar a ser independientes, por ello es importante dejarlos escoger entre las diversas opciones, pero siempre debe existir una supervisión por parte de los padres.</p> <p><a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article</a></p> |
| <p>5. Pedirle al cuidador primario que le traigan de su casa sus juguetes favoritos, así como historietas pero evitándole abrumarle con un exceso de ellos. (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Big Bang</li> <li>• National Geographic Kids</li> <li>• Memin Pinguin</li> </ul>   | <p>La mayoría de los niños tienen un objeto o juguete importante que mantienen cerca de ellos que puede servir como herramienta para un tipo de interacción llamada comunicación en tercera persona. Puede ser</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>6. Realizar juegos incluyendo a los compañeros de habitación de Brayán.<br/>(Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Adivinanzas</li> <li>b) Adivinar canciones</li> <li>c) Dibujos</li> <li>d) Encontrar objetos</li> <li>e) Calculo mental</li> </ul> <p>7. Dar a conocer los programas de educación que Maneja el Hospital Infantil de México Federico Gómez</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARCA (Un área para la recreación, cultura y aprendizaje).</li> <li>• Biblioteca “El Mar”</li> <li>• Salón de usos múltiples “El Bosque”</li> </ul> | <p>menos amenazante para un niño expresar sus inquietudes a través de un juguete u objeto que comunicarlas de forma directa.</p> <p><a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article</a></p> <p>Durante el periodo de edad escolar, los niños ocupan el tiempo en una serie de actividades, individuales y de grupo que le ayudan a desarrollar la coordinación, el equilibrio, la fuerza, y también favorece su desarrollo a nivel social, cognitivo y personal. (Kozier, 2002, p. 649)</p> <p>El Hospital Infantil de México Federico Gómez tiene el proyecto Área de Recreación, Cultura y Aprendizaje (ARCA) que tiene como propósito una estancia más</p> |
|---|---|



|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Sala de cine “La Selva”</li><li>• Salón de computo “La Isla”</li><li>• Gimnasio “El Desierto”</li><li>• Aula “El Valle”</li></ul> | agradable para los niños en el hospital ( <a href="http://.anunciación.com.mx/notas/50.html">http://.anunciación.com.mx/notas/50.html</a> ) |
|---|---|

**Evaluación:**

Se logró el objetivo marcado, se llevaron a cabo todas las intervenciones planificadas, mejorando con ello el estado de ánimo de Brayan, durante el tiempo de hospitalización puso al corriente en las lecciones que tenía pendiente en el colegio, en la hospitalización estuvo cerrada el aula de Sigamos aprendiendo..... en el hospital, por lo que no se planeo ningún tipo de actividad en esta área. El personal de enfermería apoyo activamente en las intervenciones, y los padres trajeron lo necesario de su hogar. Brayan se mostró contento y agradecido por las actividades establecidas, el día 8 de septiembre inicio la deambulacion y mejoro las actividades que se tenían planeadas, por lo que se deja en independencia grado 1.

## COMUNICACIÓN

### Diagnóstico de Enfermería:

Disposición para mejorar la comunicación verbal con personas significativas (NANDA 00157)

### Objetivo:

Brayan mantendrá la comunicación verbal mediante actividades que realizará con personas significativas durante su estancia hospitalaria.

### Nivel y grado de independencia:

Independencia grado 1

### Tipo de prioridad:

Bajo

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

## PLAN DE INTERVENCIONES

| INTERVENCIONES   | FUNDAMENTACIÓN   |
|--|--|
| 1. Valoración de la necesidad de comunicación una vez al mes.<br>(Independiente)<br>a) Entrevista<br>• Dirigida a evaluar la comunicación ejemplo:<br>¿Oyes bien?<br>¿Ves bien?<br>¿Aceptas que te ayuden? | La valoración de la capacidad de comunicación en los escolares se realiza para reunir información procedente de él mismo (verbal y no verbal), de los padres y de las propias observaciones de la enfermera (Whaley & Wong, 1995, p80) |

|  |   |
|--|---|
| <p>¿Expresas lo que sientes con frecuencia?</p> <p>¿Tienes contacto con tu familia?</p> <p>¿Tienes contacto verbal o escrito con tus hermanos?</p> <p>¿Te encuentras a gusto como eres, en relación contigo mismo y los demás (familia) en cuanto al aspecto físico, psicológico y social?</p> <p>¿Cómo es la relación con tu familia?</p> <p>¿Qué otras personas son importantes para ti?</p> <p>¿Quieres expresar algo?</p> <p>¿Te preocupa alguna situación?</p> <p>¿Te puedo ayudar en algo?</p> <p>b) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> <li>• Palpación</li> </ul> <p>2. Promoción de la comunicación durante la hospitalización</p> <p>a) Evaluación del nivel de conocimientos sobre la hospitalización</p> <p>b) Permitir su opinión ante situaciones que le afecten.</p> <p>c) Dar explicaciones de manera sencilla y clara de acuerdo a su edad</p> <p>d) Dar un trato abierto, honesto y sin emitir juicios</p> | <p>Para valorar la capacidad de comunicarse que tiene una persona, la enfermera determina a) la presencia de barreras de la comunicación y b) el estilo de comunicación verbal y no verbal. (Kozier, 2002, p408)</p> <p>Los niños mayores utilizan el lenguaje de forma adecuada y satisfactoria. Por lo común, tienen ya suficiente experiencia de la sanidad y de los profesionales de la salud como para entender lo que ocurre y lo que pueden esperar. (Whaley &amp; Wong, 1995, p87)</p> <p>La comunicación con la familia es un proceso triangular en donde se implica a la enfermera, los padres y el niño (Whaley &amp; Wong, 1995, p83)</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <p>3. Permitir el intercambio de ideas entre Brayan, sus padres y personal de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Animar a que los padres expresen sus dudas y/o comentarios sobre la salud de su hijo</li> <li>b) Animar a Brayan a que exprese sus dudas tanto a sus padres como al personal de salud</li> <li>c) Dar a Brayan la oportunidad de hablar sin que estén presentes sus padres</li> <li>d) Ofrecerles la oportunidad de elegir sólo cuando exista la posibilidad</li> <li>e) Mantener una actitud sincera y honesta con Brayan y su familia</li> <li>f) Ofrecer un ambiente agradable para que Brayan y su familia se comuniquen.</li> </ul> | <p>Mediante la comunicación el profesional de enfermería y el paciente llegan a un acuerdo sobre la forma de alcanzar con éxito los objetivos asistenciales para el paciente, como la capacidad para interaccionar con los familiares o para comunicarse con mayor claridad. (Potter, 1999, p.216)</p>  |
| <p>4. Establecer comunicación verbal y escrita con sus hermanos y personas significativas mediante cartas y llamadas telefónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Facilitar el material necesario para la escritura de las cartas (hojas de papel, lápices de colores, plumas)</li> <li>b) Permitir llamadas en un horario establecido si las situaciones del servicio lo permiten</li> </ul>   | <p>Los hermanos, además de respetarse y quererse como tales, son amigos y confidentes, participan en proyectos conjuntos, se miman mutuamente y se sienten orgullosos de la relación fraternal establecida</p> <p>(<a href="http://revista.consumer.es/web/es/19990101/interiormente">http://revista.consumer.es/web/es/19990101/interiormente</a>)</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>5. Fomentar la comunicación con sus compañeros del servicio diariamente</p> <p>a) Siempre presentar a los nuevos compañeros que ingresan</p> <p>b) Iniciar pláticas dirigidas, fomentando que los niños inicien conversaciones entre ellos</p> <p>c) Fomentar los juegos, entre ellos, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentos de ida y vuelta: donde cada uno de los integrantes relata una parte del cuento.</li> <li>• Encontrar similitudes entre ellos, así como diferencias en forma de juego</li> <li>• Encontrar objetos que están en la habitación</li> <li>• Adivinanzas</li> </ul> | <p>Dibujar permite al niño comunicarse de forma no verbal (haciendo el dibujo) y verbal (explicándolo). El profesional de enfermería puede utilizar un dibujo del niño como elemento de inicio de una conversación. (Potter, 1997, p.231).</p> <p>Cuando los niños se sienten cómodos, normalmente expresan sus ideas, sentimientos e interpretaciones de los hechos. (Whaley y Wong, 1995, p87)</p> <p>El juego y la risa son una necesidad vital para los niños. El juego es una herramienta que les permite explorar y descubrir el mundo y a sí mismos, expresarse, encontrar satisfacción, aprender a vivir.</p> <p>(<a href="http://www.intersalud.net/paginas/Num4/afanoc.htm">http://www.intersalud.net/paginas/Num4/afanoc.htm</a>)</p> |
|---|--|

**EVALUACIÓN:**

Brayan mantiene su independencia durante la hospitalización, permaneciendo en nivel 1, la familia apoya para mejorar la comunicación, se permite la visita de familiares durante la hospitalización durante los horarios establecidos, tanto Brayan y sus padres logran una comunicación efectiva con el personal de salud, expresan sus dudas e inquietudes durante la hospitalización, Brayan mantiene una comunicación escrita y verbal con sus hermanos, y se logra la integración de Brayan con los demás niños hospitalizados.

## REALIZACIÓN Y APRENDIZAJE

### Diagnósticos de Enfermería:

Deterioro parental relacionado con falta de conocimientos de los cuidadores primarios sobre el padecimiento de su hijo manifestado por expresiones verbales de duda, deseo de mayor información sobre el estado de salud de su hijo, desconocimiento sobre las medidas preventivas en el hogar

### Objetivo:

El cuidador primario comprenderá el problema de salud y las medidas preventivas del padecimiento mediante la educación que proporcionara la Enfermera Especialista durante la hospitalización.

