



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESTUDIO DE CASO

**ALTERACION EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN EN
UN LACTANTE MENOR**

PARA OBTENER EL GRADO DE

ENFERMERA ESPECIALISTA INFANTIL
PRESENTA

LIC.ENF. FLOR SOSA MORENO



ASESORA
E.E.I. ADRIANA GRANADOS MÉNDEZ



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.

INDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos del estudio de caso.....	2
III.	Selección y descripción del caso	
3.1	Ficha de identificación.....	3
3.2	Motivo de consulta.....	3
3.3	Descripción del caso.....	4
3.4	Antecedentes familiares no patológicos.....	5
3.5	Antecedentes familiares patológicos.....	5
3.6	Antecedentes personales no patológicos.....	5
3.7	Antecedentes personales patológicos.....	5
3.8	Mapa familia.....	6
IV.	Fundamentación teórica del caso	
4.1	Antecedentes de estudios relacionados.....	7
4.2	Marco conceptual.....	10
4.3	Teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.....	12
4.4	Proceso atención de enfermería.....	18
4.5	Relación del Proceso Atención Enfermería y Virginia Henderson	22
4.6	Rol de enfermería.....	24
4.7	Daños a la salud.....	29
4.8	Consideraciones éticas.....	43
V.	Metodología.....	51
VI.	Aplicación del proceso de enfermería	
6.1	Valoración de enfermería y exploración física.....	53
6.2	Necesidades alteradas.....	53
6.3	Jerarquización de necesidades.....	53
6.4	Interacción con otras necesidades.....	57
6.5	Diagnósticos.....	54
6.6	Objetivo.....	55
6.7	Intervenciones de enfermería.....	57
6.8	Fundamentación de las intervenciones.....	60
6.9	Evaluación.....	
VII.	Plan de alta.....	71
VII.	Conclusiones.....	72
IX.	Bibliografía.....	75
X.	Anexos.....	77

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas aparecen aproximadamente en 7 de cada 1000 niños nacidos vivos. Dos tercios mueren en el primer año, sino se diagnostican oportunamente. El reconocimiento oportuno de las cardiopatías congénitas es trascendental pues la mayoría de ella puede ser tratada con cirugía de manera exitosa, ya sea de forma corrección total de la cardiopatía y una cirugía paliativa.

Con la evolución de la profesión de enfermería surge la primera teoría de enfermería. Las enfermeras centraban su atención en la adquisición de conocimientos técnicos, pero hoy en día es la enfermería moderna la que se ha preocupado por crear bases científicas que sustenten a la profesión, es por esto que se han formado pensadoras que crean teorías y filosofías sobre el que hacer de la enfermera.

También surgen nuevos niveles académicos, se crean posgrados y maestrías con el fin de que las nuevas generaciones de enfermeras obtengan conocimientos científicos. Es por esto que han surgido especialidades y entre ellas se encuentra la especialidad de enfermería infantil, donde se forman enfermeras que brinden atención especializada a la población infantil.

La enfermera tiene un papel fundamental en la atención al paciente, en especial a los niños, con el apoyo del proceso enfermero se logra realizar una atención de manera individual y sistematizada.

Durante la especialidad de enfermería infantil se le pide al estudiante que elabore un estudio de caso, con el fin de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, utilizando la teoría de Virginia Henderson y el método enfermero.

Es por esto que se elabora el presente trabajo, donde se realiza la valoración de un lactante menor, y se detectan las necesidades más afectadas. El trabajo pretende mostrar una valoración integral del paciente seleccionado, donde se realiza una valoración y se le da seguimiento al paciente hasta el día de su egreso a domicilio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

Aplicar los conocimientos teórico- prácticos para la realización del estudio de caso a un lactante menor con alteración en la necesidad de oxigenación, mediante el método enfermero y teniendo como base la filosofía de Virginia Henderson

Objetivos específicos

- Realizar una valoración generalizada del lactante basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Detectar oportunamente las necesidades del paciente y realizar un plan de cuidados oportuno y adecuado.
- Realizar una evaluación sobre el plan de atención y las acciones de enfermería.
- Proporcionar un cuidado integral y personalizado, y disminuir sus días de estancia hospitalaria

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Se capta el caso de María Guadalupe en el servicio de infectología, teniendo como antecedentes de importancia:

Ficha de identificación

Nombre: María Guadalupe

Fecha de nacimiento: 2 de agosto de 2006

Sexo: femenino

Edad: 1 año 3 meses

Procedencia: México DF

Diagnóstico médico: Asfixia perinatal, retraso psicomotor, cardiopatía congénita acianógena

Edad del padre: 47 años

Escolaridad: analfabeta

Edad de la madre: 37

Escolaridad: primaria

Religión: católica

Domicilio: Astillero N.47 Col. San Bernabé Del. Magdalena Contreras

Teléfono. 55 23 71 78 74

Motivo de consulta en el INP: Crisis convulsivas generalizadas asociadas a fiebre, insuficiencia respiratoria moderada.

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Se trata de María Guadalupe paciente femenina de 1 año 3 meses, originaria del distrito federal. Es producto de la gesta tres de madre de 37 años de edad, el embarazo fue planeado, tiene control prenatal, la madre refiere que tomó ácido fólico durante el embarazo. Presento infección de vías urinarias y recibió tratamiento con antibióticos. No refiere otras complicaciones durante la gestación.

Viven en zona urbana que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios: luz, agua y drenaje. La casa es rentada y cuenta con una recámara, comedor, cocina y baño. Esta construida con tabique. A Guadalupe le realiza baño y cambio de ropa diario. Cuenta con esquema de vacunación completo para la edad.

Antecedentes prenatales: nace a las 40 semanas de gestación, por parto eutócico, con peso al nacer de 2300, talla 46cm.

Presenta asfixia perinatal por lo que requiere de maniobras de reanimación cardiopulmonar y se queda hospitalizada durante una semana, la mamá desconoce Apgar. Se dio de alta a domicilio, después de esto la mamá refiere que no tiene ningún problema con Guadalupe le dio seno materno, tiene esquema de vacunación completo para la edad, sostiene la cabeza a los tres meses.

A la edad de 3 meses inicia su padecimiento con vomito y diarrea y crisis convulsivas generalizadas por lo que es llevada al hospital de Coyoacán donde permanece un periodo prolongado, la mamá refiere que fue durante siete meses y fue dada de alta. No se tiene ninguna información escrita sobre el diagnóstico y tratamiento que recibido en este hospital.

Ingresa al Instituto Nacional de Pediatría el día 18 de junio del 2007 al servicio de urgencias con los diagnósticos de crisis convulsivas asociadas a fiebre y secundarias a encefalopatía hipoxica, deshidratación leve y dificultad respiratoria leve. Presenta deterioro respiratorio por lo que se realiza intubación orotraqueal.

Después de una intubación prolongada presenta sepsis por E. Coli el 24/07/07 con hemocultivos positivos, por lo que se coloca un catéter central por yugular derecha para iniciar con anfotericina B.

Posteriormente presenta sangrado de tubo digestivo por lo que es transfundida con plasma fresco congelado, y concentrado de eritrocitos. Ya que persiste la fiebre y deterioro del estado general se sospecha de endocarditis por lo que se solicita interconsulta con cardiología. Realizan ecocardiograma el 25/09/2007 reportando persistencia del conducto arterioso, insuficiencia tricuspídea con gradiente de 30mmhg, hipertensión arterial pulmonar de 40mmhg, cortocircuito de izquierda a derecha, en vena cava inferior se observa turbulencia a descartar drenaje anómalo de venas pulmonares.

Permanece intubada hasta el 27/ 09/2007 donde se le coloca cánula de traqueotomía en el INER donde reportan como hallazgos- Laringe y cuerdas con datos de inflamación crónica, movilidad pérdida, tráquea y carina principal con edema de mucosa y se observan secreciones fluidas.

Ingresa al servicio de infectología el 29/09/2007 con diagnósticos: Desnutrición grado III, Síndrome de mala absorción.

Fue ingresada en la cama 475 es dónde se hace la captación del caso. Se realiza interconsulta al servicio de genética: realizan la exploración de la paciente y se cita a los padres para que acudan al servicio. Esta en estudio el síndrome dismórfico, no se pueden tomar muestras de sangre ya que la paciente fue transfundida. Los padres no acuden al servicio de genética.

La paciente continua con tratamiento, y deciden colocarle un catéter bilmen en femoral derecha para que se le instale una sonda de gastrostomía el 5/11/ 2007, se deja en ayuno y presenta hipoglucemia, se ministra glucosa al 10% 2mil/Kg./peso corrigiendo los niveles a 76mg/dl. La cirugía se realiza sin complicaciones.

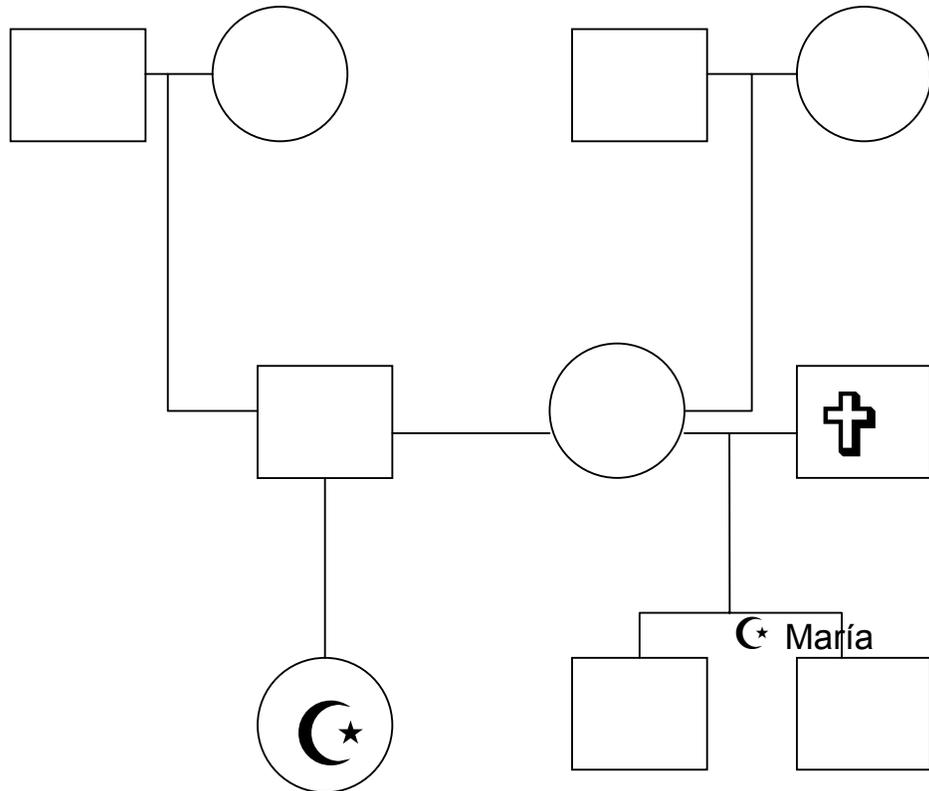
Se retira el catéter de femoral derecha y la sonda nasogástrica. Se inicia alimentación por la gastrostomía y se decide su egreso a domicilio.

El día 11 de octubre, sólo se tenía un problema grave, la mamá de Guadalupe estaba muy indiferente al cuidado de la niña. El servicio de Psicología no logro establecer una buena relación con la señora, pero con todo esto, las condiciones de la niña habían mejorado. Se da plan de alta y egresa a su domicilio por la tarde.

MAPA FAMILIAR

ABUELOS PATERNOS

ABUELOS MATERNOS



Guadalupe Cardiopatía congénita acianogéna

† Asesinado

FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO

Signos vitales en niños con cardiopatías congénitas

En este artículo realizan un estudio dónde enfermeras brasileñas realizan la valoración de 45 pacientes con cardiopatías congénitas cianógenas y cianógenos, para realizar una valoración de los signos vitales, y de esta manera la enfermera puede brindar atención de calidad. Valoran oximetría de pulso, electrocardiograma, placa de tórax. Como resultados obtiene que los pacientes con cardiopatías congénitas, tiene aumento en la presión arterial y en la frecuencia cardiaca, por estimulación adrenérgica para compensar la anomalía anatómica.

