



Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil
Sede: Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Estudio de caso

**"Cuidado especializado a un lactante menor con dependencia en
la necesidad de movimiento y postura."**

Que para obtener el grado de Especialista en
Enfermería Infantil

Presenta

Lic. Enf. Angélica María Hernández Tapia

Asesor:

Mtra. Magdalena Franco Orozco.



Junio 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria



A mis padres por su apoyo incondicional durante toda mi vida; su sostén y sus consejos han sido la base de mi desarrollo profesional.

A mis hermanas por su compañía, ayuda y amor incondicional siempre.

A mis amigos por todo su cariño, apoyo y comprensión que me impulsan a seguir adelante en todos mis proyectos.

A los niños y sus familias que me han brindado la oportunidad de compartir sus momentos de alegría y de dolor en la enfermedad y la muerte.

Angélica Hernández



Agradecimientos.

A la Maestra Magdalena Franco O por su enseñanza, su apoyo en los momentos difíciles; pero sobre todo por ser un ejemplo en mi vida profesional.

A mis profesoras de la especialidad: Marisela, Verónica y Ángeles por compartir con nosotros sus conocimientos y dejar en mi la semilla de seguirme preparando.

A todos aquellos que compartieron conocimientos con nosotros durante el año de estudios

Al personal del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, por brindarme todas las facilidades y conocimientos para la realización de este trabajo y la especialidad.

Índice

Tema	pág.
Introducción.....	5
Objetivos.....	6
I.- Marco teórico	
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Propuesta teórica de Virginia Henderson	11
1.3 Proceso del cuidado.....	22
1.4 Consideraciones éticas.....	41
1.5 Hamartoma: como factor de dependencia en la necesidad de movimiento y postura.....	45
II.- Metodología	
2.1 Descripción del caso.....	47
2.2 Métodos e instrumentos.....	50
2.3 Proceso de construcción del diagnóstico.....	51
2.4 Proceso de planeación especializada.....	54
III.- Resultados.....	89
VI.- Conclusiones y sugerencias.....	90
V.- Bibliografía.....	92
VI.- Anexos.....	95

Introducción.

La Enfermería actual requiere de la aplicación del cuidado con un sustento científico basado en la investigación que contribuya a darle reconocimiento como profesión, la utilización de un modelo de Enfermería ayuda a brindarle ese sustento a la naturaleza de los cuidados que brindamos y así delimitar nuestra área de competencia.

Al elegir un modelo en concreto como el de Virginia Henderson, favorece la elección de intervenciones terapéuticas para la consecución de los objetivos de salud.

Así este estudio de caso se basa en el Proceso Atención Enfermería, orientado en modelo de las 14 necesidades de Henderson con el fin de contribuir a mejorar el cuidado de los pacientes y su familia, permitiendo administrar cuidados de Enfermería individualizados.

En el primer capítulo se presentan las bases teóricas que sustentan este caso, resaltando los aspectos importantes del Modelo y el Proceso de Enfermería, así como lo más relevante de las consideraciones éticas que deben aplicarse en el cuidado de los paciente y para toda investigación, también se presenta información referente a la historia natural de la enfermedad como factor de dependencia.

El segundo capítulo inicia con la descripción del caso, seguido de los métodos e instrumentos que se utilizaron para la valoración y que culminaron con el diagnóstico de Enfermería y el plan de intervenciones

En el tercer capítulo se mencionan los resultados, en los que se lleva a cabo un análisis.

Por último en el capítulo cuarto se dan a conocer las conclusiones y sugerencias.

Objetivo General

- Ayudar a un lactante menor a través de la aplicación del Proceso Atención Enfermería con el enfoque de las necesidades fundamentales contribuyendo a disminuir su dependencia en la necesidad de movimiento y postura.

Objetivos Específicos.