### Nivel y grado de dependencia:

Transitorio grado 3

### Tipo de prioridad:

Alta

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

### Fecha de resolución:

14 – octubre - 2007

## PLAN DE INTERVENCIONES

| INTERVENCIONES  | FUNDAMENTACIÓN  |
|---|---|
| 1. Valorar el aprendizaje del cuidador primario cada tercer día<br>(Independiente)<br>a) Historia de Enfermería <ul style="list-style-type: none"><li>• Observar las actitudes ante la realización de algún procedimiento (toma de glucosa, administración de Factor VIII, crioprecipitado,</li></ul> | Una valoración de las necesidades de aprendizaje incorpora datos procedentes de la anamnesis de enfermería, de la valoración física y analiza el sistema de apoyo del cliente. Asimismo, tiene presente |

|  |  |
|--|--|
| <p>etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrogar al cuidador primario sobre sus conocimientos del problema de salud actual</li> <li>• Preguntar al cuidador primario como él cree que aprende con más facilidad: mediante la lectura, hablando sobre ello, viendo una película o demostración, si primero observa y después práctica, solo o en grupo.</li> <li>• Valorar su sistema de apoyo (cuidadores primarios) en la hospitalización.</li> </ul> <p>b) Valorar la disponibilidad para el aprendizaje del cuidador primario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición física: ¿Es capaz de centrarse en otras cosas que no sea el estado físico de Brayan?</li> <li>• Disposición emocional: ¿Está emocionalmente preparado para aprender actividades relacionadas con las necesidades de Brayan?</li> <li>• Disposición cognitiva. ¿Puede pensar claramente en estos momentos?</li> </ul> <p>2. Identificar la necesidad de información de los padres mediante (Independiente):</p> | <p>las características del niño que pudieran influir en el proceso de aprendizaje, voluntad de aprender, motivación para aprender y el grado de lectura y comprensión (Kozier, 2002, p.417)</p> <p>Los padres necesitan saber el pronóstico para el futuro del niño. Cuando los padres</p> |
|--|--|

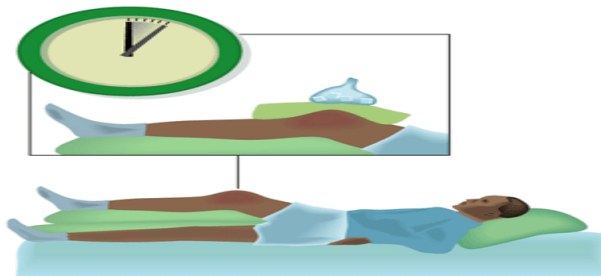


|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Explicar procedimiento y tratamientos sugeridos</li> <li>b) Responder a todas las preguntas de los cuidadores primarios o ayudarles a obtener respuestas</li> <li>c) Repetir la información cuantas veces sea necesario</li> <li>d) Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del cuidador primario y el punto de vista del equipo de salud y darle respuesta.</li> </ul> <p>3. Establecer una relación terapéutica los cuidadores primarios y la enfermera especialista (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pedirle a los padres que digan dónde estará cuando no está en el hospital y como contactarlos</li> <li>b) Preguntarles cómo sienten que va evolucionando Brayan</li> <li>c) Reconocer los buenos cuidados que recibe Brayan de sus cuidadores primarios</li> <li>d) Preguntarle que le dijo el médico, después de responder tratar de ver si entendieron o si sus respuestas fueron inadecuadas.</li> <li>e) Pedir al cuidador primario anote y repita la información proporcionada.</li> </ul> | <p>no tienen idea del pronóstico del niño la ansiedad con respecto a su salud y su futuro aumentará (Waechter, 1993. p.235)</p> <p>Algunos padres quieren que se les avise de cualquier cambio positivo o negativo del niño. Esto favorecerá la relación de confianza entre la enfermera y los padres. Los familiares del niño pueden detectar cambios sutiles en la evolución de la enfermedad, esto les hace sentir que son importantes para el cuidado del niño (Slota, 2000, p.452)</p> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>4. Proporcionar información sobre la hemofilia y sus cuidados en el hogar (Independiente):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ¿Qué es la hemofilia?</li> <li>b) Datos de alarma</li> <li>c) Signos y síntomas de hemorragias articulares</li> <li>d) Signos y síntomas de hemorragias musculares</li> </ol>   | <p>La enfermera ayuda a los padres en la promoción de la salud ofreciendo información y apoyo en relación con el nivel de desarrollo del niño. (Kozier, 2002, p. 649)</p>  |
| <p>5. Proporcionar información sobre los primeros auxilios en el hogar (Independiente)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) En caso de lesión o golpe realizar las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>REPOSO:</b> El brazo o la pierna deben descansar sobre almohadas o sostenerse con un cabestrillo o vendaje. La persona no debe mover la articulación que sufre la hemorragia o caminar con ella.</li> <li>• <b>HIELO:</b> Envolver un paquete de hielo en una toalla húmeda y ponerlo sobre la hemorragia. Después de cinco minutos, retirar el hielo por lo menos durante diez minutos y mantener la alternancia: cinco minutos con hielo, diez minutos sin hielo, mientras la articulación se sienta caliente. Esto puede ayudar a disminuir el dolor y</li> </ul> </li> </ol> | <p>La formación de la persona consta de muchas fases, entre las que se incluyen el fomento, la protección y la conservación de la salud. Implica formación relativa a la reducción de factores de riesgo para la salud y aumento de grado bienestar de la persona, proporcionando información sobre medidas concretas encaminadas a la protección a la salud. (Kozier, 2002, p. 412)</p> <p>El proporcionar información precisa reduce los conceptos erróneos, disminuye al mínimo los temores de la persona, y le</p> |

limitar la hemorragia.

- **COMPRESIÓN:** Las articulaciones pueden involucrarse con un vendaje de tensión o media elástica. Esta suave presión puede ayudar a limitar la hemorragia y brindar soporte a la articulación. En caso de hemorragias musculares y si hay sospecha de lesión a un nervio, la compresión debe aplicarse cuidadosamente.
- **ELEVACIÓN:** Eleve la zona de la hemorragia por arriba del nivel del corazón. Esto podría disminuir la pérdida de sangre al reducir la presión en la zona.



© Copyright World Federation of Hemophilia

- b) Nutrición: dieta indicada por el servicio de nutrición, respetando cantidades y porciones establecidas así como los horarios e indicaciones.
- c) Higiene oral: realizar el aseo oral tres veces al día teniendo en

ayuda a adaptarse a los cambios de su aspecto o sus funciones (Kozier, 2002, 459)

cuenta las medidas de seguridad para evitar lesionarse, utilizar enjuagues bucales.

d) Medidas de prevención en el hogar

- Evitar juegos de contacto
- Protección de articulaciones por medio de rodilleras, coderas, bolsas de hule espuma compactada en la ropa de vestir
- Adaptación del hogar de acuerdo a la necesidades de Brayan
- Evitar salientes en los muebles
- Cubrir orillas filosas
- Evitar instrumentos con punta o filo
- Revisar a Brayan diariamente en busca de datos de sangrado
- Utilizar zapatos tipo bota con contrahorte, rígido por fuera, acolchonado por dentro al igual que los tenis
- ejercicios en el hogar: caminata en terreno blando, natación, bicicleta fija, baile.

### Partes y Aditamentos más Importantes de un Calzado Deportivo

- 1.- Plásticos y costuras reforzantes del Corte
- 2.- Contrahorte
- 3.- Antehorte
- 4.- Sistemas de Amortiguación del Antepié
- 5.- Sistemas de Amortiguación del Retropié
- 6.- Entresuela
- 7.- Estabilizador Externo



#### **Evaluación:**

Al inicio se vio una dependencia transitoria grado 3, durante la hospitalización se logro que expresaran sus dudas y tener el conocimiento de la enfermedad de Brayan para poder manejar mejor la situación. Se logra todo el apoyo del personal de enfermería del servicio, la infraestructura no fue la adecuada ya que no se cuenta con un área específica para el interrogatorio ni para mantener el dialogo constante, al momento del alta se logro tener en independencia grado 2, refiriendo que comprenden la situación de la enfermedad de Brayan y están consientes del pronóstico del mismo, así como la importancia de los cuidados en el hogar y el rol que tienen dentro de la prevención en el hogar.

## ELIMINACIÓN

### Diagnóstico de Enfermería:

Independencia en la necesidad de eliminación vesical

### Objetivo:

Brayan mantendrá su independencia en la necesidad de eliminación mediante intervenciones que realizará la Enfermera Especialista durante su hospitalización.