Como resultado, resalta la valoración de los signos vitales por la enfermera que atiende a un niño con cardiopatía. Las modificaciones en los signos vitales deben de ser interpretados por la enfermera para brindar una atención oportuna. Es importante este artículo ya que en los antecedentes de la Guadalupe, estuvo hospitalizada y no se le realizo el diagnóstico de la cardiopatía congénita. Las enfermeras y el personal medico debe estar capacitado para sospechar sobre el diagnóstico de cardiopatía congénita, para referirlo a un centro medico de especialidad. El diagnostico de cardiopatía congénita fue hecho en le INP.¹

1 Viviana Martínez .Signos vitales en niños con cardiopatías congénitas. Revista Cubana de enfermería, vol.22, núm.2 abril- junio 2006

Enfermería y los cuidados paliativos

En este artículo la autora menciona que en los últimos años los Cuidados Paliativos han sido objeto de una evolución y desarrollo hasta el momento desconocido y la enfermería no ha sido ajena a este proceso, entre otras cosas porque, las enfermeras(os) son el pilar esencial de los Cuidados de Soporte de los pacientes en situación terminal, oncológicos y no oncológicos, así como sus familiares. Es por todo esto que la enfermera debe acercarse a conocer que son los cuidados paliativos, ya que las enfermeras, serán las que brinden los cuidados a los pacientes que lo requieran en áreas hospitalarias o en casa. En el estudio de caso la paciente fue referida a la unidad de cuidados paliativos, pero no se logró el contacto con el cuidador primario que era la mamá. Es importante recordar que los cuidados paliativos son aquellos cuidados que se brindan a pacientes con el fin de reducir signos y síntomas de la enfermedad y evitar dolor.²

Manejo medico y quirúrgico del cardiópata en edad pediátrica con insuficiencia cardiaca

En este artículo el Dr. Alfonso Buendía y colaboradores mencionan los objetivos del manejo al paciente con insuficiencia cardiaca. Los objetivos son mejorar el aporte de oxígeno y nutrientes, disminuir el consumo de energía y corregir los trastornos metabólicos y tratar procesos infecciosos. Mencionan el manejo que se da con digoxina, inotrópicos, diuréticos, para el mejor manejo de la precarga y pos carga. El ingreso de Guadalupe al INP fue por fiebre y crisis convulsivas, el proceso infeccioso fue lo que descompensó su cardiopatía congénita y la llevó a falla cardiaca, y lo que complicó su recuperación. La enfermera tiene un papel fundamental en la atención al paciente en estado crítico, el conocer la fisiología y el tratamiento de la falla cardiaca, para que de una atención eficaz y evite complicaciones.³

² Jovita Páez .A. Enfermería y los cuidados paliativos. Revista cubana de enfermería Vol. 22.num2 abril 2005

³ Alfonso Buendía Hernández .Manejo medico y quirúrgico del cardiopatía en edad pediátrica con insuficiencia cardiaca. Revista de Cardiología.vol 77 Supl.1/Enero-Marzo 2007

Diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardíaca en estado crítico

Martha María Quintero y colaboradores en este artículo mencionan que las cardiopatías congénitas del corazón constituyen 90% de las causas de falla cardíaca. La falla cardíaca es un complejo sintomático clínico que puede llevar al niño a un estado crítico, en donde la enfermera tiene un papel fundamental en la atención. Realizan un plan de atención en donde su principal diagnóstico es “Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en la membrana alveolo capilar debido al incremento de la presión capilar pulmonar” Además menciona la importancia de una atención oportuna y eficaz en el tratamiento a un niño con falla cardíaca. Las acciones de enfermería van dirigidas a mejorar la oxigenación y circulación del paciente. El manejo del paciente con falla cardíaca implica un tratamiento multidisciplinario ⁴

La relación con el estudio de casa es Guadalupe ingresa al INP por fiebre e insuficiencia respiratoria, el cuadro infeccioso y la fiebre fueron los desencadenantes de la falla cardíaca de niña lo que la llevo a terapia intensiva y la necesidad de utilizar asistencia ventilatoria, y requerir del uso de aminas. Las acciones de enfermería van dirigidas a mejorar la mecánica ventilatoria, con la finalidad de evitar crisis de hipertensión pulmonar e hipoxia.

Las causas que pueden estimular crisis hipertensiva son dolor, secreciones, hipoxia. La enfermera tiene un papel fundamental en las intervenciones que ayuden a evitar complicaciones en un paciente con falla cardíaca. El manejo adecuado y oportuno del equipo de salud evitara complicaciones y periodos prolongados de hospitalización.

⁴ Martha María Quintero. Diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardíaca en estado crítico. Rev. Enfermería IMSS 2005; 13(2): 97-104

FUNDAMENTACION TEORICA

Metaparadigma

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho esfuerzos en buscar las palabras que describen conjuntamente sus actividades de cuidado. Estas enfermeras han tratado definir las características de la disciplina de enfermería como son los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno. Desde 1859, las grandes corrientes del pensamiento y la manera de ver o comprender el mundo se han llamado paradigmas, con este concepto el metaparadigma comprende los conceptos: entorno, persona, salud y enfermedad, estos conceptos se describen a continuación.

- ❖ Persona: Es un ser racional y consciente de si mismo, poseedor de una identidad propia, también definida como un ser social dotado de sensibilidad junto con la inteligencia y voluntad propiamente humana. Esta compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona.
- ❖ Salud: La OMS 1946 define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas.
- ❖ Cuidado. Consiste en proporcionar ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades.

Estos conceptos son la base del metaparadigma en todos los modelos de la enfermería, cada una de las teóricas, define estos conceptos según su teoría.

MARCO CONCEPTUAL

Florence Nightingale estableció las bases de la enfermería moderna con su forma de tratamiento de los enfermos y heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856). De vuelta a Londres después de la guerra, fundó una Escuela y Hogar para Enfermeras Nightingale, con el dinero recibido como tributo a su labor. La enfermería no es una pura técnica, sino un proceso que incorpora el desarrollo del Alma, la Mente y la Imaginación. Su esencia reside en la imaginación creativa, es espíritu sensible y la comprensión inteligente, que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería eficaces. Desde los inicios de la enfermería se a considerado como en trabajo que tiene que ver más con el alma, la bondad y la caridad, pero con el paso del tiempo las nuevas generaciones de enfermeras se han preocupado por ir haciendo de la práctica de la enfermería una profesión que tenga bases científicas y un instrumento de trabajo que las haga ser independientes de los otros profesionales de la salud, es por esto que se busca tomar conceptos propios y definir que es la profesión de enfermería, que es salud, enfermedad, entorno y persona. Se inician a buscar modelos y teorías es por esto que es importante definir cada uno de los conceptos anteriores.

Modelo

Un modelo es una representación de la realidad, un ejemplo, una antología que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de lo que sabemos poco; no es la realidad sino una abstracción de ésta⁵.

Los modelos se clasifican en dos grupos:

- ❖ *Modelos concretos o modelos de la realidad.* Son una simulación o analogía que reproduce algo que ya existe en el mundo real, ejemplo una muñeca.
- ❖ *Modelos abstractos o modelos para la realidad.*

Representan un ideal, un ejemplo una imagen, algo aún inexistente pero cuya materialización se persigue.

⁵ Marrie Tomey, Raile Alligoo. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Harcourt Brace. 4 edición Madrid, 1999. p.76

Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

Su propuesta del prototipo que se desea alcanzar ofrece una orientación específica de los cuidados, no sólo para las enfermeras, a quienes proporciona un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general, puesto que identifica el propósito y ámbito de la enfermería profesional.

ELEMENTOS DEL PARADIGMA SEGÚN SUS 14 NECESIDADES

Este modelo está influenciado por la corriente del pensamiento de la integración según Meleis (1997), se incluye dentro de las escuelas de las necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es la base en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humanos.

Para Virginia Henderson “La única función de las enfermeras es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a la muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”⁶

Los postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson son:

- ❖ 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.

⁶ Luís, Ma., Navarro Gómez, M^a V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Masson Elsevier. 3 ed...Barcelona. 2005.pág 12-35

Valores que fundamentan el modelo son:

- ❖ La enfermera tiene funciones que le son propias
- ❖ Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ❖ La sociedad espera de la enfermera un servicio social especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Las necesidades fundamentales que propone Virginia Henderson se fundamentan en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales.

Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. Para continuar mencionando el modelo de Virginia Henderson es importante describir que es para ella persona, entorno, salud y enfermería.

El objetivo de la enfermera es, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales.⁷

- ❖ **La persona** es un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales: cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarlas.
- ❖ **Salud** es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales. Es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona.
- ❖ **Entorno** es la naturaleza del o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona.

⁷ Id.

❖ **Enfermera:** Para Virginia Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su recuperación(o a una muerte serena) actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Cada una de las necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada un de ellas pueden describirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

La enfermera que pretende dar cuidados los debes dar personalizados, debe considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones, las 14 necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/ Participar en actividades recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje

A continuación se describen cada una de las 14 necesidades que propone Virginia Henderson.

Necesidad de respirar

Definición

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

Necesidad de beber y comer

Definición

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Necesidad de eliminar

Definición

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

Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura

Definición

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficiencia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y la actividad física.

Necesidad de dormir y descansar

Definición

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

Necesidad de vestirse y desvestirse

Definición

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

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Definición

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 y 38 c) para mantenerse en buen estado.

Necesidad de Higiene y protección de la piel

Definición

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que éste actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Necesidad de evitar peligros

Definición

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

Necesidad de comunicar

Definición

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámica verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Definición

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

Ocuparse para realizarse

Definición

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizada sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

Necesidad de recrearse

Definición

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

Necesidad de aprender

Definición

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.⁸

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio, este estado físico ha sido denominado homeostasis.

Este término, sin embargo se ha ido extendiendo poco a poco a los procesos psicológicos y de relación, hasta tal punto que hoy se habla de homeostasis fisiológica y psicológica de un individuo.

La homeostasis constituye, en definitiva, un principio de interacción entre diferentes mecanismos vitales. En estado normal, o ante ligeras desviaciones, estos procesos fisiológicos actúan para regularse mutuamente unos con otros. Una carencia de una necesidad puede ser, en cierto modo, compensada con procesos fisiológicos ligados a otra necesidad. Por ciertos procesos de autorregulación puede producir igualmente un defecto menos favorable; efectivamente, si una de las necesidades permanece en un estado de insatisfacción importante a causa de un problema de salud o de cualquier otra dificultad – las demás necesidades sufren también repercusiones.

Para Virginia Henderson, desde una filosofía humanística menciona que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, en tanto reales como potenciales. En este sentido tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de sus necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible se crea una dependencia que para Virginia Henderson se debe a tres causas que las identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.⁹

El concepto de independencia se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas es decir, llevar a cabo las

⁸ Margarita Cárdenas Jiménez. Teorías y Modelos de Enfermería. ENEO UNAM. México, 2006. pág. 208-212

⁹ Rosalinda Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2º ed. Doyma. Barcelona, 1992, pág. 15, 20.

acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad etapa de desarrollo y situación. Es importante mencionar que el modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que necesidad esta satisfecha, es totalmente individual.

Es por esto que los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia – de acuerdo con los componentes de la persona. Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del orden del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

- ❖ **Falta de fuerza.** Se interpreta fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidades intelectuales, etc.

- ❖ **Falta de conocimiento,** en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

- ❖ **Falta de voluntad,** entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.¹⁰

¹⁰ Luís, Ma., Navarro Gómez, M^a V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Herderson en el siglo XXI. Ed. Masson Elsevier. 3 ed. Barcelona, 2005.pág 12-35

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

Para Henderson los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y el conocimiento para poder hacerlo. También se marcan niveles de dependencia los cuales se presentan a continuación

Niveles de dependencia

Nivel 0

La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permita asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente su tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.

Nivel 1

La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

Nivel 2

La persona necesita alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

Nivel 3

La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.

Nivel 4

La persona necesita contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, para su tratamiento y apenas puede participar en ello.

Nivel 5

La persona confía enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades para aplicar su tratamiento y no puede participar en ello.¹¹

¹¹ Margot Phaneuf. La planeación de los cuidados enfermeros. Edit. Interamericana. México, 1999, pág. 12

PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero surge como una necesidad de la profesión por crear un método sistemático que permitiera organizar el hacer de la enfermera, desde sus inicios que fue en la década de los 60, a evolucionado los pasos a seguir, y la definición de lo que es el proceso enfermero, pero se ha llegado a la conclusión que el proceso es un proceso sistematizado que ayuda a la enfermera a brindar una mejor atención a su paciente.

En 1967 un comité norteamericano definió al Proceso Enfermero como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluyendo los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante”.

Los pasos del Proceso son los siguientes: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Los cuales se desarrollaran a continuación.¹²

Valoración

Puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca del problema del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y liberado de recopilación de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado del paciente y poder establecer diagnósticos.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada. Es por esto que se debe realizar una valoración exacta y completa, esto se realiza obteniendo los datos, ya sea de una fuente primaria o secundaria, identificando al paciente que se toma como una fuente primaria, los padres del paciente, las fuentes secundarias serán el expediente clínico. La valoración incluye métodos como la entrevista, observación y exploración, que incluye la inspección, observación, auscultación y percusión.

Para concluir la valoración es la recopilación de datos objetivos y subjetivos, actuales y anteriores, obtenida de fuentes primarias y secundarias, que ayudan a realizar una valoración adecuada del paciente de estudio.

¹² Barará Kozier. Enfermería fundamental conceptos, procesos y practica Ed. Interamericana, 4 ed. España, 1993.pp. 181 a183

Diagnóstico

Se ha de considerar como la fase final de la valoración ya que son la conclusión de los datos que se han sido recopilados. Se debe entender el diagnóstico de forma general, como un juicio acerca del problema del paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos obtenidos en la valoración.

El diagnóstico es una función establecida e independiente del personal de enfermería. La enfermera tiene que tener la capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por lo tanto los diagnósticos precisos constituyen una de las claves para la práctica eficaz de la intervención de la enfermera.

Para generalizar se considera a los diagnósticos de enfermería como la base de las acciones e intervenciones de enfermería independientes y en colaboración; los diagnósticos son enunciados que dirigen las acciones de la enfermera. Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales, de riesgo y bienestar, se definen de la siguiente forma:

- ❖ **Diagnósticos de enfermería reales**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de vida.
- ❖ **Diagnósticos de enfermería de alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentra en una situación igual o similar. Los diagnósticos de de alto riesgo incluyen factores de alto riesgo, conductas, enfermedades o circunstancias. Y las enfermeras pueden ayudar a reducir o evitar que se produzca el problema.
- ❖ **Diagnósticos de enfermería de bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Planificación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificarlas en el diagnóstico de enfermería.

Durante las fases de la planeación se elaboran los objetivos: lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería y las intervenciones que describen la forma en que el profesional de enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir los objetivos planteados.

Para la realización de la planeación se debe de realizar la siguiente secuencia en cuatro pasos:

1.- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del paciente; se debe configurar tiempo, espacio, decidir quien la realizara la intervención y cuando, por qué y como. Pensando en que la intervención pueda realizarse con apoyo del personal de salud.

2.- Realizar objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que estos dependan del tiempo que se haya programado para ejecución, por lo general los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.

3.- Se deben desarrollar intervenciones de enfermería, las acciones deben ir encaminadas hacia la consecución de los objetivos. Están deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente. Es importante tomar en cuenta los recursos disponibles ya sean humanos o materiales.