- Efectuar valoraciones focalizadas de las necesidades del lactante menor, que ayuden a determinar su independencia o dependencia, así como las fuentes de la dificultad
- Elaborar diagnósticos de Enfermería de cada necesidad que apoyen la realización de intervenciones eficientes que satisfagan las necesidades del niño.
- Ejecutar y evaluar las acciones de Enfermería encaminadas hacia el logro de la independencia del lactante menor que favorezca su desarrollo óptimo.

I. MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes.

El Proceso Atención de Enfermería ha sido considerado una herramienta básica para los cuidados que brinda la enfermera, para lo cual se hace necesario tener una base teórica que explique la meta y la esencia de las intervenciones de Enfermería.

Ante la necesidad de contar con propuestas para la enseñanza se selecciono la filosofía de Virginia Henderson para la valoración de las necesidades.

A continuación se mencionan estudios de caso seleccionados con este modelo aplicado en niños.

En 2002 Rodríguez y Ferrer realizaron en España una investigación sobre la prevalencia de los diagnósticos enfermeros de la NANDA y las necesidades alteradas de Henderson cuyo objetivo era cuantificar los diagnósticos de Enfermería vinculados a cada necesidad, en una unidad de lactantes para lo cual se incluyo a 176 niños; se hizo seguimiento retrospectivo durante 4 meses en el servicio de lactantes del Hospital Materno Infantil "Teresa Herrera", se incluyo a todos los niños con edades entre 1 mes y 24 meses. Los resultados encontrados fueron que la necesidad No 9 "evitar peligros" fue una de las más prevalentes, se utilizó el Proceso Atención de Enfermería como herramienta para conocer y valorar las necesidades del paciente. Este estudio concluyo que el diagnóstico de riesgo fue el de mayor prevaecía, con lo que se puede deducir que las actividades de prevención son un elemento fundamental entre los profesionales de enfermería en el cuidado de los niños hospitalizados.¹

Partera, Molina y cols. En 2003, se da a conocer el estudio de caso de una niña con pancreatitis y la relación de ayuda a la madre, la metodología que ocuparon fue la aplicación del Proceso Atención de Enfermería desarrollado por necesidades según el modelo de Henderson. Para este estudio de caso se valoraron las 14 necesidades fundamentales a la niña y a la madre se le incluyo como parte del entorno de la paciente y como influía en ella.

¹ Rodríguez BA, Ferrer PMA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* 2002;12(6): 253-9

Las intervenciones de Enfermería se derivaron de los diagnósticos realizados, los objetivos se lograron según el plan de intervenciones, se redujo la ansiedad inicial de los padres y se incremento la autonomía de la niña. Este estudio concluye que debe considerarse imprescindible la inclusión de los padres en la planificación de los cuidados.²

En el mismo año se publica en México por Franco y Espinosa un estudio de caso cuyo objetivo fue la aplicación de los conceptos propuestos por Henderson a través del Proceso Atención Enfermería en el cuidado de un lactante mayor con neumonía para ayudar a lograr su independencia; para lo cual se utilizo un instrumento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la especialidad de Enfermería infantil, basado en las necesidades básicas del niño. Se realizaron un total de 22 seguimientos, para determinar el grado de dependencia de cada variable, y en base a ello se realizaron un total de 17 diagnósticos de Enfermería que guiaron el plan de atención, al final del estudio concluyeron que llevar a la practica los conceptos propuestos por Henderson es factible en la Enfermería Infantil y el paciente se beneficia mediante un cuidado integral con un alto sentido humano.³

Guallard y Roca presentan los cuidados de Enfermería a un recién nacido pretermino en que utilizaron como modelo conceptual el de las 14 necesidades y el Proceso Enfermero para la planificación de las intervenciones; los diagnósticos de Enfermería se hicieron mediante la taxonomía diagnóstica de la NANDA, el trabajo se realizo durante 6 meses que fue el tiempo que la niña estuvo ingresada. En los resultados encontraron que los cuidados se revisaron y se modificaron periódicamente tomando en cuenta el estado general de la recién nacida.