### Nivel y grado de Independencia:

Independencia grado 1

### Tipo de prioridad:

Bajo

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

## PLAN DE INTERVENCIÓN

| INTERVENCIONES  | FUNDAMENTACIÓN   |
|---|--|
| 1. Valoración de la necesidad de eliminación urinaria una vez a la semana (Independiente)<br>a) Historia de enfermería <ul style="list-style-type: none"><li>• Patrón de eliminación<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Se levanta a orinar en la noche, y con qué frecuencia</li></ul></li><li>• Descripción de la orina</li></ul> | La alteración de la función renal provoca modificaciones en la composición hidroelectrolítica del organismo que requieren una valoración adecuada del funcionamiento renal. Mediante |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Describir su orina en cuanto olor, claridad (clara, transparente, o turbia) y olor (débil o fuerte)</li> </ul> <p>b) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percusión de los riñones y palpación del contorno, el tamaño, y la sensibilidad</li> <li>• Palpación y percusión de la vejiga</li> <li>• Inspección del meato urinario</li> </ul> <p>c) Valoración directa de la micción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación directa del color, claridad y olor de la micción</li> <li>• Labstix y EGO semanal</li> </ul> <p>2. Promover la ingestión de líquidos diariamente (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir de 1200 ml a 1500 ml de agua al día</li> <li>• Pedirle a Brayan que en la medida de lo posible aumente la ingesta de frutas que contienen un alto índice de agua (sandía, melón, papaya, etc.)</li> </ul> <p>4. Mantener los hábitos de micción normales (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a Brayan a colocarse en posición normal para orinar</li> <li>• Tener al pie de la cama un orinal limpio</li> <li>• Dar privacidad a Brayan al momento de la micción</li> </ul> | <p>esta valoración la enfermera puede establecer diagnósticos de enfermería que permitan la realización de un plan de cuidados y puede detectar problemas interdependientes que requieran la actuación coordinada con el médico. (Martín, 1993, p.874)</p> <p>Una mayor ingesta de líquidos aumenta la producción de orina, que a su vez estimula el reflejo de la micción. (Martín, 1993, p.870)</p> <p>Cuando el patrón de eliminación urinaria de un paciente es adecuado, la enfermera le ayuda a mantener en lo posible los hábitos</p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar el suficiente tiempo para la micción y no presionar</li> <li>• Responder de manera inmediata ante la solicitud de Brayan sobre los deseos de orinar.</li> </ul> <p>5. Realizar el lavado de manos antes y después de la micción (independiente)</p> <p>6. Valoración de signos y síntomas de infección urinaria (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Pilo erección</li> <li>• Dolor en los costados del abdomen</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Disuria</li> <li>• Cambios en la consistencia y el olor de la orina</li> </ul> | <p>normales. (Kozier, 2002, p. 1310)</p> <p>Una de las primeras medidas de seguridad es el lavado de manos, que es de fácil acceso y bajo costo (Slota, 2000, p.65)</p> <p>El reconocimiento precoz de una infección facilita una rápida intervención para resolver el problema (Kozier, 2002, p.1309)</p> |
|---|--|



**EVALUACIÓN:**

Brayan se mantuvo en independencia grado 1 durante su estancia hospitalaria, no presento ningún tipo de alteración en esta necesidad, se logro que tomara líquidos de acuerdo a requerimientos para la edad, se contó con el apoyo del personal de enfermería, el cual se mantuvo al tanto de los cuidados preventivos de esta necesidad, la infraestructura fue adecuada ya que se cuenta con séptico y baños para pacientes con adecuadas medidas de seguridad, se contó con todo el material y equipo para proporcionar los cuidados, así como el apoyo del cuidador primario en la atención de los cuidados.

## OXIGENACIÓN

### Diagnóstico de Enfermería:

Independencia en la necesidad de oxigenación

### Objetivo:

Brayan mantendrá en independencia en la necesidad de oxigenación mediante intervenciones que realizará la enfermera durante su hospitalización.

### Nivel y grado de Independencia:

Independencia grado 1

### Tipo de prioridad:

Bajo

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

### PLAN DE INTERVENCIÓN

| INTERVENCIONES   | FUNDAMENTACIÓN   |
|--|--|
| <p>1. Realizar la valoración de la necesidad de oxigenación cada 7 días (Independiente)</p> <p>a) Historia clínica de Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interrogatorio sobre antecedentes de problemas respiratorios y cardiovasculares tanto de la familia como de Brayan</li><li>• Estilo de vida (activa, sedentarismo, pasivo, etc.)</li><li>• Interrogatorio sobre la presencia de tos, esputo, dolor torácico que</li></ul> | <p>En la valoración del estado de oxigenación de una persona, la enfermera utiliza las cuatro técnicas de la exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación. (Kozier, 2002, p. 1202)</p> <p>La enfermera debe observar la</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>tenga actualmente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrogatorio sobre la presencia de factores de riesgo</li> </ul> <p>b) Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial) y oximetría</li> <li>• Inspección de coloración de la piel, de alteraciones a nivel de nariz, boca, tórax.</li> <li>• Observar la frecuencia, profundidad, ritmo y calidad de las respiraciones y postura adoptada</li> <li>• Palpación de senos paranasales, cuello, y tórax.</li> <li>• Percusión de tórax</li> <li>• auscultación de ruidos respiratorios</li> </ul> | <p>amplitud, la frecuencia y el ritmo respiratorios de la persona; la presencia de secreciones, ruidos y toses y la utilización de músculos accesorios (tiraje). La cianosis muestra la ineficiencia de los intercambios gaseosos. (Phaneuf, 1999, p. 32)</p> |
| <p>2. promover una respiración sana diariamente (Independencia)</p> <p>a) Adoptar una postura que permita una expansión pulmonar completa (semi-Fowler o Fowler)</p> <p>b) Hacer ejercicios pasivos</p>  | <p>Además de ser lo primero que hacemos cuando nacemos, la respiración es un excelente reductor de estrés. Desde que nacemos y</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>c) Pedirle a Brayan que realice la respiración por la nariz</li> <li>d) Facilitar y ayudar a Brayan a realizar cambios frecuentes de postura</li> <li>e) Estimular la deambulaci3n en cuanto se tenga autorizaci3n m3dica</li> <li>f) Mantener la hidrataci3n adecuada</li> </ul> | <p>mientras somos ni1os sabemos respirar adecuadamente, pero al pasar el tiempo, vamos perdiendo esa capacidad por diversos factores como el ritmo de vida. La cantidad de aire inspirada en cada respiraci3n es normalmente unos 500 cc.</p> <p><a href="http://malinalli-tonatiuh.blogspot.com/2008/03/la-respiracin.html">http://malinalli-tonatiuh.blogspot.com/2008/03/la-respiracin.html</a></p> |
| <p>3. Pedirle a Brayan que ingiera abundantes l3quidos durante el d3a (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 litros de agua al d3a</li> <li>• Gelatinas, jugo o agua de frutas frescas, leche.</li> </ul>  | <p>Una hidrataci3n adecuada mantiene la humedad de las mucosas respiratorias. Normalmente, las secreciones del aparato respiratorio son influidas y, por lo tanto, se mueven f3cilmente por la acci3n de los cilios. Sin embargo cuando el cliente esta deshidratado o cuando el ambiente tiene una humedad baja, las secreciones pueden volverse</p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p>4. Consumir alimentos ricos en vitamina C para evitar enfermedades respiratorias (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fruta o jugo de naranja, toronja, mandarina</li> <li>• Uva, melón, fresas crudas</li> <li>• Pimiento verde, espárragos, coliflor, espinacas, tomates, papas</li> </ul> <p>5. Informar a Brayan y a su cuidador primario sobre las medidas de prevención de las enfermedades respiratorias (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar cambios bruscos de temperatura</li> <li>• En época de frío: usar ropa abrigadora (suéter, chamarras, chalecos, camisas de manga larga), uso de bufandas, guantes, evitar exponerse al frío, tomar líquidos calientes o templados, mantener la habitación sin corrientes de aire.</li> <li>• En época de calor: usar ropa ligera, de colores claros, mantener la hidratación, tomar líquidos a temperatura ambiente, mantener la habitación ventilada</li> </ul> | <p>espesas y pegajosas. (Kozier, 2002, p. 1211)</p> <p>La ingestión de vitamina C, ha demostrado que ayuda a la prevención de enfermedades respiratorias</p> <p><a href="http://malinallitonatiuh.blogspot.com/2008/03">http://malinallitonatiuh.blogspot.com/2008/03</a></p> <p>El niño en edad escolar puede empezar a tomar la responsabilidad de su autocuidado y ser animado para utilizar medidas preventivas apropiadas (Kozier, 2002, p. 643)</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <p>6. Vigilar signos y síntomas de infección de vías respiratorias (independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fiebre</li> <li>b) Dolor de garganta</li> <li>c) Tos</li> <li>d) Malestar general</li> </ul> | <p>La enfermera valora a) el grado de riesgo de una persona de desarrollar una infección y b) cualquiera de las manifestaciones que sugieren una presencia de una infección. (Kozier, 2002, p. 716)</p> |
|--|---|

**EVALUACIÓN:**

Brayan mantuvo su independencia en todo momento, no presento ningún tipo de infección de vías respiratorias, ni ningún tipo de complicación en la necesidad de oxigenación, se logro dar los ejercicios respiratorios, se contó con la participación entusiasta de Brayan así como de su cuidador primario, el personal de enfermería apoyo en las intervenciones realizadas, se contó con la infraestructura en la unidad de hematología, como las intervenciones fueron preventivas no fue necesario gran cantidades de material y equipo. Se deja en independencia grado 1.