4.- Documentación del plan. Finalmente, todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

Rosalinda Alfaro propone un guía de cómo determinar las órdenes de las enfermeras y los pasos a seguir: que continuación se mencionan:

- ❖ Realzar una determinación actual de la referencia de los signos y síntomas y factores de riesgo del problema.
- ❖ Controlar si hay órdenes médicas para intervenciones de enfermería relacionadas con el problema.
- ❖ Identifique formas de control de las complicaciones: ¿Qué controlara, con que frecuencia lo hará, con que frecuencia anotará los datos de la valoración?
- ❖ Identificar las intervenciones que previenen minimizan las causas subyacentes a factores de riesgo del problema y que ayuden a alcanzar los resultados deseados
- ❖ Si no puede hacer nada sobre la causa o por los factores de riesgo, decida si puede hacerse algo por el problema.
- ❖ Asegurarse de que las intervenciones sean congruentes con las otras terapias.
- ❖ Considere las referencias de la persona, individualice tanto como sea posible.
- ❖ Determine las razones científicas para las acciones planificadas.
- ❖ Crear oportunidades para la enseñanza.
- ❖ Consulte a otros profesionales cuando este indicado.
- ❖ Antes de prescribir cualquier acción: sopesa los riesgos y beneficios de realizarla.
- ❖ Decida si está dispuesta a responsabilizarse de las respuestas de las Intervenciones que prescribe.
- ❖ Escriba órdenes específicas: recuerde ver, hacer, enseñar, anotar.
- ❖ Se debe incluir en las órdenes de enfermeras.
- ❖ Fecha. El día que escribe la orden, Verbo., Acción que realizar
- ❖ Sujeto. Quien tiene que hacerlo.
- ❖ Frase descriptiva. Cómo, cuándo, dónde, frecuencia, cuanto tiempo o en que cantidad.
- ❖ Firma. Sea constante en su manera de firmar.¹³

¹³ Rosalinda Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2º ed. Doyma. Barcelona, 1992, pág. 15, 20.

Ejecución

Es dónde se pone en marcha el plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se efectuarán acciones de enfermería concretas para modificar factores que contribuyen al problema del cliente. En esa etapa del proceso el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo de salud, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de los miembros.

El profesional de enfermería ejecutará planes de cuidado en diversos ambientes de atención sanitaria, tales como hospitales, domicilios, escuelas, clínicas. Independientemente del marco de intervenciones, se utiliza el proceso enfermero para prestar atención a los pacientes.

La ejecución se lleva en tres etapas:

- ❖ Preparación,
- ❖ Intervención
- ❖ Documentación

La primera etapa de la fase de ejecución exige una preparación para comenzar las intervenciones de enfermería. En la preparación se debe realizar una revisión de las intervenciones de enfermería para asegurar que son compatibles con el plan de cuidados, realizar un análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias, que se tenga conocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería.

Un segundo momento es donde se pone en marcha la intervención de enfermería. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes.

Generalmente la ejecución de la atención de la enfermera a una de estas categorías:

Refuerzo de cualidades, ayudar en las actividades de la vida diaria, supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería, educación, prestación del cuidado para conseguir los objetivos del cliente, comunicación con otros miembros del equipo de enfermería.

Finalmente, en la etapa de documentación tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso.

Evaluación

Es la última fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las acciones de enfermería se han propuesto para resolver los problemas del paciente. Para evaluar se debe tomar en cuenta el diagnóstico y el objetivo. Se concederá evaluación al acto intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondientes han sido correctos. En este sentido y como objetivo de esta actividad, profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o se necesita revisión. Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.¹⁴

APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

Este modelo es aplicable en todas las etapas del Proceso de atención enfermero.

1.- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina.

- ❖ El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- ❖ Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- ❖ La interacción de unas necesidades contra otras.

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

¹⁴ Margarita Cárdenas Jiménez „Teorías y Modelos de Enfermería“ ENEO UNAM. México, 2006. pág. 143- 146

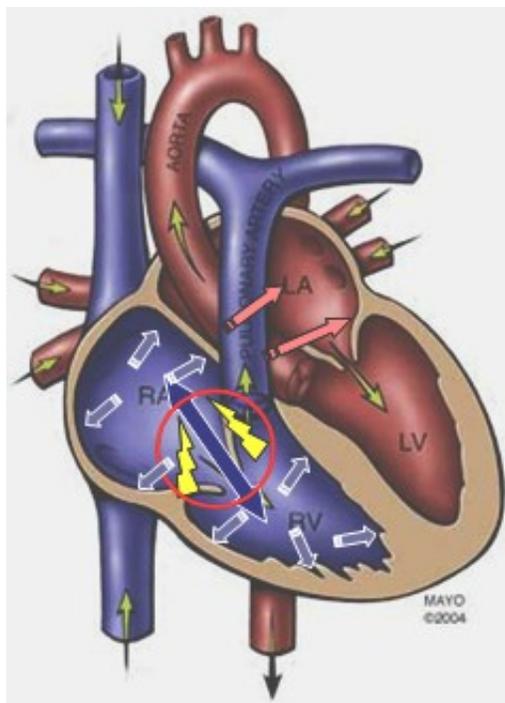
En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuada a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique el individuo- siempre que se posible- en su propio cuidado.

En la etapa de la evaluación ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que la meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápido posible. Ya que la filosofía de Henderson y el proceso de atención enfermero tiene una gran relación.

DAÑOS A LA SALUD

INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA

La insuficiencia (o regurgitación) tricuspídea aislada suele relacionarse con la anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide. Esta última puede darse sin cianosis o con grados variables de cianosis, según la gravedad de la insuficiencia tricuspídea y la presencia de una comunicación interauricular. Los niños mayores suelen presentar la forma cianótica, mientras que si se presenta en el periodo neonatal, la anomalía de Ebstein suele asociarse a cianosis grave. La regurgitación tricuspídea suele aparecer con disfunción ventricular derecha. Cuando el ventrículo derecho se dilata debido a sobrecargas de volumen, a la presencia de enfermedad miocárdica intrínseca o a ambas, el anillo tricuspídeo también aumenta de tamaño, con la consiguiente insuficiencia válvular.¹⁵



Fisiopatología. La anomalía de Ebstein consiste en el desplazamiento inferior de una válvula tricúspide anómala hacia

¹⁵Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman. Tratado de pediatría. 17ª. ed. Elsevier, Madrid, España, 2004 pág. 1534.

el ventrículo derecho. El defecto puede deberse al fallo en el procedimiento normal por el que la válvula tricúspide se separa del miocardio del ventrículo derecho. La cúspide de la válvula mantiene cierto grado de adherencia al anillo valvular, pero las otras valvas se adhieren al ventrículo derecho. De este modo, el ventrículo derecho se encuentra dividido en dos partes por la válvula tricúspide anómala: la primera, una zona de paredes delgadas atrializadas, se continúa con la cavidad de la aurícula derecha: la segunda zona, a menudo menor, está formada por miocardio ventricular anormal. La aurícula derecha es de gran tamaño y la válvula tricúspide suele ser regurgitante, aunque el grado de la insuficiencia es variable. El gasto efectivo del lado derecho del corazón se encuentra reducido debido al mal funcionamiento de un ventrículo derecho pequeño, a la insuficiencia tricuspídea y a grados variables de la obstrucción del ventrículo derecho producida por la gran valva anterior de la válvula tricúspide en forma de vela de barco

Manifestaciones Clínicas

La gravedad de los síntomas y el grado de cianosis son muy variables y dependen del grado de desplazamiento de la válvula tricúspide y de la gravedad de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. En muchos pacientes los síntomas son leves y no se produce hasta la adolescencia o los primeros años de la vida adulta; el paciente puede presentar cansancio o palpitaciones o palpitaciones debidas a la aparición de arritmias cardíacas. La presencia de un cortocircuito de derecha a izquierda a través del agujero oval da lugar a la cianosis. La presión venosa central puede estar normal o aumentada. Existe un soplo holosistólico provocado por la insuficiencia tricuspídea que puede escucharse en casi todo el hemitórax izquierdo. Es frecuente un ritmo de galope que se asocia a menudo con múltiples chasquidos en el borde intercostal derecho

Diagnóstico

El electrocardiograma puede mostrar bloqueo de rama derecha. Puede existir síndrome de Wolf-Parkinson White los pacientes pueden presentar episodios de taquicardia supraventricular. En la placa de tórax en estado normal y cardiomegalia masiva con forma de caja cuadrada debido al aumento de

tamaño de la aurícula y ventrículo derecho. El ecocardiograma muestra el grado de desplazamiento de la válvula tricúspide, una aurícula derecha dilatada y si existe alguna obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. El cateterismo cardiaco, registra las presiones muestras morfología auricular hasta cruzar el orificio tricuspídeo. El angiocardiograma con disparo en la aurícula derecha demuestra, el gran tamaño de esta cavidad y el desplazamiento del orificio tricuspídeo hacia el ápex ventricular derecho. Es importante mencionar que este procedimiento puede ser muy riesgo por la facilidad de provocar arritmias.¹⁶

Tratamiento

El tratamiento de los neonatos con hipoxia grave dependientes de prostaglandinas consiste en derivaciones aortopulmonares sin más o el cierre quirúrgico con un parche de la válvula tricúspide. Se puede realizar una cirugía de Glenn primero y después un Fontan. Los niños mayores con enfermedad leve o moderada es primordial el control de las arritmias supraventriculares se convierte en el objetivo principal. El tratamiento quirúrgico no ha dado todavía los resultados que otros padecimientos congénitos. Consiste en la plicatura longitudinal de la porción atrializada del ventrículo derecho, desinsectar e implantar las valvas anterior y posterior al anillo tricuspídeo y reforzar el anillo protésico¹⁷

¹⁶ RichardE.Behrman, Robert M.Kliegman. Nelson Tratado de pediatría. 17°. ed. Elsevier, Madrid, España, 2004 pág, 950

¹⁷ Fernando Guadalajara Boo. Cardiología. Ed. Méndez Editores. 6 ED. México, 2006 pág 1113

HIPERTENSION PULMONAR

Paul Wood describió en 1958 los efectos que producían el alto flujo y las altas presiones en el lecho vascular¹⁸. Desde entonces el cateterismo cardiaco ha llegado a ser una herramienta ampliamente usada en la evaluación de la resistencia vascular pulmonar (PVR) para determinar si el paciente es susceptible a cirugía cardiaca. La descripción de los cambios histopatológicos en el Síndrome de Eisenmenger ha cambiado sustancialmente desde los tiempos de Heath y Edwards; siendo ahora reconocidos como variable sin buena correlación con los datos de la cateterización o las respuestas clínicas a los medicamentos. La hipertensión pulmonar (HTP) se encuentra en una amplia variedad de condiciones que afectan los pacientes pediátricos y una comprensión de su etiología y manejo es relevante para muchas disciplinas de la pediatría, incluyendo la neonatología, broncopulmonar, cardiología y neurología. Un diagnóstico de HTP primaria o idiopática es muy raro en la infancia.

De las muchas causas secundarias las más comunes del periodo neonatal inmediato son la enfermedad pulmonar crónica y un gran shunt de izquierda a derecha secundario a un defecto septal atrioventricular ó ventricular (CIA-CIV respectivamente). HTP secundaria es ahora menos común con el advenimiento de la cirugía temprana, previniendo la enfermedad vascular pulmonar.

Sin embargo, hay renovado interés en el tema ahora que hay una amplia variedad de métodos de valoración con ecocardiografía y también resonancia nuclear magnética.

Normalmente, las resistencias pulmonares son muy altas, con engrosamientos de la capa media arteriolar en el pulmón colapsado del feto. La presión pulmonar normal se encuentra entre 18 y 25 mmhg la presión sistólica, 6 a 9 mmhg. la presión diastólica y 12 a 16 la presión media.

¹⁸Roberto Martínez y Martínez La Salud del Niño y del Adolescente. 4º ed. Manual Moderno, México, 2001.pág. 1246

Definición y Diagnóstico

Se denomina hipertensión arterial pulmonar a la elevación de las cifras de la presión pulmonar por arriba de 30 mmHg para la presión sistólica y 20 para la presión media. La hipertensión pulmonar puede ser causada por cualquier condición que constituya un obstáculo al vaciamiento de las venas pulmonares, ya sea por obstrucción mecánica (estenosis mitral, obstrucción de las venas pulmonares, etc.) o por hipertensión telediastólica del ventrículo izquierdo, insuficiencia ventricular izquierda.. Estas condiciones crean estasis venosa pulmonar, hipertensión venocapilar y elevación de la presión pulmonar

Causas de hipertensión pulmonar

Neonatos Hipertensión pulmonar persistente (idiopática) - Síndrome de Distress Respiratoria & Enfermedad pulmonar crónica, Infección por ejemplo estreptocócica, enfermedad Pulmonar. Hernia diafragmática congénita.

Cardiaco: Shunt derecha- Izquierda. Transposición grandes arterias, lesiones pulmonares obstructivas.

Adquiridas: Hipoxia crónica, fibrosis quística, alta altitud, enfermedad intersticial. Obstrucción aérea Hipertrofia, Estenosis traqueal.

La definición (Presión media arterial pulmonar > 25 mmHg en reposo ó 30 en ejercicio), no es útil en la práctica clínica dado que tiende a aplicarse más en adultos que en niños.

Además se utiliza la ecocardiografía más bien que cateterización cardiaca para realizar el diagnóstico inicial y por lo que se requiere tener criterios diagnósticos diferentes. Algunos han usado la presencia de un flujo de regurgitación de alta velocidad a través de la válvula tricúspide (> 2.8 m/s), pero esto no toma en cuenta la posible obstrucción al flujo de salida del ventrículo derecho.

La mayoría de los pediatras puede aceptar que la HTP ocurre cuando: la Presión arteria pulmonar sistólica (PAP) es mayor un 50% que la presión sistémica. Esto es usualmente derivado de la medición de la caída de presión a nivel de válvula tricúspide regurgitante o de doppler derivado de caída de presión a través de un defecto septal conocido tal como una comunicación interventricular.