De igual manera encontraron que lo padres integraron todos los conocimientos teóricos y demostraron habilidad en el cuidado de su hija, concluyendo que el Proceso Atención de Enfermería permite trabajar de forma

² Partera LC, Molina DF, Gest SS, Begoña JC. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre Enfermería Clínica 2003; 3(13): 13 - 26

³ Espinosa MV, Franco OM, cuidados de enfermería a las necesidades básicas a un lactante con neumonía. Desarrollo científico de enfermería, 2003;11(1): 25 - 29

sistemática y organizada con el fin de identificar problemas y aplicar cuidados especializados.⁴

En 2003 Rigol y Bastidas presentan el estudio de un caso con anorexia nerviosa así como una actualización teórica de dicho padecimiento motivo por el cual le brinda una parte importante del trabajo a definir la anorexia nerviosa. Sin embargo utiliza para la obtención de datos el enfoque conceptual de las 14 necesidades, destacando aquellos datos que permiten determinar el grado de dependencia o independencia en la satisfacción de dichas necesidades, también se utilizó la taxonomía de la NANDA para la elaboración de la hipótesis diagnóstica y se retoma el de mayor relevancia para el caso. Aunque este estudio de caso no presenta resultados y conclusiones cabe resaltar que ellos hacen evidente la importancia de no solo pensar en el problema médico si también en como el entorno afecta a la salud.⁵

En el artículo de la valoración de la necesidad de alimentación, Franco y Espinosa, retoman el modelo de Henderson como marco teórico para la elaboración del documento y puntualizan que para valorar es necesario tomar en cuenta los indicadores de dependencia e independencia así como la importancia de la valoración como etapa del Proceso Enfermero el cual es fundamental para establecer una base de datos que permita enunciar los diagnósticos para luego estructurar un plan de intervenciones y concluyen que la perspectiva de las 14 necesidades da un sustento teórico al proceso del cuidado, además de establecer una práctica respaldada en conocimientos científicos.⁶

En 2004 Franco y Benítez publican en México el proceso del cuidado a un preescolar con VIH, cuyo propósito fue aplicar los conceptos básicos de la filosofía de Henderson a través del Proceso Enfermero a un niño con problemas de salud e identificar sus necesidades básicas, para establecer los diagnósticos de Enfermería y el diseño del plan de atención para lo cual se realizaron 8 valoraciones focalizadas con lo que se establecieron 11 diagnósticos de Enfermería estructurándose con el formato que incluye problema, etiología,

⁴ Gallart MM y Roca CN, cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino. Enfermería Clínica 8 (2): 44 - 49

⁵ Rigol A. Y Bastidas A, Actualización sobre anorexia nerviosa, estudio de un caso. Nursing 2003; 21(10): 51 - 57

⁶ Franco OM, Espinosa MV, Valoración de la necesidad de alimentación en los niños. Desarrollo Científico de Enfermería, 2003; 11(4): 115 - 119

signos y síntomas (P.E.S.) y se empleo la notación de la NANDA; después de la aplicación de las intervenciones se encontró que la utilización conjunta del Proceso de Enfermería con la filosofía de Henderson permitió que los cuidados proporcionados al niño fuesen resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades ofreciéndole al individuo una atención integral y especializada que contribuyo a disminuir el grado de dependencia del niño en la necesidades alteradas.⁷

En el artículo de Sánchez, "Cuidados básicos de un paciente con alteración en la necesidad de moverse y mantener buena postura" y de acuerdo con el modelo de las 14 necesidades básicas orientada con el Proceso de Enfermería se realizó la recolección de datos a través de un instrumento, el cual hacia énfasis en la exploración física, después se realiza un análisis de donde se derivaron los diagnósticos de Enfermería para posteriormente planear, ejecutar y evaluar cada una de las intervenciones de Enfermería que garantizaron un cuidado humanizado, individualizado e integral e hicieron posible la independencia parcial del paciente y concluye que la metodología aplicada basada en la detección de las 14 necesidades a través del Proceso Atención Enfermería en conjunto con el análisis, la interpretación, planeación y evaluación es un aspecto que cambia la practica tradicional de la Enfermería.⁸