## VALORES Y CREENCIAS

### Diagnóstico de enfermería:

Conductas generadoras de salud en sus creencias y valores

### Objetivo:

Brayan y su familia fortalecerán sus valores y creencias por medio de actividades que realizarán con apoyo de la enfermera durante su hospitalización

### Nivel y grado de Independencia:

Independencia grado 1

### Tipo de prioridad:

Bajo

### Fecha de identificación:

5 – octubre – 2007

## PLAN DE INTERVENCIONES

| INTERVENCIONES  | FUNDAMENTACIÓN  |
|---|---|
| <p>1. Realizar la valoración de la necesidad de valores y creencias cada 7 días.<br/>(Independiente)</p> <p>a) Historia de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tipo de creencias religiosas que práctica la familia</li><li>• Cada cuando realiza actividades religiosas</li><li>• Preguntar si existen conflictos de su religión con el estado de salud de Brayan</li></ul> | <p>Una creencia es una convicción profunda en cualquier campo: la salud, la política, la religión. Se relaciona con valores, lo que significa que concede importancia a ciertas cosas (el dinero, la salud), con un sistema (la familia, la</p> |

- Valorar el desarrollo espiritual por los estadios de Fowler

| Fase                             | Edad                   | Descripción  |
|----------------------------------|------------------------|--|
| 0. No diferenciada               | 0 a 3 años             | El niño es capaz de formular conceptos relativos al o al entorno   |
| 1. Intuitiva - proyección        | 4 a 6 años             | Una mezcla de imágenes y creencias que le dan las personas de su confianza, junto con las propias experiencias e imaginación de los niños.                                   |
| 2. Mítica – literal              | 7 a 12 años            | Mundo privado de fantasía y asombro; los símbolos hacen referencia a algo concreto; utilización de mitos o historias espectaculares para comunicar significados espirituales |
| 3. Sintética - convencional      | Adolescente            | El mundo y el entorno más remoto están estructurados por las expectativas y los juicios de los demás; se fija en lo interpersonal.   |
| 4. Individualización – reflexiva | Después de los 18 años | Construcción de un sistema explícito propio; mayor grado de conocimiento de  |

sociedad) o con un comportamiento. Los valores son diferentes de la fe, que es una creencia absoluta en un ser superior, en una persona o en un sistema. (Phaneuf, 1999, p. 47)

Según Fowler, el niño en edad escolar está en el estadio 2 del desarrollo espiritual. Los niños aprenden a distinguir la fantasía del hecho real. Los hechos espirituales son aquellas creencias que un grupo religioso acepta, mientras la fantasía está constituida por pensamientos e imágenes formados en la mente de un niño. Los padres y los rabinos o sacerdotes ayudan al niño a distinguir entre hechos reales y fantasía. (Kozier, 2002, p. 643)



|                              |                        |   |
|------------------------------|------------------------|---|
|                              |                        | uno mismo   |
| 5.Paradójica – consolidativa | Después de los 30 años | Conocimiento de la verdad desde distintos puntos de vista           |
| 6.Universalización           | Tal vez nunca          | Se convierte en la encarnación de los principios de amor y justicia |

- Preguntar sobre los valores familiares
- Valorar el desarrollo moral por los estadios de Kohlberg

| Nivel y estadio   | Definición   |
|---|--|
| Nivel I<br>Preconvencional                              |  |
| Estadio 1: Orientación hacia el castigo y la obediencia | La actividad es mala si se castiga a uno, y es buena si no se castiga. |
| Estadio 2. Orientación instrumental - relativista       | La acción se lleva a cabo para satisfacer las propias necesidades      |
| Nivel II<br>Convencional                                |  |

Algunos escolares están en el estadio 1 de Kohlberg del nivel convencional; es decir actúan para no ser castigados. Algunos escolares sin embargo están en el estadio 2 estos niños hacen cosas en su propio beneficio. Más tarde en la infancia la mayoría de los niños progresa hacia el nivel convencional entre los 10 y los 13 años. El niño pasa de los intereses concretos de individuo a los intereses de grupo. La motivación para la acción moral en este estadio es vivir en conformidad con lo que otros seres significativos piensan del niño (Kozier, 2002, p. 642)

|  |  |  |
|--|--|--|
| Estadio 3. Concordancia interpersonal (buen chico) | La acción se lleva a cabo para ganar a otro y ganar su aprobación  |  |
| Estadio 4. Orientación por la ley y el orden       | El comportamiento correcto es obedecer las leyes y seguir las normas   |  |
| Nivel III<br>Posconvencional                       |  |  |
| Estadio 5. Contrato social, orientación legalista  | El estándar de comportamiento se basa en la adhesión a las leyes que protegen el bienestar y los derechos de los demás. Se reconocen valores y opiniones personales y se evitan los derechos de los demás. |  |
| Estadio 6. Principios éticos universales           | Los principios morales universales se proyectan interiormente. La persona respeta a los demás y cree que las relaciones están basadas en la confianza mutua.   |  |

|   |  |
|---|--|
| <p>2. La enfermera apoyará a Brayán y su familia a continuar con sus valores y creencias durante la hospitalización (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Permitir a Brayán y su familia la oportunidad de profundizar en sus emociones y de expresarse libremente</li> <li>b) Identificar y fomentar y reforzar las capacidades y aspectos positivos de la familia</li> <li>c) Propiciar momentos de intimidad y brindar compañía cuando Brayán/familia lo requieran organizando los cuidados de forma que dejen tiempo libre para la meditación y la oración</li> <li>d) Ayudar a cumplir en la medida de lo posible los preceptos y prohibiciones religiosas y facilitar que tenga consigo los objetos de culto que desee; imágenes, lecturas, artículos personales, etc.</li> <li>e) Facilitar el contacto con la persona o personas que puedan ayudar a reforzar la paz espiritual (sacerdote, psicólogo, etc.)</li> </ul> | <p>La disponibilidad de la enfermera y su presencia junto al paciente y la familia reafirma su interés y confianza para recibir la importancia de sus valores y creencias (Kozier, 2002, p. 368)</p> |
| <p>3. Informar al cuidador primario sobre los recursos religiosos con los que cuenta el hospital (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Misas en el oratorio del primer piso del edificio Federico Gómez, los domingos a las 12 hrs</li> <li>b) Meditar, orar o meditación y lecturas de textos bíblicos en el oratorio del</li> </ul>  | <p>Los sistemas de apoyo, como la familia, los amigos y la iglesia y otros medios comunitarios ayudará a que la familia permanezca unida e intacta y permite a la persona</p>                        |

|  |  |
|--|--|
| <p>primer piso del edificio Federico Gómez a cualquier hora</p> <p>c) Flexibilizar el horario de visitas en lo posible y potenciar las visitas de las personas identificadas como soporte.</p> | <p>aceptar, darle fuerza, esperanza, y a darle sentido a la vida con resolución y agrado. (Kozier, 2002, p. 374)</p> |
|--|--|

**EVALUACIÓN:**

Brayan se mantuvo en independencia en la necesidad de valores y creencias durante su hospitalización, su cuidador primario comenta que se ha acercado más a su religión y que le ha enseñado a Brayan a rezar antes de dormir, se tubo la colaboración del personal de enfermería que permitió los momentos de intimidad de Brayan y su familia para la espiritualidad. Se respetaron los valores de Brayan y su familia durante todos los cuidados que se proporcionaron.

## **TERMOREGULACIÓN**

### **Diagnóstico de enfermería:**

Conductas generadoras de salud en la necesidad de termorregulación

### **Objetivo:**

Brayan mantendrá su independencia en la necesidad de termorregulación mediante intervenciones que realizará la enfermera durante su hospitalización

### **Nivel y grado de Independencia:**

Independencia grado 1

### **Tipo de prioridad:**

Baja

### **Fecha de identificación:**

5 – octubre – 2007

## **PLAN DE INTERVENCIONES**

| <b>INTERVENCIÓN</b>  | <b>FUNDAMENTACIÓN</b>  |
|--|--|
| <p>1. Valorar la necesidad de termorregulación una vez por turno (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Inspección de la coloración de la piel</li><li>b) Inspección de presencia de pilo erección</li><li>c) Inspección de diaforesis</li><li>d) Toma de signos vitales<ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura axilar con termómetro digital</li></ul></li></ul> | <p>Al realizar la recolección de datos a través del método clínico, la medición de signos vitales y la observación, permite que la enfermera observe las diferentes manifestaciones de independencia y dependencia del individuo y las interacciones de esta necesidad con otras necesidades</p> |

- Presión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria

2. Enseñar a Brayan y a su cuidador primario la toma correcta de la temperatura por medio de termómetros digitales (Independiente):

- Limpiar la punta de el termómetro digital con una solución jabonosa o con una torunda de alcohol y secar (no mojar la parte media hacia arriba donde se encuentra la pantalla ya que se puede dañar)
- Prender el termómetro digital por medio del botón de encendido
- Verificar que aparece la letra L o C en la pantalla
- Colocar en la axila de Brayan permitiendo que la punta toque completamente la piel de Brayan no la ropa o que se encuentre afuera de la axila
- Pedirle a Brayan que cierre la axila y mantenga el brazo sobre el pecho para sujetar el termómetro
- Se puede observar que la pantalla se encuentra marcando la temperatura y que la letra C se encuentra parpadeando
- Cuando se escuche la alarma retirar el termómetro y leer la

(Phaneuf, 1999, p. 42)

En el pasado, se utilizaba un termómetro de vidrio lleno de mercurio para medir la temperatura corporal. Sin embargo, la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) ahora desaconseja el uso de estos termómetros dado que el vidrio puede romperse y el mercurio es tóxico. Los termómetros electrónicos se utilizan y se recomiendan con más frecuencia. La temperatura aparece en un lector digital. Se deben seguir las instrucciones que viene con el modelo particular que se use. Los termómetros de sonda electrónicos se pueden colocar en la boca, el recto o la axila.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>

temperatura marcada

h) Apagar el termómetro, limpiarlo y guardarlo en su estuche

3. Enseñar a Brayan el uso correcto de la ropa de acuerdo al clima (Independiente):

- a) En caso de calor: ropa ligera y holgada, de colores claros, de preferencia de algodón, uso de ropa deportiva (short)
- b) En caso de frío: ropa de colores oscuros, gruesa, playeras o camisas de manga larga, uso de aditamentos como suéter, gorros, guantes, dependiendo del frío.