Esta es una presión significativamente alta del ventrículo derecho y en ausencia de alguna obstrucción al tracto de salida del ventrículo derecho representa claramente hipertensión pulmonar.

Manifestaciones

Los signos clínicos de hipertensión pulmonar son variados. En general, los defectos septales más pequeños causan los ruidos más fuertes y es improbable que una CIV con soplo al examen tenga hipertensión pulmonar. Al nacer es común tener cianosis con hepatomegalía y a la auscultación un segundo ruido reforzado a nivel de foco pulmonar.¹⁹

A menudo visto como presentación de defectos septales grandes, especialmente canal aurículo ventricular en el síndrome de Down, pueden evolucionar rápidamente a insuficiencia cardiaca cuando la resistencia vascular pulmonar disminuye (presión = resistencia por flujo).

Antes del nacimiento la resistencia vascular pulmonar (RVP) es más alta que la resistencia vascular sistémica.

Por consiguiente el flujo ductal es hacia la circulación sistémica. Inmediatamente después de nacer, la RVP cae en un 50% luego de la primera respiración y continúa cayendo por los siguientes 3 meses. Esto comúnmente resulta en una caída de la presión pulmonar. Todos los niños con defecto septal amplio tendrán hipertensión pulmonar desde el nacimiento ya que las presiones en ambos ventrículos son equivalentes.

No hay shunt de izquierda a derecha hasta que la RVP cae en los primeros días de vida. Por tanto los recién nacidos con CIV grandes no tendrán soplo en el primer día de vida y no tendrán insuficiencia cardiaca hasta el final de la primera semana de vida.

Si el problema no es tratado, aquellos niños con amplio shunt postricuspidéico pueden complicarse de dificultad respiratoria, particularmente en el ejercicio y puede haber síncope inducido por ejercicio.

¹⁹ Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman. Nelson Tratado de pediatría. 17^o. ed. Elsevier, Madrid, España, 2004 pág, 1477.

La eco-cardiografía puede usarse para medir el flujo de regurgitación tricuspídeo como se mencionó previamente, deduciendo de este modo la presión sistólica de arteria pulmonar (PAP) y subsiguiente hipertensión, siempre que no haya obstrucción al tracto de salida del ventrículo derecho o estenosis pulmonar.

Una radiografía de tórax puede mostrar oligoemia pulmonar, puede haber hipertrofia de ventrículo derecho en el electrocardiograma y una PaO₂ baja al examen de gases arteriales. La regurgitación pulmonar puede usarse para determinar la presencia de hipertensión pulmonar diastólica.

La cateterización cardiaca, sin embargo, continúa siendo el gold standar del diagnóstico, dado que permite la medición exacta de la presión de arteria pulmonar (PAP) y RVP.

La cateterización también determina el grado de reversibilidad de HTP. Vasodilatadores como el óxido nítrico inhalado (NO) ó prostaciclina (PGI₂) pueden ser usados para reducir la RVP. Esto es particularmente importante en aquellos con shunt de izquierda a derecha para determinar si la PAP caerá en el postoperatorio.

Para medir RVP en el laboratorio de hemodinámica la medición exacta del consumo de oxígeno debe ser hecha usando un analizador paramagnético (Deltatrac) ó un espectrómetro de masa. Esto debe ser realizado en presencia de CO₂ normal/bajo y FiO₂ cercana a 35%. La respuesta a vasodilatadores pulmonares tales como NO ó PGI₂ puede entonces ser evaluada para determinar la conveniencia de la cirugía o para llegar a un pronóstico más seguro.

La angiografía puede ser peligrosa, pero debe hacerse un intento durante la cateterización para descartar estenosis de rama de arteria pulmonar o estenosis de venas pulmonares, ambas difíciles de excluir con una ecocardiografía sola. Una alternativa pudiera ser realizar MRI ó angioresonancia (MRA) cardíaca. La estenosis puede ser tratable por tratamiento quirúrgico ó por inserción de un stent en la cateterización cardíaca.

La imagenología con resonancia magnética ha añadido una dimensión más significativa para la investigación de HTP. No solo es posible determinar el flujo sanguíneo pulmonar con exactitud, sino también se puede visualizar detalles anatómicos mucho mejor que con la angiografía convencional.

Además, actualmente se dispone de técnicas más nuevas disponibles para medición de la de arteria pulmonar las cuales pueden superar a la angiografía en términos de seguridad de predicción de la respuesta a medicamentos o cirugía:

Factores de riesgo para desarrollar HAP

Shunt de izquierda a derecha

Los principales factores para desarrollar HAP son el tamaño del shunt y la presión sanguínea en la arteria pulmonar. Parece probable que el grado de shunt cause mayor estiramiento en la arteria pulmonar y esto incrementa el daño del endotelio y de las células de la musculatura lisa de la arteria pulmonar.

Sin embargo es claro que el tipo de defecto cardiaco y la saturación de O₂ en la sangre de la arteria pulmonar son también importantes.

Por ejemplo raramente un defecto septal auricular causa enfermedad vascular pulmonar. En efecto hay evidencias de que la presencia de síntomas en niños con CIA tipo ostium secundum sugiere la presencia de enfermedad vascular pulmonar por otras causas, tales como HTP idiopática, enfermedad pulmonar crónica o estenosis de venas pulmonares. Sin embargo, el 50% de las CIV grandes causa enfermedad vascular pulmonar a los 2 años de edad y la mayoría de los niños con transposición de las grandes arterias y CIV son inoperables a los 9 meses de vida.

Prevención y tratamiento de Hipertensión pulmonar

El avance más importante en la prevención de la morbimortalidad de los niños con cardiopatías congénitas y alta presión y flujo en arterias pulmonares, es la operación precoz para prevenir el desarrollo de la enfermedad vascular pulmonar. Históricamente la medida de RVP tenía que ser menos que 7 U.m², sin embargo, esto ha cambiado con la mejoría del cuidado intensivo y el uso de NO y otros vasodilatadores en el postoperatorio. Ciertamente, la incidencia de HTP postoperatoria es mucho menor que hace 20 años atrás.

Es esencial recordar que el cuidado básico del paciente en la unidad de cuidados intensivos es aún lo más importante con especial atención a una ventilación adecuada, y antibióticos apropiados. El establecimiento de buena mecánica de la vía aérea para optimizar la ventilación es esencial para mantener PAP a bajo niveles.

El mantener una presión media de vía aérea baja, si es necesario por ventilación de alta frecuencia, manteniendo el pH en límite alto del rango normal, manteniendo buena oxigenación y manteniendo bajo el CO₂ (pCO₂ 3-3.5kpa) ayudará a mantener la PAP dentro de los rangos normales o a reducirla si está aumentada. Bajo estas condiciones la efectividad de los vasodilatadores pulmonares será considerablemente mayor. También, el uso juicioso de sedación con fentanyl, el cual tiene actividad simpaticolítica adicional y de clonidino debiera actuar profilácticamente en contra de las crisis de hipertensión pulmonar.

Como el débito cardiaco aumenta se logra reclutar arterias pulmonares de baja resistencia. El aumento resultante en el área total seccional de flujo sanguíneo pulmonar reduce la RVP. Es importante, sin embargo, usar inótropos que no causen vasoconstricción pulmonar. La tendencia previa de usar dopamina lleva a una inapropiada actividad α (alfa) y vasoconstricción pulmonar. Es preferible usar inodilatadores ya que ellos mejoran el suministro de oxígeno al miocardio y causan vasodilatación pulmonar. Como son los nitratos, tales como nitroprusiato de sodio (SNP); inhibidores de fosfodiesterasa tales como enoximona, amrinona y milrinona o incluso dobutamina la cual actúa primariamente vía receptores β .

Si aún existe la necesidad de agentes farmacológicos adicionales, el óxido nítrico NO sería el próximo fármaco de elección.

Tiene la ventaja de ser administrado por vía inhalatoria y la dosis es fácilmente alterada. Un niño típico con HTP postoperatoria solo necesitará mantener una dosis baja de NO alrededor de 5 – 10 ppm.

Otro agentes que trabajan en la vía de NO incluyen a sildenafil, un inhibidor de fosfodiesterasa V. Si logramos mejorar la producción de NO endógeno lograremos mejor uso del NO exógeno. Así en las unidades de cuidados intensivos se logra disminuir los niveles de NO inspirado. Sildenafil tiene respuestas marcadamente subregulatorias por lo que es menos útil como

agente medicamentoso único a largo plazo pero su uso está aún siendo evaluado.

Actualmente hay varios otros medicamentos. El antagonista del doble receptor de endotelina Bosentan ha mostrado resultados promisorios en niños con HTP³⁷ y también parece ser seguro en adultos con síndrome de Eisenmenger pero su uso en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita y alto flujo pulmonar tiene aún que ser evaluado. No hay antagonistas del receptor de endotelina (ET-A) más nuevos que estén siendo estudiados.

La prostaciclina (PGI₂) tiene un mecanismo distinto, actúa directamente sobre la célula muscular lisa causando una reducción en la RVP por medio de un aumento del AMP cíclico. Sus efectos se suman a los del NO y puede ser útil cuando NO haya fallado u ocurra una resistencia a NO. Dado que se produce tolerancia al NO exógeno por medio de un feedback negativo sobre la producción de NO, la PGI₂ puede ser útil durante el destete de NO en una forma similar.

Desde que el uso de NO inhalado es más frecuente, la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como tratamiento de rescate en hipertensión pulmonar severa ha disminuido. Esta puede ser aún requerida si las medidas anteriores fallan, especialmente si hay hipertensión pulmonar severa, exacerbada por una enfermedad respiratoria en presencia de una cardiopatía congénita severa que requiere cirugía urgente.

Manejo de hipertensión pulmonar crónica

La Sociedad Británica de Cardiología ha publicado recientemente guías para el manejo a largo plazo de la hipertensión pulmonar en adultos y niños. Este documento enfatiza la necesidad de que tales pacientes sean manejados en unidades especializadas con experiencia en investigación y provisión de formas complejas de tratamiento.

La elección de la terapia está basada en los resultados de la prueba de vasodilatadores en cateterización cardiaca incluyendo terapias vasodilatadores orales con antagonistas del calcio (tales como nifedipino o diltiazem) o prostaciclina endovenosa. Todo los pacientes deben ser anticoagulados, idealmente con Warfarina y muchos responden al oxígeno domiciliario nocturno. En pacientes que sufren síncope recurrente la

septostomía auricular puede ser beneficiosa. Los pacientes cuya enfermedad es severamente sintomática y progresiva a pesar del óptimo tratamiento médico deben ser considerados para un trasplante pulmonar o corazón/pulmón. Sin embargo, en contraste a la supervivencia de aquellos con HAP primaria, la cual es solo cerca de tres años (sin medicamentos) la supervivencia con síndrome de Eisenmenger es mucho mayor.

Finalmente, aunque no es posible revertir la RVP elevada asociada con shunt amplios de izquierda a derecha no tratados, se espera que se encuentre un mecanismo para revertir el daño causado por la HTP en cardiopatías congénitas para permitir que los niños afectados sean sometidos a cirugía correctiva exitosa.

Puntos prácticos

La Hipertensión pulmonar primaria (HTP) es rara y a menudo de origen genético

La Hipertensión pulmonar secundaria es común y a menudo se debe a shunt de izquierda a derecha o enfermedad pulmonar crónica. CIV grande ó canal AV deben ser corregidos antes de los cuatro meses de edad para prevenir la enfermedad vascular pulmonar.

La investigación es multifacético y debe ser hecha por un grupo con equipamiento cardiaco y respiratorio.

La Ecocardiografía es la principal herramienta diagnóstica para HTP.

La cateterización cardiaca es el mejor estudio para medir resistencia vascular pulmonar con medición del consumo de oxígeno.

Nuevas terapias con antagonistas de endotelina oral o inhibidores de fosfodiesterasa están siendo promisorias para el tratamiento de enfermedad vascular pulmonar ya existente.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO

Definición

El conducto arterioso persistente (PDA) es un tipo congénito (presente en el nacimiento) problema cardiaco. Todos los bebés tienen un pequeño pasaje (llamado el conducto arterioso) que conecta la arteria pulmonar y la aorta, la cual está abierta al nacer.²⁰

La arteria pulmonar es un vaso sanguíneo que acarrea sangre del corazón a los pulmones. La aorta es un vaso sanguíneo que acarrea sangre del corazón al resto del cuerpo. Antes de nacer, el bebé obtiene su oxígeno de la madre, así que sus pulmones no están en uso. El conducto arterioso es un pasaje entre la arteria pulmonar y la aorta que permiten que la sangre en el bebé no entre a los pulmones y lleve oxígeno a los otros órganos.

En muchos bebés, los conductos arteriosos se cierran unas horas después de nacer. Esto es normal. Cuando el conducto arterioso permanece abierto (persistente), la sangre viaja en la dirección incorrecta entre la aorta y la arteria pulmonar. Esto le puede causar problemas al bebé y con frecuencia llamar atención médica o quirúrgica.²¹

Causas

La causa se desconoce en muchos casos. Sin embargo, en un número pequeño de casos, el PDA se puede ocasionar por la exposición a una infección viral, a drogas o a alcohol durante el embarazo. En algunos niños, la enfermedad cardiaca congénita, incluyendo los PDAs, pueden ser ocasionados por factores genéticos.

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es algo que incrementa su probabilidad de enfermarse o adquirir un padecimiento. Los bebés prematuros están en riesgo relativamente alto para el PDA, aunque un conducto persistente con frecuencia se cierra cuando el bebé madura. En muchos casos cuando se presenta en bebés en el término de la gestación no se conocen los factores de riesgo para el PDA.

²⁰ Fernando Guadalajara Boo. Cardiología. Ed. Méndez Editores. 6 ED. México, 2006 1036

²¹ . Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman. Nelson Tratado de pediatría. 17°. ed. Elsevier, Madrid, España, 2004 pág, 1520.

Síntomas

Los síntomas varían cuando el tamaño del conducto y la cantidad de sangre que circula a través de él. Si el conducto es pequeño, tal vez no haya síntomas.