Después de la presentación de estos casos se puede concluir que el Modelo de Henderson es aplicable al cuidado especializado del niño

⁷ Franco OM, Benítez TA, proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria 2004; 1(3): 3- 23

⁸ Sánchez LV. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. revista de enfermería IMSS 2001; 9 (2): 91 - 96

1.2 Propuesta teórica de Virginia Henderson.

Henderson es sin duda una iniciadora en las formas de pensamiento científico de la Enfermería al plantear la necesidad de clarificar la práctica de Enfermería, establece una serie de conceptos que sin ser estrictamente diseñados como una teoría, permitieran al gremio enfermero ubicar en cada situación de la práctica los elementos del paradigma, explicarlos y abordarlos desde la óptica de la disciplina.⁹

Algunas características de los elementos del metaparadigma según la propuesta de Henderson:

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

No especifica una definición propia de **Salud** pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería.

Dice que es “la calidad de la salud más que la vida misma, es esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel de potencial de satisfacción en la vida”.¹⁰

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

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

⁹ Ostiguin MR, Método de trabajo enfermero y la Filosofía de Virginia Henderson. Desarrollo Científico de enfermería. 2001; 9(4) p 111 - 113

¹⁰ Marriney- Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 3ª edición. España: Harcourt Brace; 1997. p. 104.

Necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹¹

Necesidades; no se encuentra una definición específica de ésta pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.¹²

Las 14 necesidades básicas son las siguientes:

1. Respirar normalmente
2. Beber y comer de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener buena postura
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con sus semejantes, expresando emociones las emociones, necesidades, temores y opiniones
11. Actuar según sus valores y realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
12. Ocuparse para realizarse
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa
14. Aprender

¹¹ Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros, Ed. McGraw- Hill Interamericana España 1996 p 13

¹² Marriney-Tomey A Op Cit P 105

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

1. Necesidad de respirar

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

2. Necesidad de beber y de comer

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

3. Necesidad de eliminación

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

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

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

5. Necesidad de dormir y descansar

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

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

“Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y los gustos personales.”

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

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

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

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

9. Necesidad de evitar peligros

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

10. Necesidad de comunicación

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

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

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

12. Necesidad de preocuparse de la propia realización

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

13. Necesidad de Distraerse

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

14. Necesidad de Aprender

“Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre el cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.”

Estas necesidades son comunes en todos los individuos; cada persona en su singularidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de manera diferente con el propósito de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.¹³

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

Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades.

En 1993 Riopell menciona que Independencia según el modelo de Henderson es la satisfacción de una o las necesidades del ser humano por las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo siguiendo las normas y criterios de salud establecidos.

Al niño se le debe considerar como independencia si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene, etc.) necesiten la ayuda de los padres o de cualquier otra persona.¹⁴

Dependencia es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.¹⁵

La dependencia en el niño según Phaneuf es la deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones idóneas para satisfacer sus necesidades, cuando llega la edad normal de hacerlo.

Manifestaciones de Independencia

Las manifestaciones de independencia “son conductas o indicadores de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las

¹³ Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. México: McGraw- Hill Interamericana; 1997. Pág. 3

¹⁴ Phaneuf Op Cit. Pág. 17

¹⁵ Riopell ibidem

necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud".¹⁶

Manifestaciones de dependencia.

Algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia; son indicadores de conductas de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. Pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo que sea la propia persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera. Se traducen por quejas, signos y síntomas que indiquen una perturbación de orden físico, psicológico, social o espiritual. La dependencia también puede manifestarse por hábitos que dañan la salud (tabaquismo, alimentación pobre en fibra, sedentarismo, etc.).¹⁷

Niveles de dependencia.

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

Continuum independencia- dependencia.