La ropa sirve para protegerse, sobre todo, del clima adverso. Frío: la ropa facilita la circulación del aire alrededor de la piel y evitan por tanto el contacto del aire frío con la piel y la salida del aire recalentado por la piel. Por otra parte, las fibras de los tejidos capturan aire y lo inmovilizan; este aire capturado tiene una mala conductividad térmica (este hecho también se explota en las ventanas de doble cristal). Sol intenso: Los tejidos claros evitan la radiación ultravioleta y las quemaduras en la piel, y por tanto protegen del calor. Precipitación: (lluvia, nieve): Algunos tejidos, llamados impermeables, impiden el contacto del agua con la piel. El agua es un muy buen absorbente térmico, y el agua fría de lluvia o de la nieve provoca un enfriamiento

|   |   |
|---|---|
| <p>4. Enseñar a Brayan a mantener un medio ambiente adecuado para mantener una normotermia adecuada (Independiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) habitación ventilada</li> <li>b) libre de humedad</li> </ul> <p>5. sugerir a Brayan y su cuidador primario el mantener la hidratación como medida para conservar la normotermia (Independiente).</p> | <p>importante de la persona.<br/> <a href="http://es.wikipedia.org/wiki/Atuendo">http://es.wikipedia.org/wiki/Atuendo</a></p> <p>Una habitación cómoda y fresca aumenta la eliminación de calor y la ventilación para aumentar la circulación del aire. (Du Gas, 2000, p. 128)</p> <p>El sudor es el mecanismo que ayuda a regular la temperatura del cuerpo, pero si no nos hidratamos y la pérdida de líquidos es muy grande, puede alterarse la temperatura corporal a un ritmo más alto.<br/> <a href="http://www.fitness.com.mx/hidratacion.htm">http://www.fitness.com.mx/hidratacion.htm</a></p> |
|---|---|



**EVALUACIÓN:**

Brayan mantuvo su independencia durante toda la hospitalización, se tuvo todo el material y equipo, se contó con el apoyo del personal de enfermería, la infraestructura fue adecuada, se logro que Brayan y su cuidador primario entendieran la importancia de las medidas preventivas, y la importancia del uso de los termómetros digitales y el daño del mercurio en las personas. Se mantiene en independencia grado 1



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**ENFERMERÍA INFANTIL**  
**PLAN DE ALTA**

Nombre del paciente: B. M. H.      Edad: 10 años 4 meses      Sexo: masculino  
Fecha de ingreso: 30 – 09 – 2007      Fecha de egreso: 15 – 10 – 2007

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o si el niño si es posible).
  - Mantener hidratada la piel aplicando crema Lubriderm tapa azul en todo el cuerpo
  - Baño diario
  - Realizar aseo dental tres veces al día con un cepillo de cerdas suaves
  - Realizar ejercicios de relajación una vez al día o cuando sienta estrés o angustia
  - Ocupar protección en la ropa para evitar lesiones
  - Uso de zapatos y/o tenis con contrahorte rígido por fuera y acolchonado por dentro
  - Valorar el entorno en el hogar y retirar o proteger los sitios donde exista riesgo de lesión
  - NO REALIZAR JUEGOS DE CONTACTO (FUTBOL, LUCHAS, ETC)
2. Orientación dietética:
  - Continuar con dieta indicada por el servicio de nutrición (2400 calorías en cuartos)
3. Medicamentos indicados:
  - Prednisona 10 mg VO cada 8 hrs.
  - Melox 10 ml VO 30 minutos posterior a la prednisona

4. Registro de signos y síntomas de alarma: (Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)
  - Sangrado a cualquier nivel (sangre fresca, moretones, orina con sangre, evacuación con sangre, heridas, sangrado en las encías, etc.), sin importar lo pequeño que sea, realizar las acciones de primeros auxilios y acudir inmediatamente al servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México que se encuentra abierto los 365 días del año las 24 hrs del día.
  - Fiebre
  - Dolor a nivel muscular o de articulación
  - Dolor de cabeza
  - Acudir inmediatamente al servicio de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez
5. Cuidados especiales en el hogar (Heridas, sondas, Estomas, Ejercicios, etc.)
  - Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular
6. Fecha de su próxima cita:
  - 14 diciembre 2007 en el servicio de hematología a las 12 hrs
  - 29 octubre 2007 al servicio de odontopediatría a las 13 hrs
7. Observaciones ( se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad)

Se entrega tríptico: Hemofilia, cuidados en el hogar y medidas preventivas.

Fecha: 15 octubre 2007

Nombre de la Enfermera: María Inés Lozano Espinosa

## ¿QUÉ ES LA HEMOFILIA?

En la hemofilia, falta un factor de coagulación o el nivel del mismo es bajo.

Esto le dificulta a la sangre formar un coágulo, así que la hemorragia continua por más tiempo de lo normal, pero no sangra más rápido.

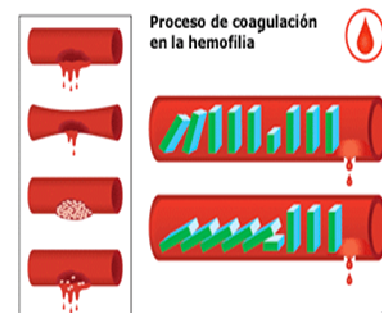
Dado que el plasma tiene muchos factores de coagulación, cada factor tiene el nombre de un número romano.

Por ejemplo: **VIII** = ocho, **IX** = nueve

Las personas con bajos niveles de factor VIII (ocho) tienen **hemofilia A**.

Las personas con bajos niveles de factor IX (nueve) tienen **hemofilia B**.

La hemofilia puede ser leve, moderada o severa, dependiendo del nivel de factor de coagulación



**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**

**FEDERICO GÓMEZ**

**Dr. Márquez No. 162**

**Colonia Doctores**

**C.P. 06720**

**Delegación Cuauhtémoc**

**Teléfono: 52289917**

**Servicio las 24 horas del día los  
365 días del año**



**Elaboro: Lic. Enf. Ma. Inés Lozano Espinosa**

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Posgrado  
Enfermería Infantil I  
Sede: Hospital Infantil de México Federico Gómez

## HEMOFILIA CUIDADOS EN EL HOGAR Y MEDIDAS PREVENTIVAS



**PRIMERO PREVENIR.....**

## PREVENCIÓN EN EL HOGAR

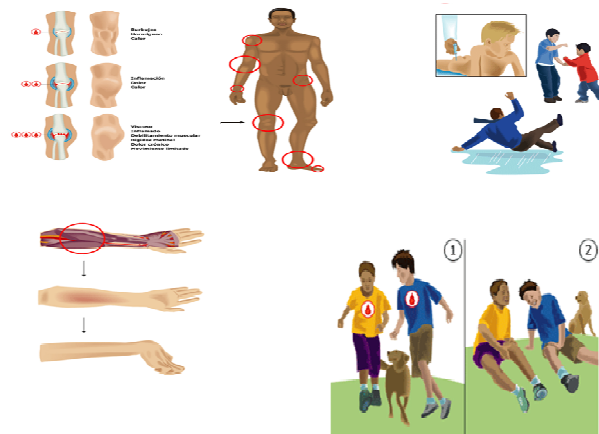
1. Adaptar el hogar de acuerdo a las necesidades del niño.
  - Evitar salientes de los muebles
  - Cubrir orillas filosas
  - Evitar el uso de instrumentos con punta o filo
  - Poner barandales en la cama que estén protegidos con material de hule espuma
2. Evitar juegos de contacto
3. Utilizar zapatos tipo bota con contrahorte, rígido por fuera acolchonado por dentro al igual que los tenis
4. Protección de articulaciones por medio de rodilleras, coderas, bolsas de hule espuma compactada en la ropa de vestir
5. Mantener una higiene oral adecuada con un cepillo dental de cerdas suaves
6. Mantener una nutrición balanceada para la edad
7. Realizar ejercicios como: caminata en terreno blando, natación, bicicleta fija, baile
8. Mantener un adecuado control medico para la vigilancia de la salud donde se valoren articulaciones y músculos



© Copyright 2008 by the American Academy of Pediatrics

## DATOS DE ALARMA

1. Hormigueo y calor, dolor o inflamación a nivel de cualquier articulación (codos, rodillas, tobillos, etc.)
2. Sensación en el músculo que se encuentra rígido y adolorido.
3. Inflamación caliente y dolorosa a nivel de cualquier musculo, puede existir algún hematoma (moretón)
4. Espasmo muscular a cualquier nivel
5. Nauseas, vómitos, somnolencia, torpeza, debilidad, convulsiones o pérdida de la conciencia
6. Dificultad para tragar o respirar
7. Evidencia de sangrado a cualquier nivel sin importar lo pequeña que sea
8. Aunque no existan datos de sangrado, pero sufrió algún tipo de golpe a cualquier nivel.



## QUE HACER EN ESOS CASOS?

Aplique los primeros auxilios tan pronto como sea posible a fin de limitar la gravedad de la hemorragia y los daños. Haga esto aun cuando también vaya a suministrarse factor de reemplazo.

**REPOSO:** El brazo o la pierna deben descansar sobre almohadas o sostenerse con un cabestrillo o vendaje. La persona no debe mover la articulación que sufre la hemorragia o caminar con ella.

**HIELO:** Envolver un paquete de hielo en una toalla húmeda y ponerlo sobre la hemorragia. Después de cinco minutos, retirar el hielo por lo menos durante diez minutos y mantener la alternancia: cinco minutos con hielo, diez minutos sin hielo, mientras la articulación se sienta caliente. Esto puede ayudar a disminuir el dolor y limitar la hemorragia.

**COMPRESIÓN:** Las articulaciones pueden envolverse con un vendaje de tensión o media elástica. Esta suave presión puede ayudar a limitar la hemorragia y brindar soporte a la articulación. En caso de hemorragias musculares y si hay sospecha de lesión a un nervio, la compresión debe aplicarse cuidadosamente.