Cuando se presentan los síntomas, éstos incluyen:

Respiraciones rápidas

Mucho trabajo para respirar

Sentirse cansado rápidamente

Pobre crecimiento

Infecciones respiratorias (por ejemplo; Resfriados) ocurren con más frecuencia

En algunos bebés, los síntomas tal vez no ocurran hasta unas semanas o meses después de nacidos. Aún cuando no haya síntomas, el bebé está en mayor riesgo de una infección seria llamada endocarditis.

Diagnóstico

Un PDA causa un soplo cardíaco porque la circulación de la sangre de la aorta a la arteria pulmonar. Este sonido característico se puede escuchar durante un examen físico. En bebés prematuros, el soplo cardíaco está acompañado por insuficiencia cardíaca - es suficiente para diagnosticar el PDA.

Una placa de rayos X del pecho muestra un corazón agrandado y un flujo extra de sangre del corazón hacia los pulmones. En niños más grandes, generalmente una placa de rayos X del pecho es normal. Un ecocardiograma se realiza para confirmar el diagnóstico. Utiliza ondas sonoras de alta frecuencia llamado ultrasonido para mostrar la circulación sanguínea a través del PDA.

Tratamiento

Si la insuficiencia cardíaca se puede manejar fácilmente en recién nacidos sintomáticos, habría tiempo extra de ver si el PDA cerrará por si solo. Se restringirá los líquidos un poco por dos o tres días para ayudar a que cierre. Si los síntomas son serios o no es posible que el PDA cierre por si mismo, se usa medicina o cirugía para cerrarlo.

La medicina, indometacina, ayuda a apretar el músculo en la pared del PDA de modo que lo cierre. Si esto no funciona, se realizará cirugía para cerrarlo.²²

Si se presenta un PDA después del periodo del nacimiento, generalmente no cerrará por si mismo o con indometacina. Se requerirá de cirugía para prevenir complicaciones.

En niños grandes, se pueden usar pequeñas espirales en el lugar de la cirugía para cerrar un PDA.

Los espirales se colocan en el PDA durante la cateterización cardiaca, un proceso en el cual se inserta un pequeño tubo hueco en el corazón a través de una vena grande. Los espirales pasan a través del tubo, se colocan directamente en el conducto arterioso y entonces se expanden para bloquear el flujo de la sangre.

La cirugía y la implantación del espiral son igualmente seguros, aunque el riesgo de complicación aumenta si la insuficiencia cardiaca asociada es muy severa.

²² Roberto Martínez y Martínez. La Salud del Niño y del Adolescente. 4º ed. Manual Moderno, México 2001. pág. 1246

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgan individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe de hacer porque está bien, por lo tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

El objetivo de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objetivo formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto se considerado bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

Pero por que es importante la ética para las enfermeras, la enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en la relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad a sus compañeros. En la realización del estudio de caso se respeto la individualidad de la paciente y de sus familiares.

- ❖ **Beneficencia y no maleficencia** es la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.
- ❖ **La justicia** es la atención de la enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es el valor que te 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 hay que tomar en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

Con este principio se reconoce el deber respetar la libertad individual que cada persona tiene para determinar sus propias acciones.

Es por esto que se solicita a los familiares el consentimiento informado, para poder realizar el caso clínico y poderlo presentar ante el grupo. Es decisión de los padres firmar el consentimiento informado.

- ❖ **Valor fundamental de la vida humana.-** Es un principio que 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 está bajo la propia responsabilidad y control.

- ❖ **Privacidad.-** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo²³.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un documento médico legal, que surge como una necesidad al derecho de los pacientes de ser informados sobre la terapéutica a tomar sobre su enfermedad.

Surge con los derechos de los pacientes. Se debe realizar el consentimiento informado al ingresar a hospitalización, cuando se realizan intervenciones quirúrgicas. Si el paciente no está en facultades de firmar el documento, o es menor de edad, requieren de una persona que sea responsable durante su hospitalización. EL médico debe de informar sobre los beneficios y las complicaciones que tendrá el procedimiento a realizar.

²³ Secretaría de Salud Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. México, DF. 2001
pág. 12,13

Cuando se dio inicio la elección del estudio de caso en el Instituto Nacional de Pediatría. El departamento de enfermería cuenta con un formato de consentimiento informado para la realización del estudio de caso para especialidad, se le explica a la mamá sobre el seguimiento que se realizaría a la paciente y si esta de acuerdo. Después se solicitó que firmara el documento.

LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON OTRAS PERSONAS

Artículo segundo: Respetar la vida, de los derechos humanos y por conseguir el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informados.

Artículo tercero: Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y proporcionar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo,- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgo, mantener un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.²⁴

La ética es una ciencia normativa. Es una orientación que ayuda a vivir la vida. En la profesión de enfermería se debe de tener en cuenta los derechos de los pacientes y el principio de autonomía, donde se debe de evitar hacer daño y respetar la integridad de los individuos.

²⁴ Secretaría de Salud. Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. México, DF. 2001. pág 15, 16

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

PRINCIPIO 1. Establece que los derechos enunciados en la Declaración serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna.

PRINCIPIO 2. Prevé que el niño gozará de protección especial y podrá disponer de las oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse en forma sana y normal, en condiciones de libertad y dignidad a fin de crecer no sólo física, sino también mental, moral y socialmente.

PRINCIPIO 3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

PRINCIPIO 4. El niño tiene derecho a disfrutar de los beneficios de la Seguridad Social, por lo tanto de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados. Los cuidados especiales que se le brinden al menor y a su madre, deben garantizarse desde antes de su nacimiento.

PRINCIPIO 5. Los niños con alguna enfermedad o discapacidad física o mental, deben recibir tratamiento, educación y cuidados especializados. Pueden aprender muchas cosas si se les dedica atención y cuidados adecuados.

PRINCIPIO 6. Los niños, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesitan de amor y comprensión. Siempre que sea posible deberán crecer bajo el cuidado y responsabilidad de sus padres; salvo casos excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y autoridades, tienen la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.

PRINCIPIO 7. El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le debe dar una educación que favorezca su cultura general y le permita desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, para llegar a ser un miembro útil a la sociedad. El niño debe disfrutar de juegos y recreaciones.

PRINCIPIO 8. Los niños deben ser los primeros en recibir protección y socorro.

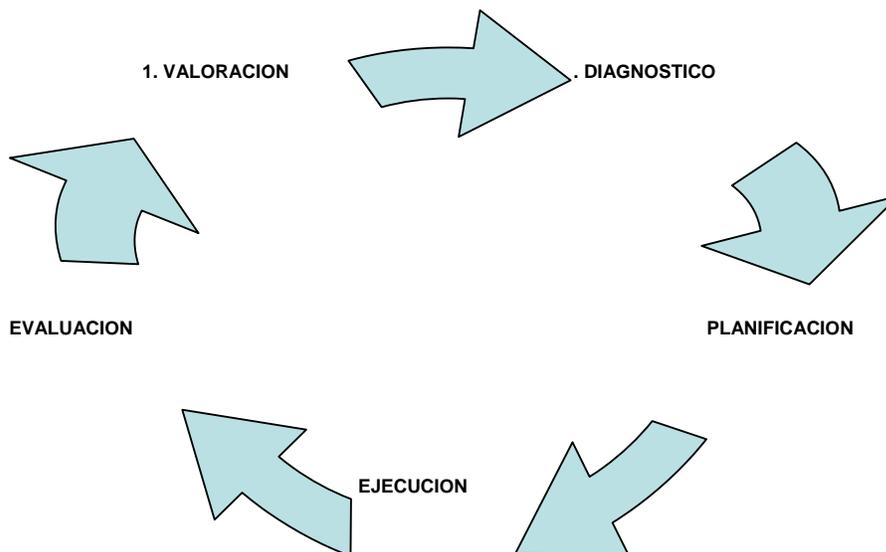
PRINCIPIO 9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada y, en ningún caso se le permitirá que se dedique a alguna ocupación o empleo que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

PRINCIPIO 10. El niño debe ser protegido contra las prácticas discriminatorias. Si alguno es diferente al resto de los demás porque habla otro idioma, tiene otros gustos, otras costumbres, otras ideas, otra religión o viene de otro pueblo, no debe hacerse sentir inferior o extraño, tiene los mismos derechos que los demás. Cualquiera que sea el color de la piel, de sus ojos o de su cabello, tiene derecho a ser respetado. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes²⁵

²⁵ UNICEF. Convención sobre los Derechos de los niños En internet [www. google.com.mx](http://www.google.com.mx)

METODOLOGÍA

El estudio de caso que se presenta fue seleccionado un paciente en el INP, en el servicio de infectología, una paciente con larga estancia hospitalaria, con el diagnóstico de cardiopatía congénita acianogena. Se realizó empatía con la paciente y después se le notifica a la mamá de Guadalupe y de la firma del consentimiento informado. Se realizó una valoración, utilizando un instrumento de valoración de enfermería, basado en el modelo de las 14 necesidades de 0 a 5 años. Se realizó una exploración generalizada, cefalo, pedial. Después se continuo con la recopilación de datos de manera indirecta, con la revisión del expediente clínico, la entrevista con la mamá de la paciente, y también se reviso la literatura en busca de artículos relacionados con la patología. La segunda etapa consistió en detectar las necesidades alteradas de Guadalupe, se formularon diagnósticos de enfermería mediante el formato PES, y se plantearon objetivos, para que después hacer la planeación de las actividades a realizar. Además se hizo seguimiento de Guadalupe, durante tres visitas más y se dio capacitación al su mamá, sobre los cuidados que tendría en casa. Se realizó la ejecución de plan de cuidados y al final se realiza una valoración de la paciente. Se da seguimiento a la paciente, realizando un plan de alta, con lo cual es necesario dar educación sobre los cuidados en casa a la mamá de la niña. Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones hacia un resultado en particular. Para la realización del estudio de caso se llevaron a cabo las diferentes etapas del proceso enfermero, en donde la enfermera y la persona están entrelazadas.



VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Exploración física

Nombre: María G
Edad: 1 año tres meses
Peso: 5600 kg.
Talla: 70 cm.
PA. 32 cm.
PC 46cm.
Presión arterial: 95/ 70
Frecuencia cardiaca 130
Frecuencia respiratoria: 39
Temperatura: 37° c

Exploración General

Lactante menor de 1/3 meses de edad, se encuentra reactiva, con palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas. Cabello delgado, se observa abundante caída. Aleteo nasal, polipnea, cianosis diastal, retracción xifoidea.

Con sonda nasogástrica cerrada.

Cánula de traqueotomía, con salida de secreciones amarillas espesas, con oxígeno a tres litros por minuto. Se auscultan campos pulmonares con estertores bilaterales, e hipoventilado en región apical derecha.

Se observa con espasticidad generalizada, con férula en miembro superior derecho. (para que la mano no se encuentre doblada todo el día) Se auscultan ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen blando depresible se auscultan ruidos peristálticos Se palpa hígado 4cm por debajo del borde intercostal derecho.

Genitales de acuerdo a la edad, no hay lesiones, ni salida de secreción.

Miembros pélvicos sin compromiso hemodinámico. Con múltiples punciones en ambos miembros inferiores y superiores. La piel se observa con resequedad
Neurológico: Reactiva, muy irritable al manejo, con espasticidad generalizada, es difícil poder realizar una valoración neurológica a Guadalupe.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

Oxigenación

Dependencia: polipnea, aleteo nasal, cánula traqueal, estertores bilaterales, basales, oxígeno 3 litros por minuto. FR 49, frecuencia cardiaca de 130, cianosis distal.

Independencia

Ninguno

Necesidad de Nutrición e hidratación.

Dependencia: deshidratación de mucosas orales y piel seca, sonda orogástrica, y desnutrición.

Independencia: Ninguno

Necesidad de Eliminación

Dependencia: Uso de diuréticos y falta de movimiento.

Independencia: Micción de 1mil/Kg./hora, es amarilla clara, presenta dos evacuaciones al día.

Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Dependencia: Espasticidad generalizada, falta de movimiento, férula en miembro superior derecho.

Independencia: Ninguno

Necesidad de descanso y sueño

Dependencia: Periodos prolongados de vigilia, irritabilidad, falta de movimiento, abundantes secreciones

Independencia: Ninguno

Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Dependencia: Ninguno

Independencia: Tiene la ropa adecuada y es cómoda, temperatura de 37°C

Necesidad de termorregulación

Dependencia: Ninguno

Independencia: Temperatura axilar de 37°C

Necesidad de Higiene y protección de la piel

Dependencia: Se observan multipuncionados miembros superiores e inferiores, piel seca, traqueotomía, falta de movimientos, espasticidad y desnutrición.

Independencia: Piel limpia

Necesidad de Evitar peligros

Dependencia: Es vulnerable a cualquier riesgo ya sea infeccioso. No tiene la capacidad de pedir ayuda, falta de interés por parte de la madre, edad, medio hospitalario.

Independencia: Ninguno

Necesidad de comunicarse

Dependencia: Retraso en el desarrollo y crecimiento, alteración en los órganos de los sentidos.

Independencia: Ninguno

Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Dependencia: La mamá es la que decide sobre los aspectos religiosos. Esta bautizada y es católica

Independencia: Ninguno

Necesidad de Trabajar y realizarse

Dependencia: Falta de movimiento, retraso psicomotor, edad y falta de interés por parte de la mamá.

Independencia: Ninguno

Necesidad de Jugar/ Participar en actividades recreativas

Dependencia: retraso psicomotor, irritabilidad, traqueotomía.

Independencia: Ninguno

Necesidad de aprendizaje

Dependencia: Las condiciones de salud de la paciente y el retraso psicomotor impiden que la paciente puede realizar actividades de aprendizaje.