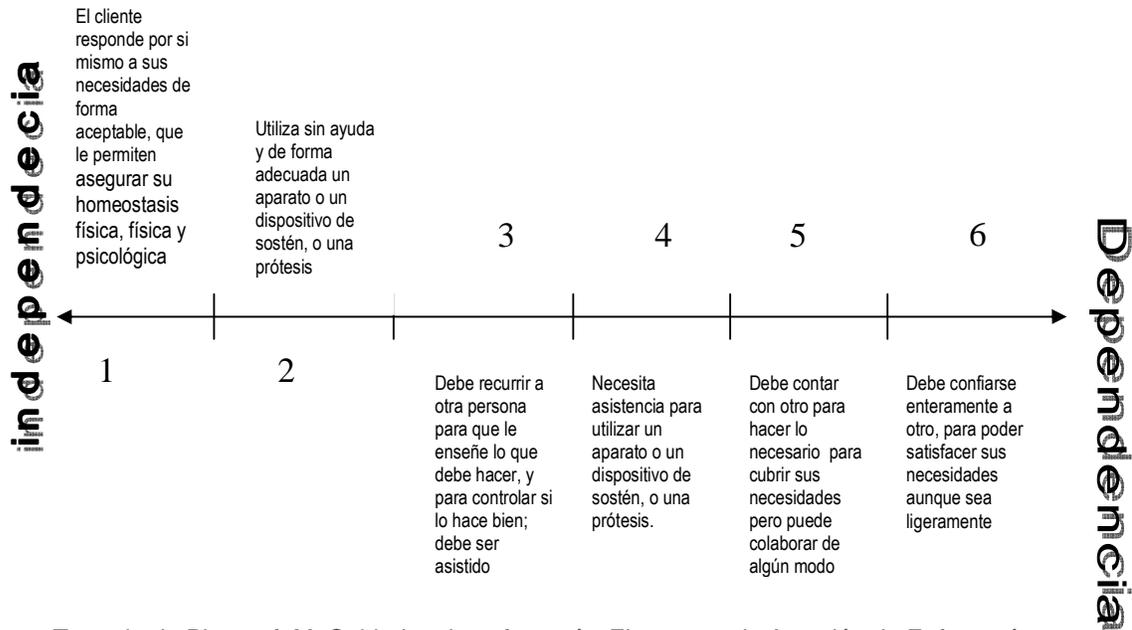
Es muy importante que la satisfacción se encuentre en un nivel aceptable, eso significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena.

No obstante puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que se suponga la dependencia del paciente. La dependencia se instala en el momento que el cliente debe recurrir a otro para que lo asista, le enseñe o que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.¹⁸

¹⁶ Luis Rodrigo MT, De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed Masson, España 1998. p 38

¹⁷ Phaneuf ibidem

¹⁸ Phaneuf M Op Cit p.17

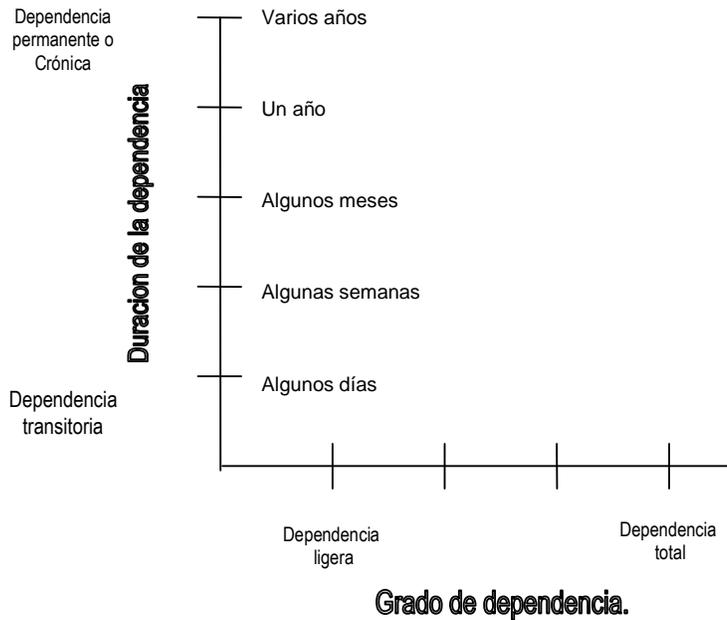


Tomado de Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Interamericana Mc-Graw Hill p- 31

Relación entre duración y el grado de dependencia.