**ELEVACIÓN:** Eleve la zona de la hemorragia por arriba del nivel del corazón. Esto podría disminuir la pérdida de sangre al reducir la presión en la zona.

**ACUDA INMEDIATAMENTE A EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ, QUE ESTA ABIERTO LAS 24 HRS. LOS 365 DÍAS DEL AÑO O AL SERVICIO MÉDICO MÁS CERCA-NO.**

#### **IV. Resultados**

Se identificaron 9 necesidades en dependencia al inicio del estudio de caso, siendo las más afectadas las necesidades de seguridad y protección, alimentación, higiene, movimiento y postura, realización y aprendizaje que fueron consideradas de alta prioridad, continuaron las necesidades de descanso y sueño, vestido y desvestido, y recreación que fueron catalogadas como de mediana prioridad, y por último las necesidades en independencia que son comunicación, eliminación, oxigenación, valores y creencias, termorregulación que fueron de baja prioridad, por lo que se debe seguir las valoraciones para detectar a tiempo cualquier tipo de alteración.

La necesidad de seguridad y protección tiene una dependencia permanente, ya que él nunca podrá producir el factor VIII, por lo que dependerá de las medidas de seguridad dentro de su casa y de que en caso necesario le sea aplicado el factor VIII, se realizaron 9 seguimientos, ya que ésta era la necesidad con más alteración, se logró que ya no presentara sangrados activos, pero continuo con hematomas en los sitios de punción estos fueron de menor intensidad, posterior a los cuidados proporcionados quedo en dependencia grado 3. Esta necesidad se identifica con el estudio que realizó Franco y Benítez en el cual describen que la necesidad de seguridad y protección incluye factores biológicos, psicológicos y sociales, que son vulnerables frente a situaciones de riesgo de diversa índole.

La necesidad de alimentación se encontraba alterada en una dependencia parcial grado 3, de alta prioridad ya que se encuentra en percentil 25 para la edad y presenta manifestaciones físicas, se realizaron un total de 4 seguimientos, se logró en conjunto con el servicio de nutrición que mejorara ya que presentó una ganancia ponderal de 1,200 gr, siendo necesario que continúe su alimentación indicada por nutrición, para que logre su independencia, sin olvidar que ésta tendrá que ser a largo plazo, ya que no se trata solo de proporcionar la dieta para aumentar de peso sino dar una alimentación equilibrada para que exista una adecuada asimilación de los nutrientes, por lo que fue importante que tanto Brayan como su cuidador primario comprendieran la importancia de continuar la

alimentación que indico el servicio de nutrición en el hogar, se deja en dependencia grado 3.

La necesidad de movimiento y postura se encontraba alterada por el reposo terapéutico, considerándose en dependencia temporal grado 3, se realizaron un total de 4 seguimientos de esta necesidad, se brindaron ejercicios pasivos y de relajación, lo que permitía a Brayan mantenerse activo sin riesgo de lesionarse o causar alguna hemorragia, el día 8 de octubre inicio la deambulaci3n, con lo que logro su independencia, al momento del alta se deja en independencia grado 2. Est3a necesidad se identifica con el estudio presentado por S3nchez donde fue realizado una valoraci3n integral de las 14 necesidades y su interacci3n entre ellas, donde el uso de el Proceso de Atenci3n de Enfermer3a y la valoraci3n de las 14 necesidades ayudaron a mejorar los cuidados de Enfermer3a tradicionales.

La necesidad de Higiene se valor3 en una dependencia temporal grado 4, se realizaron los cuidados proporcionando las acciones de higiene bucal sin que se lesionara al inicio de la intervenci3n, se logro que en conjunto con las intervenciones de la necesidad de seguridad y protecci3n, se eliminara el riesgo de un sangrado (gingivorragia) por lo que se inicio la higiene bucal con un cepillo de cerdas suaves antes del alta y se proporciono informaci3n sobre la importancia de una buena higiene oral, era necesario que se realizara rehabilitaci3n bucal por parte del servicio de odontopediatr3a, por lo que al momento del alta se deja en una dependencia grado 3 temporal, se realizaron un total de 9 seguimientos de esta necesidad.

La necesidad de descanso y sueño se vio alterada por el ambiente hospitalario, se considero en dependencia temporal grado 3, se logro involucrar en las intervenciones al personal de enfermer3a, lo que le permiti3 que tuviera un menor n3mero de interrupciones en su sueño, se encontr3 m3s descansado, se deja en independencia grado 2 con un total de 6 seguimientos.

La necesidad de vestido y desvestido se valor3 en una dependencia temporal grado 3, las intervenciones fueron encaminadas para que Brayan utiliza la ropa adecuada para la hospitalizaci3n, lo que se logro ya que el cuidador primario se vio involucrado en la realizaci3n de las intervenciones en conjunto con el personal

de enfermería, se realizaron un total de 6 seguimientos se deja en independencia grado 2.

La necesidad de recreación se considero en una dependencia transitoria grado 3, se realizaron un total de 9 seguimientos, se resalta la importancia de que al 5to seguimiento se encontraba en independencia, en esta edad es importante el juego y la recreación por lo que se continuo trabajando durante la hospitalización, lo que a él le agradaba mucho, y facilitó una mayor interacción de Brayan con la enfermera, se deja en independencia grado 1.

La necesidad de comunicación se encontró en independencia grado 2, se realizaron intervenciones preventivas y de fomento para mejorar la independencia lo que se logró ya que se deja en una independencia grado 1, se realizaron un total de 9 seguimientos ya que la comunicación siempre está presente en la interacción enfermera- paciente y sus cuidadores primarios.

La necesidad de realización y aprendizaje se encontró en una dependencia grado 3 transitoria se consideró de alta prioridad, ya que es necesario que Brayan y su cuidador primario comprendan la importancia que tiene la prevención de esta enfermedad ya que el hecho de conocer la enfermedad le ayudará a comprender las lesiones secundarias que conllevan las complicaciones, se realizaron un total de 6 seguimientos se logró que comprendieran la información que se les proporcionó y que vieran la importancia de la prevención, refiriendo la madre que ella desconocía muchos aspectos de la enfermedad y que esta información le daba mayor seguridad sobre su papel dentro de la situación de salud de Brayan , se deja en independencia grado 2, pero es necesario continuar con el aprendizaje tanto para Brayan como a su cuidador primario, ya que no se debe olvidar que Brayan tiene un hermano con la misma patología.

La eliminación se mantuvo en independencia grado 1, se realizaron un total de 3 seguimientos de esta necesidad, las intervenciones fueron aplicadas oportunamente, se realiza EGO el día 8 de octubre el cual no presenta alteraciones.



La necesidad de oxigenación y termorregulación se mantuvieron en independencia grado 1, se realizaron intervenciones preventivas y de valoración las que fueron oportunas, se realizan un total de 3 seguimientos en ambas necesidades.

La necesidad de valores y creencias se mantuvo en independencia grado 1, se permitió que tanto Brayan y su familia mantuvieran sus valores y creencias, y que la ejercieran libremente, las cuales no alteraron en ningún momento con sus cuidados, se realizan un total de 4 seguimientos.

Brayan conto con un equipo multidisciplinario de salud, pero las intervenciones de la enfermera especialista fueron oportunas en todo momento, se brindaron cuidados especializados tanto a Brayan como a sus cuidadores primarios (madre y padre), los cuales se vieron reflejados al mejorar su estado de salud, se deja un total de 11 necesidades en independencia y solo 3 en dependencia, lo que habla de la importancia de aplicar un Proceso de Enfermería con un modelo de atención que en este caso fue el de Virginia Henderson, que permitió que la Enfermera Especialista planeara de forma holística los cuidados.

## **V. Conclusiones y sugerencias**

El presente estudio de caso, es una prueba fidedigna de la importancia de la aplicación de un modelo de Enfermería en los cuidados a través del Proceso de Enfermería, permitiendo mejorar la calidad de los cuidados proporcionados y que permite integrar a la familia, dándole bases científicas a la profesión de enfermería.

En lo que respecta a los objetivos planteados al inicio de este estudio de caso se lograron al cien por ciento. Se utilizó la propuesta teórica de Virginia Henderson, se logró identificar las fuentes de la dificultad, lo que permitía realizar los diagnósticos de enfermería y con ello los diagnósticos y la planeación de los cuidados y la evaluación del proceso en general, fue posible en todo momento integrar a su cuidador primario en los cuidados.

En cuanto los antecedentes consultados, fueron de gran importancia para ver como se utilizó la propuesta teórica en conjunto con el Proceso Enfermero, permitiendo la valoración integral e involucrando a la familia en el cuidado.

La implementación de esta propuesta teórica, permitió a la enfermera brindar cuidados especializados y orientado a satisfacer todas y cada una de las necesidades de la persona.

Los instrumentos de valoración utilizados como la historia clínica y la hoja de reporte diario, fueron útiles para recabar de manera detallada tanto los datos objetivos como subjetivos y las fuentes de la dificultad que se vieron reflejados al realizar los diagnósticos de enfermería.

Considerando lo anterior se sugiere:

- Aplicar la atención del cuidado con el Proceso de Enfermería orientado con la propuesta teórica de Virginia Henderson.
- Promover la propuesta teórica de Virginia Henderson entre las Enfermeras que laboran en el área infantil
- Mantenerse actualizada en cuanto a los avances de Enfermería

## VI. Bibliografía

Sierra PM., Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006; 14 (1): 16 – 23

Espinosa MV, Franco OM. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía en Desarrollo Científico de Enfermería, 2003, 11 (1); 24 – 29.