Independencia: Ninguno

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Necesidad	Independiente	Dependiente	Causas de dificultad			La dificultad interactúa/c Necesidad
			FC	FV	FF	
Oxigenación		5		X		X
Alimentación		5		X		X
Movilidad		5		X		X
Reposo y sueño		5		X		X
Seguridad		5		X		X
Comunicación		5		X		X
Aprendizaje y Recreación		5		X		X

Fuente: Flor Sosa Moreno

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.-Alteración en la necesidad de oxigenación r/c hiperflujo pulmonar m/p abundantes secreciones espesas por traqueotomía, polipnea, aleteo nasal y estertores bilaterales diseminados, frecuencia respiratoria de 39, frecuencia cardiaca de 130 latidos minuto

2.-Nutricion alterada menor a los requerimientos, relacionado incapacidad para deglutir y masticar /manifestado por bajo peso 5600 Kg y talla de 70 cm., piel seca, caída de cabello

3.-Deterioro de la movilidad física/ r/c lesión neurológica m/p espasticidad generalizada, falta de movimientos voluntarios.

4-Alteracion del reposo y sueño r/c acumulación de secreciones bronquiales, procedimientos invasivos y no invasivos m/p irritabilidad y periodos de vigilia prolongados.

5.- Riesgo potencial de infección/ relacionado con acceso venoso central por femoral derecha.

6.- Alteración en la integridad cutánea/ relacionado con estoma: traqueotomía m/p resequedad y enrojecimiento en cuello

7.- Alteración del estado metabólico/ relacionado con ayuno (para la instalación de sonda de gastrostomia) m/p glicemia de 40mg/d, diaforesis, piel fría.

8.-Alteración en la necesidad de aprendizaje r/c el poco interés de la madre, para aprender los cuidados que se realizaran en casa m/p tristeza, cansancio.

PLANEACION

Servicio Infectología

Necesidad de Oxigenación

Diagnostico de enfermería

Fecha 27/09/2007

1. Alteración de la necesidad de oxigenación/relacionado con hiperflujo pulmonar manifestado por cánula de traqueotomía; abundantes secreciones espesas, polipnea, aleteo nasal y estertores bilaterales diseminados, frecuencia cardiaca de 130 latidos minuto, frecuencia respiratoria de 39.

Grado de dependencia 5

Objetivo: Mejorar la mecánica ventilatoria y la ansiedad del paciente, durante el turno matutino.

Acciones de enfermería

1. Lavado de manos. Se debe realizar antes de tocar a la paciente y antes y después de realizar un procedimiento

Fundamentación

Lavado de manos; ayuda a reducir la transmisión de microorganismos. Elimina la flora transitoria de las manos, disminuye la contaminación y disminuye la propagación de microorganismos patógenos a otros pacientes .Lo debe realizar todo el personal que manipule a la paciente antes y después de realizarle un procedimiento.²⁶

2.- Auscultación de campos pulmonares- Independiente

Se debe realizar por todo el personal de enfermería que realiza la valoración del paciente

²⁶Calorina Ortega Manual de procedimientos del servicio de calidad en enfermería. 1ed. Ed. Panamericana México 2006. pág.35

Fundamento.

La auscultación de los campos pulmonares permite realizar una valoración de la mecánica ventilatoria y permite revalorar después de la aspiración de secreciones la efectividad de la intervención.²⁷

3.-Aplicación de oxígeno- interdependiente

Se debe aplicar oxígeno húmedo a tres litros por minuto o nebulizador al 40%, el cual tiene que ser continuo.

Aplicación de oxígeno húmedo

Fundamento

El objetivo principal de la aplicación de oxígeno es corregir la hipoxia celular. El aporte de oxígeno suplementario al paciente consigue: disminuir el metabolismo anaerobio, mejorar las funciones cerebrales, disminuir la arritmogénesis, reduce la hipertensión pulmonar y mejora la función del ventrículo derecho. El oxígeno húmedo y caliente es menos irritante para la vía aérea y la termolabilidad del niño hace que la administración de gas frío pueda conducir a su organismo a hipotermia.²⁸

4.- Drenaje postural y percusión y vibración-

Intervención - independiente.

Debe ser realizado por el personal de enfermería que se encuentre a cargo del paciente, durante 5 minutos, cuando sea necesario y es importante recordar no pasar la percusión por la columna vertebral.

Fundamento

El drenaje postural se realiza colocando al paciente en un serie de posiciones que facilitan el drenaje gravitacional desde los segmentos pulmonares periféricos más pequeños hacia las vías aéreas centrales de mayor tamaño, donde las secreciones se pueden expulsar mediante la tos o se pueden aspirar. Las maniobras de percusión y vibración se utilizan como auxiliares del drenaje

²⁷ José Herrera Carranza, Iniciación a la ventilación mecánica puntos clave. Ed. Interamericana. 2 ed. Barcelona España, 2001. pág 113, 114.

²⁸ Id.

postural. La percusión torácica consiste en golpear suavemente la pared torácica, sobre las áreas pulmonares afectadas con las manos huecas²⁹

5.- Aspiración de secreciones

Intervención - independiente

Lo realiza la enfermera que este a cargo del paciente en colaboración con otro personal de salud, otra enfermera, médico, inaloterapista. Se debe realizar las veces que sea necesario.

Fundamento

Es una técnica que se utiliza para retirar las secreciones del paciente y poder mantener una vía permeable. Los principios de la aspiración de secreciones incluyen, hidratación sistémica y humidificación del aire inspirado. Debe ser una aspiración generosa por un periodo corto de tiempo, ya que esto disminuirá lo posibilidad de que el paciente presente hipoxia³⁰

6.- Auscultación de campos pulmonares y valoración

Intervención- independiente

Lo debe realizar después de terminar de aspirar al paciente para valorar los campos pulmonares y ver la efectividad de la aspiración de secreciones, siempre se debe hacer después de cada aspiración

Evaluación: Se aspiran abundante cantidad de secreciones amarillas espesas, disminuye la agitación de Guadalupe y se auscultación campos pulmonares; disminuyen los estertores bilaterales, con adecuada entrada y salida de aire.

Grado de dependencia

El rol de la enfermera - suplencia

²⁹ Maribel Wooldridge. Terapia intensiva. Ed., Panamericana, 2 ed. Madrid, España 1995. pág

³⁰ Id.

PLANEACIÓN

Diagnóstico de enfermería

2.-. Nutrición alterada menor a los requerimientos, relacionado con incapacidad para deglutir y masticar /manifestado por bajo peso 5600 Kg y talla de 70 cm., piel seca, caída de cabello

Grado de dependencia 5

Objetivo: *Mejorar el estado de hidratación de Guadalupe durante su estancia hospitalaria, y evitar que pierda peso.*

Acciones de enfermería

1.- Vigilar la permeabilidad de la sonda nasogástrica y ubicación

Intervención- Independiente

Fundamento

Se debe aspirar el contenido gástrico con una jeringa o se puede inyectar aire y auscultar con un estetoscopio ubicado sobre el bulbo gástrico. Se debe auscultar un rápido bolo de aire en el estomago ya que es un órgano hueco. La posición incorrecta de la sonda incrementa el riesgo de aspiración.³¹

2.-Medir perímetro abdominal antes y después de la toma de leche –
intervención- Independiente

Fundamento:

Vigilar la aparición de distensión abdominal, es sugestivo de mala absorción de la dieta. Los signos de distensión gástrica son (vómito, náuseas y ruidos intestinales hipo activos o ausentes). Ya que la acumulación de secreciones y el aire en el estomago incrementan el riesgo de aspiración.³²

3.-Colocar a Guadalupe en posición semi-Fowler

Intervención- Independiente

³¹ Maribel Wooldridge. Terapia intensiva. Ed., Panamericana, 2 ed. Madrid, España 1995. pág

70

³² Id.

Fundamento:

Mejora el paso del alimento por gravedad y disminuye la presión en la cavidad gástrica y disminuye el riesgo de regurgitación gástrica.

4.- Ministrarse la leche sin lactosa 60 ml cada 4 horas

Intervención- Interdependiente

Fundamento:

La ministración de la leche ayudara a la paciente a ingerir líquidos, carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, las cuales aportan las calorías suficientes para mantener la integridad celular. Esto evita periodos largos de ayuno y previene la aparición de hipoglucemia.³³

4.- Monitorizar peso diario, por la mañana en ayuno, con báscula portátil

Intervención -Independiente

Fundamento:

El peso diario, de ser realizado en la mañana y en ayuno, de esta manera es el mejor balance hídrico y además no ayuda a vigilar si hay aumento de peso del paciente, aunque el aumento de peso es valorado al menos en un mes.

Evaluación:

Guadalupe no aumento de peso, pero mejoro en las características de la piel, se observa mejor hidratada y no presento hipoglucemia. No se distendió el abdomen, ni presenta diarrea.

Grado de dependencia 5

Rol de la enfermera – Suplencia

³³ Susana Rosales. Fundamentos de Enfermería Ed. Manual Moderno México 1991. pág. 220

Diagnóstico de enfermería

3. Deterioro de la movilidad física/ relacionado con lesión neurológica/
manifestado con espasticidad generalizada, falta de movimientos voluntarios.

Grado de dependencia 5

Objetivo: *Mejorar la postura de Guadalupe y evitar úlceras por presión durante su estancia hospitalaria*

Acciones de enfermería

1.-Realizar una exploración generalizada de la piel de Guadalupe

Intervención- Independiente

Fundamento:

La inspección total de la superficie corporal del paciente, en particular las prominencias óseas como el sacro, el cóccix, los talones, el occipucio, para detectar cambios en la coloración, úlceras por presión previas, y otros deterioros de la integridad de la piel como fisuras, erupciones o abrasiones. Ya que las prominencias óseas son el sitio frecuente donde se desarrollan las úlceras por presión.³⁴

2.-Vigilar el estado nutricional del paciente

Intervención -Independiente

Fundamento:

Los parámetros nutricionales están relacionados con el mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión incluyen la pérdida de peso no intencional y la desnutrición.

³⁴ Calorina Ortega Manual de procedimientos del servicio de calidad en enfermería. 1ed. Ed. Panamericana México 2006. pág. 80

3.- Establecer un plan de cambios de posición y de peso. Los cambios de posición importantes de 30 grados o más, deben de efectuarse por lo menos cada dos horas.

Intervención- Independiente

Fundamento:

La presión capilar oscila entre 6- 12 mmHg. Cuando es superior a 32 mmHg ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos y provoca hipoxia, hasta necrosis de los mismos³⁵.

Las úlceras por presión se desarrollaran como consecuencia de la presión elevada en un corto tiempo o de presión baja durante periodos prolongados. La isquemia puede desarrollarse en 30 minutos en pacientes gravemente comprometidos.

4. Elegir un dispositivo para alivio de la presión, como almohadas y realizar cambios de posición cada dos horas, durante el día

Intervención - Independiente

Fundamento:

La presión de cierre capilar es de 25 a 32 mmHg, los dispositivos para reducir la presión deben disminuir la presión por debajo de este nivel.³⁶

5.- Controlar la incontinencia urinaria o fecal o ambas anticipando y realizando el retiro de las excretas oportunamente.

Intervención - Independiente

Fundamento: Protege la piel y evita la maceración y contaminación bacteriana.

6.- Lubricación de la piel dos veces por turno

Independiente - Independiente

Rol de la enfermera - suplencia

³⁵ Maribel Wooldridge. Terapia intensiva. Ed., Panamericana, 2 ed. Madrid, España 1995. pág 70

³⁶ Id

Fundamento:

La lubricación ayudara a mantener la integridad de la piel y evitara la resequedad que hace que la piel sea más susceptible para que la piel se lesione.³⁷ .

Evaluación:

Se logra realizar alineación del cuerpo de Guadalupe y no se observan úlceras por presión durante su estancia hospitalaria. La piel se mantiene hidratada y no tiene lesiones en región perianal

Grado de dependencia 5

Rol de la enfermera - Suplencia

Ejecución

Diagnóstico de enfermería

Fecha 27/09/ 2007

Servicio infectología

4 .Alteración del reposo y sueño/ relacionado con acumulación de secreciones y la constante aspiración de las mismas/ manifestado por irritabilidad y periodos prolongados de vigilia

Grado de dependencia 5

Objetivo: *Disminuir la irritabilidad de Guadalupe y prolongar su tiempo de sueño durante el turno matutino*

Acciones de enfermería

1. Mantener la vía aérea libre de secreciones

Intervención -Independiente

Fundamento:

Esto lograra que Guadalupe este tranquila y pueda dormir, es importante, mencionar la importancia del sueño: es un estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza

³⁷ Susana Rosales 1991. Op cit, pág. 220

por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos³⁸.

2.- Colocar a la paciente en posición cómoda –
Intervención -Independiente

Fundamento:

Colocar a la niña en una posición cómoda, para disminuir su ansiedad y de esta manera pueda conciliar el sueño. La alineación del cuerpo con rollos y mantas previene la contractura muscular, causada una posición incorrecta.³⁹

3.- Mantener caliente a Guadalupe y vigilar que el pañal no se encuentre mojado.

Intervención – Independiente

Fundamento:

Mantener la tempera adecuada hará que la niña se sienta más tranquila y tenga seguridad, que el pañal se encuentre seco, le permite estar cómoda y caliente.⁴⁰

3. Rodear a la niña de un ambiente tranquilo controlando el número de visitas, así como las interrupciones no necesarias por parte del personal del hospital.

Intervención -Independiente

Fundamento:

La reducción de los estímulos externos facilita el reposo y estimula la recuperación y el sueño.

Evaluación:

Se logra que se mantenga arropada limpia y seca y de esta manera logra tener periodos de sueño más prolongados.

Grado de dependencia 5

³⁸ Hall Guyton. Fisiología y fisiopatología ed. Interamericana 6°.México 1998. p.448

³⁹ Susana Rosales. Op. cit p.176

⁴⁰ Id.

Rol de la enfermera - suplencia

Diagnóstico de enfermería

6.- Deterioro de la integridad cutánea/ relacionado con estoma: traqueotomía / manifestado por resequedad y enrojecimiento en el sitio del estoma

Grado de dependencia 5

Objetivo: Mantener los estomas bien hidratados y libres de lesiones por humedad y funcionales.