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

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



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

S

Fuentes de la dificultad.

Las fuentes de la dificultad impiden a la persona satisfacer sus necesidades y se hace evidente la dependencia, a continuación se hace referencia a la definición de éstas:

1. Falta de fuerza: se define como la falta de capacidad física para realizar habilidades y llevar a término las acciones pertinentes a la situación y que esta influenciado por el estado emocional, estado psíquico y capacidad intelectual.
2. Falta de conocimiento: interpretada como la ausencia de conocimientos de si mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.
3. Falta de voluntad: entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las necesidades.¹⁹

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

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

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

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

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

Phaneuf clasifica las fuentes de dificultad en:

De orden físico: por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga

¹⁹ Phaneuf Op Cit p 18

De orden psicológico: relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conciencia; con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, a las situaciones de crisis.

De orden sociológico: ligadas a las dimensiones relacionales, culturales, económicas y medioambientales.

Con repercusiones espirituales: relacionadas con los interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, son determinadas limitaciones en la práctica religiosa, etc.

Ligadas a la insuficiencia de conocimientos: por falta de conocimiento de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.²⁰

Supuestos principales

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

Enfermería.

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

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

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

La enfermera esta formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas y básicas

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables

El paciente requiere ayuda para ser independiente

²⁰ Phaneuf Op Cit p 18

El paciente y su familia forman una unidad

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería²¹

Salud.

La salud representa calidad de vida.

Es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

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

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

Entorno

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

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad

Las enfermeras deberán proteger a los pacientes de lesiones mecánicas

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

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

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.²²

Postulados.

Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

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

Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está "completo, entero, independiente"

²¹Marriney- Tomey a Op Cit p 105

²²Marriney Op Cit. 106

Valores.

La enfermera tiene funciones que le son propias.

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

La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.²³

Afirmaciones Teóricas.

La relación enfermera- Paciente

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

1. La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente: en caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarlo completo, integro o independiente, por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.
2. La enfermera como ayuda para el paciente, auxiliándolo a recuperar su independencia, para lo cual Henderson afirma “la independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.
3. La enfermera como compañera del paciente; como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos un plan terapéutico.

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

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila.²⁴

La relación Enfermera - Médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta a la de los médicos y consiste en un plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe de llevar a cabo de forma que facilite el

²³Phaneuf M ibidem P 18

²⁴ Marriner Tomey Op Cit. P 106

plan terapéutico prescrito por el médico, ella subraya que las enfermeras NO siguen las ordenes de los médicos, ya que cuestiona una filosofía que permita al médico dar ordenes a los pacientes y profesionales sanitarios. Recientemente se ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de la salud cuando los médicos no pueden hacerlo.²⁵

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.”²⁶

1.3 El proceso del cuidado.

La Enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo.²⁷

Así el cuidado enfermero es reconocido en la última década como el objeto de estudio de la Enfermería mundial, las implicaciones que abarca el mismo incluyen 4 niveles: ético, filosófico, humano y espiritual.²⁸

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

²⁵ Marriner-Tomey Op Cit. P 107

²⁶ ídem

²⁷ Roldan A, Fernández M Proceso de atención enfermería. Octubre 1998 (consulta 29 de Agosto 2006, 13 Pág.) Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso>.

²⁸ Ostigüin R, implicaciones del cuidado enfermero. Desarrollo científico de enfermería 2001;9(8): 237 - 239

La diferencia entre la Enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud del foco de la Enfermería.

La ciencia de Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar.

El Proceso de Enfermería consta de 5 fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las fases intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería.

La expresión Proceso de Enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda.

Definición.

Para Kossier el Proceso de Enfermería es un método racional y sistemático de organizar y prestar los cuidados de Enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de Enfermería para cubrir esas necesidades. El Proceso de Enfermería es cíclico; es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico; pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.²⁹

Para Henderson el Proceso Atención de Enfermería es el proceso de resolución de problemas.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica Enfermera, en sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente.