Partera LMC., Molina PF., Gestini SS., Cavero CJB., Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre en Enfermería Clínica 2003; 13(5); 313 – 20

Franco OM., Benítez TMA., Proceso del cuidado a un preescolar con VIH, en Revista Enfermería Universitaria, ENEO 2004., 13 – 23

Sánchez LV., Revista de Enfermería Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, en Revista de Enfermería 2001; 9(2):91 – 96.

Guillar M, Roca ICN., Cuidados de enfermería a un recién nacido pretérmino en Enfermería Clínica 1994, 8 (2):44 – 49.

Ortiz JFM., Poza ACM., Cuidados de suplencia total en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos deficientes Evidentia 2007; 4(15). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/329articulo.php> [ISSN: 1697-638X].consultado el 19 de octubre del 2007.

Tirado PG., Intervención multidisciplinar en una Mujer Anciana tras una Caída Accidental en Desarrollo científico de Enfermería; 2007; 15(1): 22 - 27

Poza ACM., Ortiz JFM., Plan de cuidados al paciente laringectomizado total. Caso clínico Evidentia 2006 nov- dic; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/266articulo.php> [ISSN: 1697-638x], consultado el 19 de octubre de 2007.

Flores MI., Añorve GA., Escalante SPE., Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006 sep – dic; 14(3) en <http://www.index-f.com/rmec/14/14-90.php> [ISSN: 1697-638X] consultado el 19 de octubre de 2007

Lugo EDJ., Frutos BS., Añorve GA., Adulto mayor con patología cardiovascular y neurovascular en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11 (1): 18 – 25

Márquez MMA., Enríquez GQ., Benítez QS., Sánchez ET. Proceso atención de enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y alteraciones de sus diferentes necesidades. Enfermería Universitaria, ENEO,2002, 1(2);16 -22.

Castillo E, Domínguez M., Planificación del alta de un enfermo con trasplante renal en Enfermería clínica; 3 (4); 163 -166.

Elorza Pl., Gordo AA., Huitzi EX., Uria UI., Valoración y diagnósticos de enfermería de las personas con esclerosis múltiple. Un estudio transversal. Evidentia 2007 mar – abr: 4(14).

Elorza Pl., Gordo AA., Huitzi EX., Uria UI., Valoración y diagnósticos de enfermería de las personas con esclerosis múltiple. Un estudio transversal. Evidentia 2007 mar – abr: 4(14).

Rodríguez BAM., Ferrer PMA., Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. en Enfermería clínica 2002; 12(6): 253-9

Enfermeras del Hospital Dr. Ernesto San Román de Jojutla, Morelos Necesidades del paciente diabético del Hospital general Dr. Ernesto Meana San Román en Revista Mexicana de Enfermería Cardiología 1999; 7(1-4): 53 -57

Roig TMC., Casanovas PA., Pedros ST., Domenech PMC., Bermejo FB., Evaluación de un lenguaje aumentativo para enfermos intubados o traqueomizados. En Enfermería clínica 1999; 9(6): 238 – 44

Antón IRJ., Boixadera VM., Plan estandarizado de cuidado para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla en Enfermería Clínica 2003; 13(4): 246 – 50

Jiménez VCM., La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica; 1999; 7(1-4): 28-35.

Ortega VCM., Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson en Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9(1-4);18-23.

Martínez MC., Cañadas BA., Rodríguez PE., Tornel GS., Dificultades en la valoración enfermera en Enfermería Clínica 2003; 13(4):195-201  
Reyes BI; Definición de Enfermería; En:  
<http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>. Consultado 10 de Noviembre 2007

Marriney- Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 3ª edición. España: Harcourt Brace;1997.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. España 1993. p 30

Luis Rodrigo MT, De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, España 1998.

Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana México 1999.

Ostiguin R, Implicaciones del cuidado enfermero. Desarrollo científico de enfermería 2001;9(8): 237 – 239

Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2da. Edición, 1998, Ed. Doyma, España.

Iyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería; Ed McGraw-Hill Interamericana, Pennsylvania 1995.

Griffith J y Christensen P. Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. Manual Moderno México, 1993. p 31

Ruiz G MD, Martínez B, Enfermería del niño y del adolescente. Ed. Difusión avance de enfermería, Madrid 2000 Pág. 41

Whaley & Wong. Enfermería pediátrica, 4ª ed, Ed Mosby/Doyma Madrid 1995. p 15- 16

Johnson M, Bulechek G, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead S, Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, interrelaciones NANDA, NOC y NIC; 2002, Ed. Mosby España; p. 6

Cruz HM; Tratado de Pediatría. 6ta. Edición, Ed. ESPAXS, España, 1988,p. 1395-96

Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM; Nelson tratado de Pediatría Vol. 2; 15º edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997, p. 1782.

Aguilar CMJ, Tratado de Enfermería Infantil, Cuidados Pediátricos Vol. I; Ed. OCEANO, España, 2003. p. 569-71.

Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Diciembre 2001. 2

Hernández PMC, Mendoza LC; Consentimiento informado en Enfermería. En Desarrollo Científico de Enfermería 2002; 10(9): 269-71

# VII. ANEXOS

# Anexo 1



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

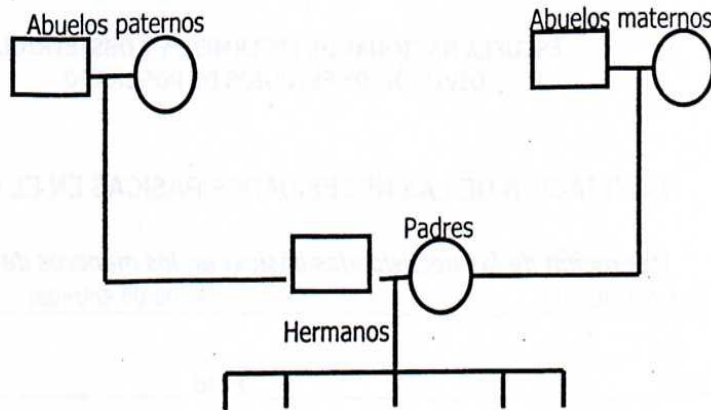
## VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ESCOLAR

### *Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años*

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

|  |  |
|--|--|
| I<br>D<br>A<br>T<br>O<br>S<br>D<br>E<br>M<br>O<br>G<br>R<br>Á<br>F<br>I<br>C<br>O<br>S | Nombre: _____ Edad _____   |
|  | Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____  |
|  | Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____  |
|  | Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____                             |
|  | Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____                          |
|  | Religión: _____ La información es proporcionada por: _____                               |
|  | _____ Domicilio: _____   |
|  | _____ Procedencia: _____   |
|  | _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____  |
|  | _____  |
| II<br>F<br>A<br>M<br>I<br>L<br>I<br>A  | Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y abuelos: _____   |
|  | Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____ |
|  | _____ Servicios intradomiciliarios: _____  |
|  | _____  |
|  | Disposición de excretas: _____   |
|  | Descripción de la vivienda: _____  |
|  | _____  |
| Ingresos económicos de la familia: _____   |  |
| _____  |  |
| Medios de transporte de la localidad: _____  |  |
| _____  |  |










### Mapa familiar



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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Relac. Afectiva \_\_\_\_\_ Enfermedades \_\_\_\_\_

### Símbolos

- |   |   |   |   |   |   |                   |
|---|---|---|---|---|---|-------------------|
|  | Hombre  |  | Mujer   |  |  | Paciente problema |
|  |  | Fallecimiento   |  | Relaciones fuertes  |   |                   |
|  | Relaciones débiles  |  | Relaciones con estrés   |   |   |                   |



### Eliminación

Orina: Clara: \_\_\_ Con sangre: \_\_\_ turbia: \_\_\_ Cantidad: \_\_\_ Cuántas veces orina al día: \_\_\_

Presenta molestias para orinar: \_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_

2

Se orina en la cama por la noche: \_\_\_

Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: \_\_\_

Consistencia de las heces: Formada: \_\_\_ Pastosa: \_\_\_ Blanda: \_\_\_ Líquida: \_\_\_

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

Color: Amarilla: \_\_\_ Verde: \_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Blanca: \_\_\_ Olor: ácida: \_\_\_

Fétida: \_\_\_ Otros: \_\_\_ Moco: \_\_\_ Sangre: \_\_\_ Restos de alimentos: \_\_\_

Dolor al evacuar: \_\_\_ Hábitos para evacuar: \_\_\_

### Oxigenación

Signos vitales: Tensión arterial \_\_\_ Frecuencia cardíaca: \_\_\_ Pulso: \_\_\_

Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_ Respiración: \_\_\_ Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_ Aleteo nasal: \_\_\_

Retracción xifoidea: \_\_\_ Disociación torácico-abdominal: \_\_\_

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

Ventilación: \_\_\_ Respiración asistida: \_\_\_ Controlada: \_\_\_

Secreciones bronquiales

|                               | Cantidad | Consistencia | Color | Olor |
|-------------------------------|----------|--------------|-------|------|
| Por tubo Tranqueal/Nasal: ___ | ___      | ___          | ___   | ___  |
| Por cavidad Oral/Nasal: ___   | ___      | ___          | ___   | ___  |

Humidificación y oxigenación: \_\_\_

Tiene dificultad para respirar: \_\_\_ Cuando camina: \_\_\_ Otros: \_\_\_

coloración de la piel: Color: \_\_\_ Integridad: \_\_\_ Diaforesis: \_\_\_

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

3

### Eliminación

Orina: Clara: \_\_\_ Con sangre: \_\_\_ turbia: \_\_\_ Cantidad: \_\_\_ Cuántas veces orina al día: \_\_\_

Presenta molestias para orinar: \_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_