Acciones de enfermería

1.-Mantener limpios los estoma y libres de humedad

Intervención -Independiente

Fundamento.

Una recolección rápida y eficiente de las excretas, controla el olor, protegerá la piel circundante, facilitará la restitución de líquidos. El cuidado de los estomas es un procedimiento limpio, que sólo requiere de guantes para cumplir con precauciones universales. El evitar la humedad reduce el riesgo de que se produzcan granulomas.⁴¹ .

2.-Mantener fija la cánula de la traqueotomía

Intervención - Independiente

Fundamento:

Al estar bien fijadas las sondas evitan la fricción con la mucosa y esto reduce el riesgo de producir irritación y edema y ocasionar un granuloma, y evita la salida de la sonda de manera accidental.⁴²

3.- Evaluar el sitio de colocación del estoma – Independiente

La enfermera que este a cargo del paciente cuando se realice la curación.

Intervención – Independiente

⁴¹Maribel. Wooldridge. Op. cit. p 99

⁴² Carolina Ortega. Op.cit. 79

Valoración focalizada

Del análisis de la valoración focalizada se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería; de los cuales ya se había implementado el plan de intervenciones por lo que sólo se mencionan los cuidados que se agregan a la evaluación de este día

Oxigenación: Campos pulmonares con estertores bilaterales, con oxígeno a tres litros por minuto. Se encuentra normotensa, sin fiebre.

Catéter bilumén en femoral derecha, permeable a soluciones calculadas.

Servicio de infectología

Diagnóstico de enfermería

5/11/2007

5. Riesgo potencial de infección/ relacionado con acceso venoso central en femoral derecha.

Grado de dependencia 5

Objetivo: *Evitar la infección del sitio de punción y evitar el riesgo de infección por vía hematogena.*

Acciones de enfermería

2. Valorar el sitio de punción del catéter, que se encuentre bien cubierto, que no tenga datos de sangrado, que no se encuentre húmedo el oposito, lo debe realizar la enfermera que este a cargo de Guadalupe

Intervención - Independiente

Fundamento:

Valorar el sitio de punción le permite a la enfermera ver si no hay eritema, líquido purulento o hemático y de esta manera darle una secuencia al sitio de punción, ya que es una región que tiene alto riesgo de infectarse.⁴³

3. Realizar la curación del sitio de punción, cuando el parche se encuentre despegado o la gasa se encuentre húmeda.

Intervención - Independiente

⁴³ Id

Fundamento:

El retirar los restos del sitio de punción con un solución antiséptica y dejar seca el área, ayuda a disminuir el número de microorganismos de la piel y reduce el riesgo de infecciones. Lo menos que se manipule el catéter reduce el riesgo de infección.⁴⁴

4. Anotar las características del sitio de punción del catéter, lo debe de hacer la enfermera que observo el sitio de punción.

Intervención - Independiente

Fundamento:

Permite dar seguimiento sobre las condiciones del sitio de punción y permite valorar cuando se registraron complicaciones del mismo.

Evaluación.

Se observa el sitio de punción limpio y seco y se retira sin complicaciones. No presenta fiebre, ni datos de infección.

Grado de dependencia 5

Rol de la enfermera - Suplencia

Ejecución

Planeación

Diagnóstico de enfermería

8.-Alteración en la necesidad de aprendizaje /relacionado con cansancio y tristeza del cuidados primario (mamá) manifestado con el poco interés de la madre sobre Guadalupe, la poca disponibilidad de la señora para aprender los cuidados que se realizaran en casa

Objetivo: *Motivar a la señora para que realice adecuadamente los procedimientos a Guadalupe.*

⁴⁴ ORTEGA. Calorina Manual de procedimientos del servicio de calidad en enfermería. 1ed. Ed. Panamericana México 2006. p197.

Acciones de enfermería

1. Valorar qué grado de información tienen la mamá acerca del régimen terapéutico indicado –

Intervención -Independiente

Fundamento:

Es un punto de partida para poder explicar el proceso de los cuidados a la señora

2. Explicar a la señora todos los procedimientos que se llevaran a cabo, en términos comprensibles para ella.

Intervención – Independiente

Fundamentación:

Puede disminuir la ansiedad debida a la falta de información y a la mala interpretación si se proporciono explicaciones durante su hospitalización.

3. Explicar los signos y síntomas que sugieran infección y datos de alarma, y dificultad respiratoria como son: fiebre, respiraciones rápidas, secreción verdosa en los estomas, que se ponga morada la niña. Que se no pase la leche por la sonda.

Intervenciones –Independiente

Fundamento:

La información permite a los padres saber en que momento necesitan atención y asistencia médica.

4.- Se le pide a la señora que permanezca el turno completo durante la mañana para que ella, le realice todos los procedimientos a Guadalupe durante el turno.

Como son: aspiración de secreciones, alimentación, curación de estomas y cambios de posición.

Intervención – Independiente

Fundamento:

Es una manera de realizar una valoración sobre los cuidados que realiza la señora y poder corregir las posibles fallas.

Evaluación:

El servicio de clínica de heridas le dio indicaciones a la señora, y realiza bien los procedimientos, durante la aspiración de secreciones sólo se le indico que, tenía que rotar la sonda y que no prolonga el tiempo de la aspiración a más de 10 segundos y la importancia del lavado de manos.

Planeación

Valoración focalizada

fecha 05/11/2010

Servicio infectología

Diagnóstico de enfermería

7.- Alteración del estado metabólico/ relacionado con ayuno, para la instalación de sonda de gastrostomía/ manifestado por glicemia de 40mg/d, diaforesis, piel fría.

Objetivo: *Mantener los niveles de glucosa en sangre durante el ayuno*

Acciones de enfermería

1. Registrar la glucometría de 40mg/dl y notificar al médico la cifra y aplicar la glucosa al 10% indicada.

Intervención – Interdependiente

Fundamento.

La hipoglucemia es un descenso de los niveles de glucosa en sangre por debajo de 40mg/dl a cualquier edad sin embargo el rango anterior no es estricto y debe situarse en el contexto clínico del paciente. La glucosa al 10% es un aporte suficiente de glucosa que ayuda a corregir la hipoglucemia de forma rápida.⁴⁵

⁴⁵ Roberto Martínez y Martínez. La Salud del Niño y del Adolescente.4º ed. Manual Moderno, México 2001.p 66

2.-Vigilar estado de consciencia,
Intervención - independiente

Fundamento

Es importante mencionar que la glucosa es la principal fuente de energía en la etapa fetal y neonatal: es un sustrato que se transforma en glucosa-6- fosfato, compuesto clave para el metabolismo y si hay falta de esta se pueden presentar alteraciones como: letárgica, dificultad respiratoria, hipotonía, sudoración, irritabilidad y para cardíaco.⁴⁶

3.- Tomar en 30 minutos nueva glicemia capilar
Intervención – Independiente

Fundamento

Se debe realizar una nueva glucometría para valorar los niveles de glucosa después de la aplicación de la glucosa al 10%,esto permitirá realizar otra acción si es necesario. Se indicó la toma de glucometría cada 4 horas.⁴⁷

Valoración:

Se mantuvo los niveles de glucosa capilar en 75mg/dl durante el ayuno de Guadalupe, solo se pasó un bolo de glucosa y se aumentaron las soluciones de requerimiento.

Grado de dependencia 5

Valoración focalizada

Fecha 6/11/ 2007

Diagnóstico de enfermería

Riesgo potencial de infección relacionado con la instalación de sonda de alimentación enteral (gastrostomía)

Intervenciones de enfermería

⁴⁶ Id

⁴⁷ Kathleen Morgan. Cuidados de enfermería pediátrica. 2º Ed. Doyma Barcelona, España 1999 .p 170

Mantener fija la sonda y seca

1.-Los primeros tres días se debe mantener bien fija la sonda de las gastroclisis para evitar que el sitio de inserción se amplíe.

2. El observar si hay eritema, dolor o secreción en la piel alrededor del tubo de gastrostomía, es importante ya que se puede desarrollar infecciones en el sitio de colocación, o en el tracto desde la piel hasta aparato gastrointestinal.

3.- Evaluar la permeabilidad de la sonda, después de dar la leche se debe pasar un poco de agua después de cada toma.

Fundamento

Asegurarse de la permeabilidad de la sonda asegura el paso de la alimentación al aparato gastrointestinal y reduce el riesgo de aspiración⁴⁸

Evaluación. Se observa el estoma en adecuadas condiciones, sin datos de infección, libres de exceso de humedad y permanece permeable la sonda.

⁴⁸ Susana Rosales. Op.cit.p. 199

PLAN DE ALTA

Unos días antes que fuera dada de alta Guadalupe se le explico su mamá sobre todos los cuidados que había que tener con la niña.

Se le capacito sobre los cuidados generales que debía realizar a Guadalupe, se hizo hincapié en los cuidados específicos de los estomas, la aspiración de secreciones, y dar la toma de leche. Se le informo sobre los datos de alarma.

Para la elaboración de la plan de alta se tomo en cuenta que la mamá de Guadalupe era el cuidados primario, y la señora ya esta agotada, pero realizaba los procedimientos, de forma adecuada

Cuidados generales

Baño y cambio de ropa diario, el baños de debe realizar todos los días, con agua tibia.

Cambio de pañal cuando sea necesario, vigilar si hay datos de rozadura o lesiones, realizar un adecuado aseo con toallas húmedas, y mantener la piel siempre seca.

Mantenerla con adecuada temperatura, utilizar ropa de algodón ya que esto le ayudara a mantenerse caliente. Evitar el uso de suavizantes de tela porque le puede causar irritación en la piel.

Cuidados espirituales

Es importante estimular a Guadalupe la debe de tocar y platicar con ella y no dejarla sola por mucho tiempo, y ponerle un poco de música.

Además se le informo sobre la importancia de la participación de los demás integrantes de la familia, para que cuidaran a Guadalupe, que le pidiera apoyo de su esposo para cuidar a la niña, y dejar que los hermanos de Guadalupe la acaricien y ayuden en los cuidados si les es posible.

Cuidados específicos

Realizar curación de los estomas todos los días, observar la piel, ver que no tenga lesiones, mantener los estomas libres de humedad, realizar cambio de parche cuando sea necesario.

Colocarla en semi- Fowler antes de administrar la dieta, y dejar que pase por gravedad, observar que el abdomen de Guadalupe no aumente.

Vigilar las características de las evacuaciones. Es importante que evacue al menos una vez al día.

Sobre medicamentos

Se le indico dosis y vía de administración y para que era cada medicamento.

Furosemida 3mg vía oral cada 12 horas

Datos de alarma

Si presenta datos de infección en los estomas, como salida de líquido amarillo, pus o sangre.

Sí observa que la niña respira muy rápido, que presenta fiebre debe acudir al servicio de urgencias.

Si necesita apoyo emocional a la señora o la familia, puede llamar al servicio de cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso Enfermero es una herramienta que permite desarrollar habilidades y destrezas en la atención integral del paciente pediátrico, en conjunto con la teoría de Virginia Henderson

El realizar una valoración adecuada y planear los cuidados de cada paciente, mejora el cuidado brindado por la enfermera.

La realización del estudio de caso permite al estudiante realizar un ensayo, del arduo trabajo que se tiene que realizar para el bien de la profesionalización. El proceso de enfermería y la filosofía de Virginia Henderson son herramientas eficaces para planear el cuidado a pacientes, sanos o enfermos ya sea en la etapa niñez o en la etapa adulta.

Al terminar el estudio de caso se adquieren habilidades y conocimientos para poder aplicar el proceso enfermero, a la actividad diaria de la enfermería, solo hay un problema que las instituciones de salud y las escuelas de enfermería no han podido unificar criterios, para que el proceso enfermero sea aplicado en todas las instituciones hospitalarias.

Al realizar una valoración adecuada, se darán cuidados específicos para cada paciente y de esta manera se podrán disminuir complicaciones y los días de estancia hospitalaria y se disminuirán costos.

Después de concluir el presente trabajo es importante realizar una evaluación del mismo. Guadalupe mejoro sólo sus condiciones generales, pero su estado de salud continuaba delicado, para brindar los cuidados paliativos que Guadalupe necesitaba era necesario modificar factores sociales y económicos, que no se podían resolver. La mamá de Guadalupe era el cuidador primario, pero ya no tenía herramientas necesarias para continuar con la atención adecuada de la niña. En estos casos no hay estancias hospitalarias que puedan ayudar a las familias que tienen un familiar enfermo. Guadalupe esta a cargo de sus padres, y no tienen otra opción terapéutica, económica y social, los cuales son factores que empeoran el pronóstico de la paciente a corto plazo.

La enfermera cuando decide realizar una especialidad, esta dándose la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades lo que le dará herramientas, que mejoren su calidad de atención, en su lugar de trabajo.

Al concluir el estudio de caso, me di cuenta sobre las ambigüedades de la realización de un plan de cuidados, pienso que aun hay mucho por hacer para que todas enfermeras tengamos claro como hacer un estudio de caso y un plan de cuidados. Las enfermeras expertas debieran publicar estudios de caso y planes de atención, para tener más herramientas de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2º ed. Doyma. Barcelona 1992. 267. pp.

CÁRDENAS, Margarita Teorías y Modelos de Enfermería ENEO UNAM. México, 2006.

GUADALAJARA, Fernando Cardiología. Ed. Méndez Editores. 6 ed. México, 2006. 1036. pp.

GUYTON, Hall. Fisiología y fisiopatología ed. Interamericana 6º. México 1998. 729. pp.

HERRERA José. Iniciación a la ventilación mecánica puntos clave. 2ª. ed. Auroch, Barcelona, España, 2001. pag. 113,114

PHANEUF, Margot. La planificación de los cuidados enfermero. 2º.ed. Interamericana. México, 1999.

MARTÍNEZ, MARTINEZ R. La Salud del Niño y del Adolescente. 4º ed. Manual Moderno, México 2001. 1732. pp.