²⁹ Kossier Bárbara Et al, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica Vol. 1, 5ª ed.; Ed Interamericana McGraw-Hill España 1999. P 89

Objetivo.

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

La enfermera valida las observaciones del paciente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.³⁰

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

- Promover, mantener o restaurar la salud, o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad y aun costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.³¹

Propiedades.

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

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

³⁰ Iyer P. proceso y diagnostico de enfermería; Ed McGraw-Hill Interamericana, Pennsylvania 1995. Pág 11

³¹ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería, Guía practica. 3ª ed. Ed Mosby, Madrid; 1996. p 3

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

Es dinámico porque esta sometido a continuos cambios, enfocado en las respuestas cambiantes del paciente.

La naturaleza interactiva del Proceso de Enfermería de basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el Profesional de Enfermería, el paciente, la familia y otros profesionales de la salud.

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

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

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

Utilidad.

Como rasgo característico del ejercicio profesional, el Proceso de Enfermería tiene para los enfermeros, independientemente del rol y campo en que se desempeñan, numerosas ventajas. Pero también exige de él habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del Proceso de Enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El Proceso Atención de Enfermería requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Importancia del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.³²

Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería.

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

En resumen, el uso del Proceso de Atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención.³³

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1) Valoración, 2) diagnóstico de Enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación; que a continuación se describen.

Valoración.

La valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente.³⁴

³² Roldan A Op Cit. P 10

³³ ídem

³⁴ Iyer PW Op Cit. p 35

Para Kozier la valoración consiste en acopiar, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. En esta etapa no se sacan conclusiones a partir de los datos.³⁵

La valoración se sitúa al principio del proceso, y de ella depende su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento, la obtención de datos se convierte en un proceso continuo de recogida de información. A lo largo de su trabajo la enfermera no dejara de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los pacientes.³⁶

La obtención de datos es el fundamento de los Procesos de Atención de Enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de Enfermería y al diagnóstico de la misma. De este modo se logra conocer la dirección para la implementación y para mejorar las condiciones del paciente. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener información pertinente acerca del paciente.³⁷

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

Hay 4 clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo, estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado de la persona.³⁸

³⁵ Kozier B Op Cit. P 91

³⁶ Phaneuf M. Op Cit. p 59

³⁷ Griffith J y Christensen P., Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Ed Manual Moderno México, 1993. p 31

³⁸ Kozier Op Cit. p 97

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

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

Métodos de valoración.

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

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

La observación.

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

Las observaciones de Enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden en especial para observar los hechos y lo hacen normalmente, centrándose ante todo en los hechos.³⁹

La entrevista.

La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con un propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento, el propósito de la entrevista es la recogida de datos⁴⁰

Existen 2 tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

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

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

La entrevista es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Se diferencia de los tipos de entrevista realizados por otros miembros del equipo de atención sanitaria en que va enfocada a la identificación de respuestas del cliente que se pueden tratar a través de actuaciones de enfermería. Se trata de un proceso dirigido diseñado para permitir que tanto el profesional de Enfermería como el paciente den y reciban información.

Segmentos de la entrevista

³⁹ Kozier B Op Cit. p 98

⁴⁰ ídem

- a) Introducción: es la fase introductoria, profesional de Enfermería y paciente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por la persona.
- b) Cuerpo: durante esta segunda parte de la entrevista, hay que enfocar el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del cliente, añadiéndose después otras áreas como a la historia médica pasada, la historia familiar y los datos religiosos y culturales.
- c) Cierre: es la fase final de la entrevista, durante esta fase prepare al paciente para terminar la entrevista, no se deben introducir temas nuevos, es elemental resumir los puntos más importantes, también sirve para el establecimiento conjunto de objetivos en el proceso de planificación.⁴¹

La exploración.