2

Se orina en la cama por la noche: \_\_\_

Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: \_\_\_

Consistencia de las heces: Formada: \_\_\_ Pastosa: \_\_\_ Blanda: \_\_\_ Líquida: \_\_\_

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

Color: Amarilla: \_\_\_ Verde: \_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Blanca: \_\_\_ Olor: ácida: \_\_\_

Fétida: \_\_\_ Otros: \_\_\_ Moco: \_\_\_ Sangre: \_\_\_ Restos de alimentos: \_\_\_

Dolor al evacuar: \_\_\_ Hábitos para evacuar: \_\_\_

### Oxigenación

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

Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_ Respiración: \_\_\_ Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_ Aleteo nasal: \_\_\_

Retracción xifoidea: \_\_\_ Disociación torácico-abdominal: \_\_\_

3

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

Ventilación: \_\_\_ Respiración asistida: \_\_\_ Controlada: \_\_\_

Secreciones bronquiales

|  | Cantidad | Consistencia | Color | Olor |
|--|----------|--------------|-------|------|
|--|----------|--------------|-------|------|

|                           |     |     |     |     |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Por tubo Tranqueal/Nasal: | ___ | ___ | ___ | ___ |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|

|                         |     |     |     |     |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Por cavidad Oral/Nasal: | ___ | ___ | ___ | ___ |
|-------------------------|-----|-----|-----|-----|

Humidificación y oxigenación: \_\_\_

Tiene dificultad para respirar: \_\_\_ Cuando camina: \_\_\_ Otros: \_\_\_

coloración de la piel: Color: \_\_\_ Integridad: \_\_\_ Diaforesis: \_\_\_

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

### Reposo-Sueño

Horas de sueño: \_\_\_\_\_ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes \_\_\_\_\_

A qué hora se duerme: \_\_\_\_\_ A qué hora se levanta: \_\_\_\_\_ Cuántas horas duerme con

luz: \_\_\_\_\_ Con música: \_\_\_\_\_ Otras costumbres: \_\_\_\_\_

4

¿Con quién duerme?: \_\_\_\_\_ Tiene cuarto separado: \_\_\_\_\_ Despierta de

noche: \_\_\_\_\_

Es sonámbulo: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas: \_\_\_\_\_ Duerme siesta: \_\_\_\_\_

Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: \_\_\_\_\_ Letárgico: \_\_\_\_\_ Tranquilo: \_\_\_\_\_

Dormido: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: Dolorosos: \_\_\_\_\_ Calor: \_\_\_\_\_ Frío: \_\_\_\_\_

Reflejos: \_\_\_\_\_

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

### Vestido

Características de la ropa del niño: \_\_\_\_\_

Higiene: \_\_\_\_\_ Costumbre en el uso del vestido: \_\_\_\_\_

5

Otros enseres: \_\_\_\_\_ Significado del vestido: \_\_\_\_\_

¿Como quién te gustaría vestir? \_\_\_\_\_

¿Tienes suficiente ropa en el hospital? \_\_\_\_\_

¿Te vistes sólo? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Con ayuda: \_\_\_\_\_

### Temperatura

Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:

Templada: \_\_\_\_\_ Fría: \_\_\_\_\_ Caliente: \_\_\_\_\_ ¿Su niño es friolento? \_\_\_\_\_ Está acostumbrado a que le tomen la

6

Temperatura: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? \_\_\_\_\_



### Movimiento y Postura

7 A qué edad fijó la mirada: \_\_\_\_\_ Siguió los objetos con los ojos: \_\_\_\_\_  
Se sentó con ayuda: \_\_\_\_\_ Se sentó sólo: \_\_\_\_\_ Se paró: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_  
Saltó: \_\_\_ subió escaleras: \_\_\_ camina con ayuda de algún aparato ortopédico: \_\_\_\_\_ Qué postura  
adopta al sentarse: \_\_\_\_\_  
Al caminar: \_\_\_\_\_ Al dormirse: \_\_\_\_\_ Al pararse: \_\_\_\_\_  
Cuando está enfermo adopta una postura especial: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Comunicación

8 ¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? \_\_\_\_\_  
Cuántos hermanos son: \_\_\_\_\_ Hermanas: \_\_\_\_\_ Hay otras personas que viven en  
casa: \_\_\_\_\_ El niño vive con sus padres: \_\_\_\_\_ Papá: \_\_\_\_\_ Mamá: \_\_\_\_\_  
Hermano: \_\_\_\_\_ Pariente: \_\_\_\_\_ El niño usa anteojos: \_\_\_\_\_ Aparato  
Auditivo: \_\_\_\_\_ Algún otro aparato: \_\_\_\_\_ Describa el carácter de su  
hijo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Con quién acude el niño cuando le falta  
algo? \_\_\_\_\_  
¿Con quién hace la tarea?: \_\_\_\_\_  
Otros comentarios del niño o familiar: \_\_\_\_\_

### Higiene

9 A qué hora acostumbra el baño: \_\_\_\_\_ Se baña sólo: \_\_\_\_\_ Con ayuda: \_\_\_\_\_  
Cuántas veces se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_ Cuando se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_  
Tiene prótesis dental: \_\_\_\_\_ Cuando fue la última visita al dentista: \_\_\_\_\_  
Se peina solo (a): \_\_\_\_\_ Con ayuda: \_\_\_\_\_

**Recreación**

¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? \_\_\_\_\_

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

Con mascotas: \_\_\_\_\_

Las personas: \_\_\_\_\_

Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: \_\_\_\_\_

10

**Creencia y religión**

¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? \_\_\_\_\_ Cómo participa el niño en esa práctica: \_\_\_\_\_

Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema: \_\_\_\_\_

Para el niño: ¿Por qué te enfermaste? \_\_\_\_\_

11

**Seguridad y protección**

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

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

Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: \_\_\_\_\_

Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí ¿Cómo?: \_\_\_\_\_

12

**Realización**

¿Qué espera usted de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas de tus padres? \_\_\_\_\_

¿A quien de la familia su hijo imita? \_\_\_\_\_

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud:

\_\_\_\_\_

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál o

cuáles?: \_\_\_\_\_

Otros datos:

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opiniones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

14

## Análisis



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

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

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

Causas de la dificultad  
 Falta de Fuerza = FF  
 Falta de Voluntad = FV  
 Falta de conocimiento = FC





ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

| Fecha en la que se identifica | Diagnósticos de enfermería | Fecha de resolución |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------|
|                               |                            |                     |



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

| Fecha | Diagnóstico de Enfermería | Objetivo | Intervenciones | Realizadas por | Evaluación |
|-------|---------------------------|----------|----------------|----------------|------------|
|       |                           |          |                |                |            |



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

---

---

---

---

---

2. Orientación dietética:

---

---

---

---

3. Medicamentos indicados:

| Medicamento | Dosis | Horario | Vía   |
|-------------|-------|---------|-------|
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |
| _____       | _____ | _____   | _____ |

4. Registro de signos y síntomas de alarma: (Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

---

---

---

---

---

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.).

---

---

---

---

---

6. Fecha de su próxima cita: \_\_\_\_\_

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\_\_\_\_\_

## Anexo 2



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

### Reporte Diario

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

Valoración focalizada de la necesidad de: \_\_\_\_\_

Datos subjetivos:

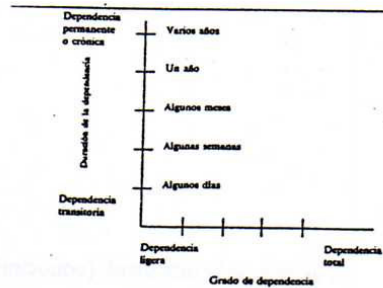
Datos objetivos ( Exploración física focalizada, cuando corresponda)

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

**Diagnósticos de enfermería:**

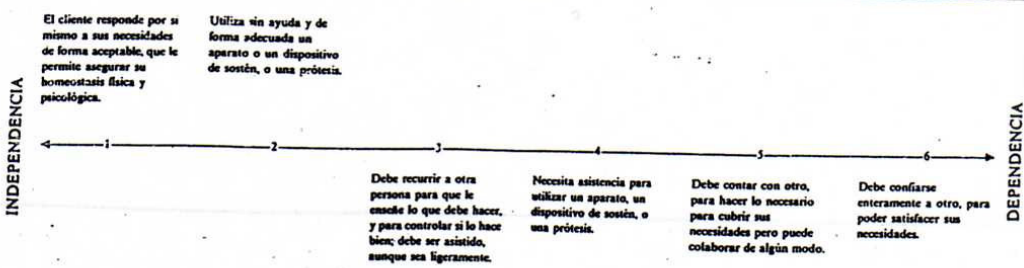
- 1.
- 2.

**Comentarios:**



**Tabla 6. Continuum independencia-dependencia<sup>14</sup>**

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





# Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

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

## Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Judith Hernández Mtz., declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Brayan Martínez H. participe en el estudio de caso Cuidados en un escolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección que

cuyo Objetivo principal es: Aplicar el Proceso Enfermero con el modelo de Virginia Henderson en un escolar con alteración en la nec. de seg y protección para reducir sus problemas y lograr su independencia y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Interrogatorio, exploración física y valoración focalizada de las 14 necesidades básicas y fotografías y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Lic. Enf. María Inés

Lozano Espinosa

Firma

Nombre del padre o Tutor: Judith Hernández Martínez

Judith

Firma

## Testigos

Nombre: Jorge Menzera Davila

Firma: [Firma]

Domicilio: Prolog. Nicolas Bravo L88 M9 Col. La Habana

Nombre: Cladía Esparza M

Firma: [Firma]

Domicilio: C. Hidalgo No 36 Col. Centro

México, D.F. a 3 de Octubre 2007