MORGAN Kathleen. Cuidados de enfermería pediátrica. 2º Ed. Doyma Barcelona, España 1999.

ORTEGA. Calorina Manual de procedimientos del servicio de calidad en enfermería. 1ed. Ed. Panamericana México 2006. 197 pp.

BEHRMAN, Richard. Nelson Tratado de pediatría. ed. Elsevier, 17º Madrid, España 2004. 2100.pp

PASTOR LUNA Anestesia Cardiovascular. 2º ed. Panamericana. México, 2002. 250 pp.

SECRETARÍA Salud .Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. México, DF. 2001

KOZIER B. ERB G. OLIVER R. Enfermería Fundamental conceptos, procesos y practica.4 ed. España: Interamericana; 1993

WOOLDRIDGE, Maribet. Terapia intensiva. 2a ed. edit. Panamericana, Madrid, España 1995. 960. pp

Anexos

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

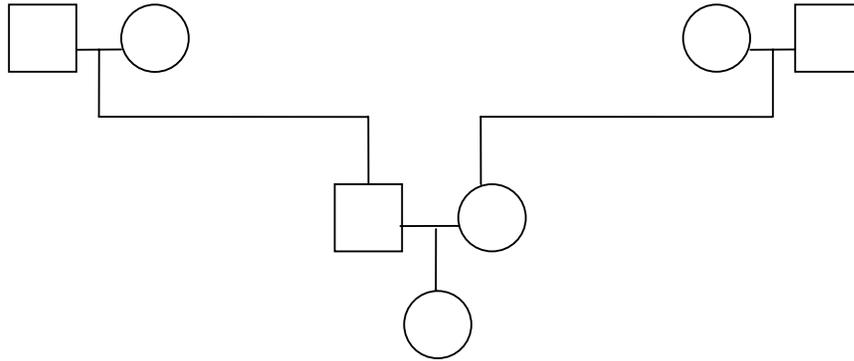
ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

I DATOS DEMOGRÁFICOS
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Escolaridad del padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II FAMILIA
Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: - _____ Características de la vivienda: Propia: ___ Rentada: ___ Tipo de construcción: _____ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte en la localidad: _____

Mapa Familiar:



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relación afectiva	Enfermedades

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

III
ORIENTACIÓN

Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
 Horario de visita: Sí: __ No: __ Salas de espera: Sí: __ No: __ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: __ No: __ Permanencia en el servicio: Sí: __ No: __
 Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: __ No: __ Horario de cafetería: Sí: __ No: __
 Servicio religioso: Sí: __ No: __ Restricciones en la visita: _____

IV

ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____

Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____
Motivo de la consulta/hospitalización: _____

¿Algún miembro de la familia padece el problema que tiene el niño? _____

¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico: Sí: ___ No: ___

Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____

¿Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas?: _____

Vacunación: _____

1

Alimentación

El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____

¿Con que frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____

Horario: _____ Tipos de alimentos: En puré: _____ Picados: _____

Licuadaos: _____ Otros: _____

¿Come solo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quiénes come? _____

Lugar: _____

¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____

¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____

Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____

Alimentación especial: _____

Cantidad de alimentos: Desayuno: _____ Comida: _____ Merienda: _____

Cereales _____

Frutas _____

Verduras _____

Carne _____

Tipo de líquidos: _____ Vía Parenteral: _____

Hábitos en los alimentos: _____

A que edad le salieron los dientes: _____

2

Eliminación

Evacuaciones orina en el pañal en el orinal en el baño día noche

Consistencia de las heces formadas: Pastosa: Blanda: Líquida: Semilíquida: Espumosa: Con sangre: Con parásitos: Grumosa:

Color: Amarilla: Verde: Café: Negra: Blanca:

Olor: Ácida: Fétida: Otros: Moco: Sangre: Restos alimenticios:

Dolor al evacuar: Orina: Color: Olor: Con sangre:

Sedimentos: Pus: Dolor al orinar: Edema palpebral:

Maleolar: Anasarca: Otros:

Hábitos:

Descripción de genitales:

Sudoración:

3

Oxigenación

Somatometría: Peso: Talla: Perímetros: Cefálico:

Abdominal: Torácico: Branquial:

Signos vitales: Tensión arterial: Frecuencia cardiaca: Pulso:

Regular: Irregular: Retracción xifoidea: Disociación toraco

abdominal: Ruidos respiratorios: Lado derecho: Lado

izquierdo: Ventilación:

Respiración asistida: controlada:

Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor

Tubo traqueal

Cavidad oro nasal

Humidificación y oxigenación:

Tiene dificultad para respirar: Cuando como: Camina: Otros:

Color de la piel: Color: Integridad: Diaforesis:

Petequias: Rash: Escoriaciones:

4

Reposo-sueño

Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de ir a dormir? Con juguete: _____
Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____
Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____
Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
Valoración neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____
Dormido: _____ Respuesta a estímulos _____ Movimientos simétricos: _____
Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
Para el recién nacido: Reflejos: succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
Búsqueda: _____ Moro: _____ Prensi3n: _____ Fontanela: Normal: _____
Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

5

Vestido

Condiciones de la ropa de vestir: _____
Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
Tiene ropa necesaria para la hospitalizaci3n: _____ Otros enceres: _____
Se viste solo: S3: _____ No: _____ Con ayuda: _____

6

Termorregulaci3n

El ni3o es sensible a los cambios de temperatura: _____ hora del d3a a la que es
m3s sensible a los cambios de temperatura: _____
¿Cu3ndo tiene fiebre c3mo se le controla? _____

7

Movimiento y postura

Edad en que fij3 la mirada: _____ Sigui3 objetos con la mirada: _____
S3 se sent3: _____ S3 se par3: _____ Camin3: _____ Salt3 con un solo pie: _____
Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____
Camina con los talones: _____ Sobre las escaleras: _____ Camina s3lo: _____
Camina con ayuda: _____ Con aparato ortop3dico: _____
Postura que adopta el ni3o al sentarse: _____ Al caminar: _____
Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en la cama: _____
Cambios de posici3n con ayuda: _____

8

Comunicación

Responde al tacto: _____ Voltea a sonidos fuertes: _____
Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____
Edad a la que sonrío: ____ Edad a la que balbucea: ____ Edad a la que dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál?: _____
¿Quién lo cuida? _____ ¿Con quién juega?: _____ ¿Quién habla con el niño?: _____
¿Cómo considera que es el niño?: Alegre: _____ Irritable: _____
Independiente: _____ Dependiente: _____ Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____
Uraño: _____ Desordenado: _____ ¿Qué hace el niño para consolarse a si mismo?: _____
¿Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche?: _____

9

Higiene

Condiciones higiénicas de la piel: _____
Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____
Frecuencia del baño: _____ Veces al día que se cepilla los dientes: _____
Frecuencia del cambio de ropa: _____

10

Recreación

Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____
Tiene algunas preferencias por: Los juegos: _____
Los objetos: _____ Animales: _____
Las personas: _____ Juega solo: _____
Con otros niños: _____ Con adultos: _____

11

Religión

¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____

12

Seguridad y protección

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

¿Cómo ha programado las visitas al hospital?: _____

Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____

Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____

Quedarse sin trabajo: _____ Separarse de la pareja: _____ Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____

¿Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud?: _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____

Si lo toma diga sus nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Dé que forma acostumbra dárselos?: _____

13

Aprendizaje

¿Quién cuida al niño?: _____ ¿En dónde?: _____ Asiste a la guardería: _____ ¿Está acostumbrado a que lo paseen?: _____

¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo?: _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si es respuesta es sí ¿Por qué? _____ ¿Cómo reaccionó?: _____

¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara:

14

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo?: _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién?: _____

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papá, o a usted o algún pariente: Sí: ____ No: ____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____

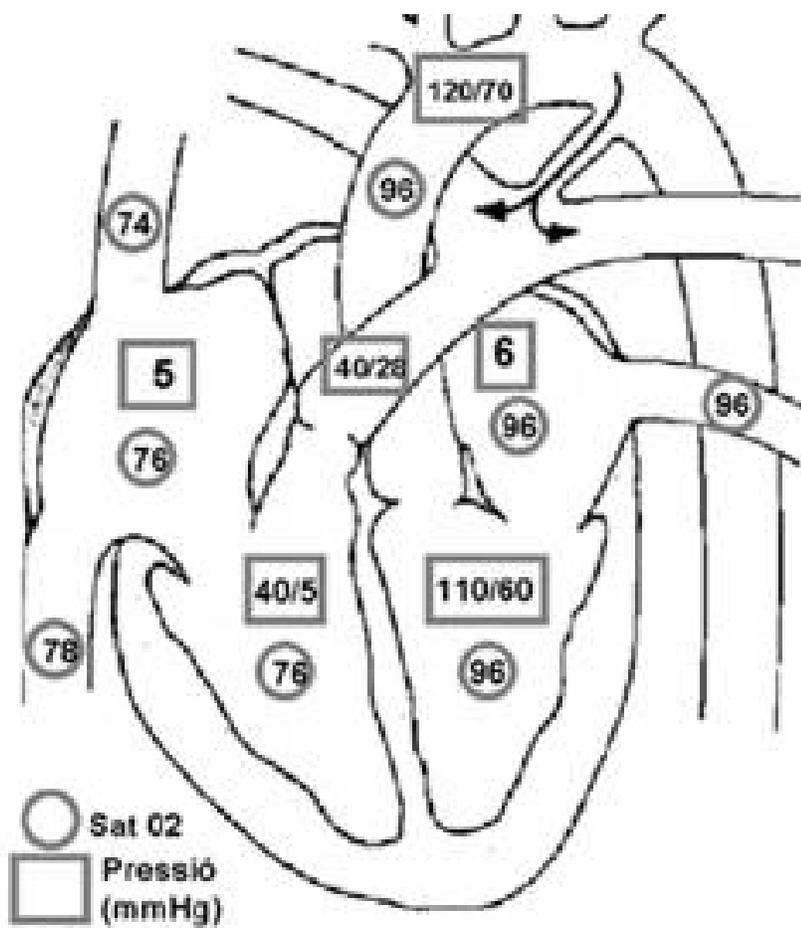
Otros datos: _____

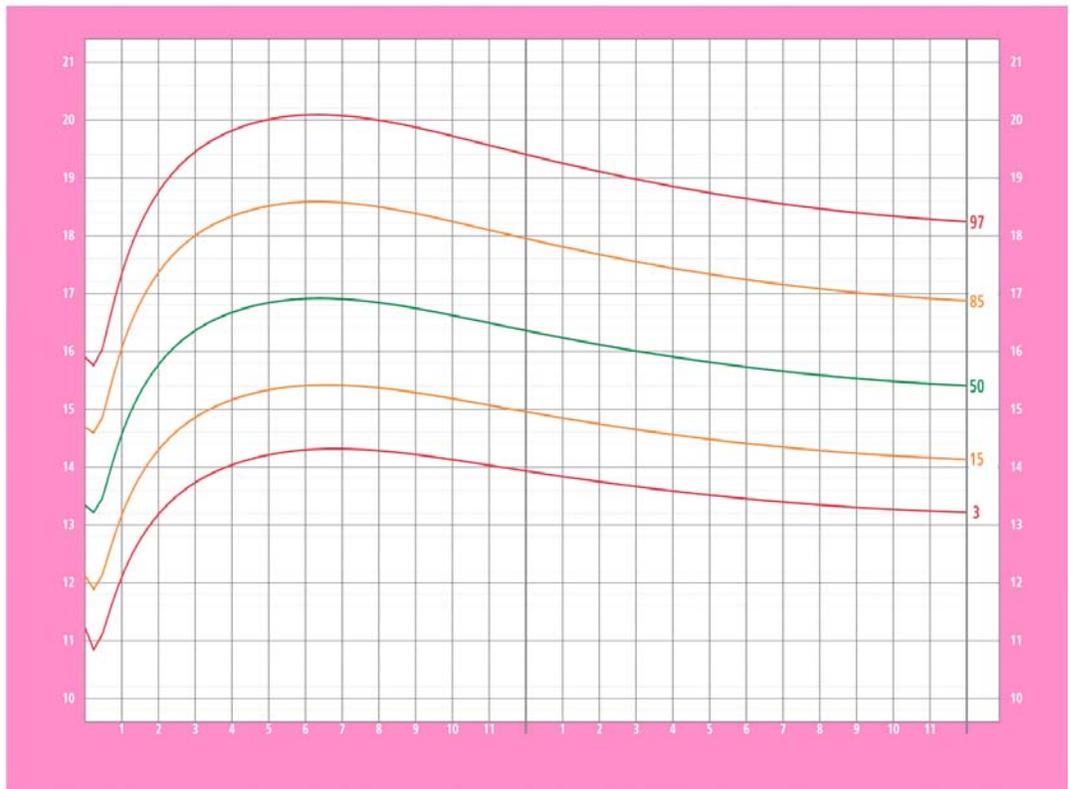
Nombre de la enfermera: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo María Guadalupe declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hija; Guadalupe participara en el estudio de caso: **Alteración en la necesidad de oxigenación de un lactante menor.**

Cuyo objetivo principal es: **proporcionar atención de enfermería de manera holística para mantener un estado óptimo de salud del paciente con la finalidad de resolver las necesidades que se encuentren alterada sin dañar las defensas naturales o procesos adaptativos a fin de que se obtenga un máximo de satisfacción y un mínimo de carencias dentro de las limitaciones impuestas por el medio hospitalario.** Y que los procedimientos de enfermería que se realizan me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: **Realizar exploración física, curación diaria de los estomas y cuidados generales de enfermería, y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hija.**

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hija de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o sea negada la atención Para su tratamiento en esta institución.

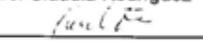
Nombre del responsable de estudio: Lic. Enf. Flor Sosa Moreno


Firma

Nombre del padre o tutor: María Guadalupe Mtz.

Testigos

Nombre: Claudia Rodríguez

Firma 

Dirección: Tlalpan 1° Cd de Mayo