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

Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. La enfermera que lleva a cabo una exploración física utilizando el método céfalo caudal (de la cabeza a los pies) comienza el estudio por la cabeza, continua por el cuello, tórax, abdomen y extremidades y termina en los dedos de los pies. La sigue el método por aparatos estudia cada aparato por separado, o sea el aparato respiratorio, al aparato circulatorio, el sistema nervioso, etc. Durante la exploración física, se estudia todas las partes del cuerpo compara los hallazgos de cada lado del cuerpo.⁴²

Técnicas específicas para la exploración física.

⁴¹ Iyer Op. Cit p 54-56

⁴² Koziar Op cit p 102 - 103

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

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

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

Auscultación: es la escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales, puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio, esta técnica permite identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y la duración de los sonidos detectados.⁴³

Hay que resaltar que en el lactante y en el niño pequeño que no pueden comunicarse hablando y que dependen de las consideraciones y reacciones de los adultos, la observación se convierte en una herramienta fundamental para la obtención de datos por la enfermera pediátrica. Dicha observación la va a realizar de forma continua, ya que es el miembro del equipo sanitario que permanece mayor tiempo en contacto directo con el paciente y tiene la posibilidad de observarlo en diferentes situaciones y circunstancias.⁴⁴

Validación de los datos.

Para que el Proceso de Enfermería sea un instrumento útil para cuidar al paciente, la información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa. La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información obtenida durante la valoración es completa.

⁴³ Luis Rodrigo MT Op Cit p 4

⁴⁴ Ruiz G MD, Martínez B, Enfermería del niño y del adolescente. Ed Difusión avance de enfermería, Madrid 2000 Pág. 41

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

Registro de los datos

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente.⁴⁵

Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.⁴⁶

Diagnóstico

Tras completar la obtención de información y una vez examinada, la enfermera identifica los diagnósticos enfermeros y otros problemas de salud que requieren cuidados enfermeros y define de la siguiente forma:

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): el diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de Enfermería, proporciona la base para la elección de las intervenciones de Enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera⁴⁷

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso de Enfermería. En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. El diagnóstico es un paso crucial en el Proceso de Enfermería. Todas las actividades que preceden a esta fase dirigen hacia la formulación de

⁴⁵ Kozier Op Cit p 109 – 112

⁴⁶ Luis R. Op Cit p 5

⁴⁷ Ruiz G Op Cit p 38

los diagnósticos enfermeros, todas las actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ellos.⁴⁸

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

Deriva de la inferencia de los datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.⁴⁹

Durante la época de los 80' la NANDA aprobó un método para organizar los diagnósticos, los cuales obedecen a los patrones de respuesta humana, adaptándose así a las 14 necesidades, esta razón es suficiente para que la ANA (American Nurses Association) lo adopte en la elaboración de diagnósticos. La NANDA ha dividido los diagnósticos de enfermería en tres partes a través del formato PES.

P – Etiqueta que equivale a la respuesta humana.

E - Etiología que equivale a factores relacionados o de riesgo

S- Signos y síntomas que equivalen a las manifestaciones.

Los diagnósticos de Enfermería a su vez se clasifican en reales y potenciales. Los reales son las respuestas del paciente a las alteraciones de los procesos vitales, modelos, funciones o esquema del desarrollo, incluidas las producidas como consecuencia de la enfermedad. Los potenciales son situaciones de riesgo que precisan una intervención de enfermería para evitar que se desarrollen, indican los factores de riesgo que predisponen al paciente y a la familia. Para distinguir los problemas sanitarios reales de los potenciales, al establecer el diagnóstico de enfermería se incluye las palabras de alto riesgo.⁵⁰

El contenido de un diagnóstico de Enfermería no siempre refleja un problema. Se puede redactar un informe positivo, a partir de las categorías diagnósticas, en las que se describan las respuestas de adaptación a un problema de salud que se desea apoyar o facilitar. El sufrimiento anticipado es un

⁴⁸ Kozier Op Cit p 116

⁴⁹ Griffith W Op Cit P

⁵⁰ Whaley & Wong. Enfermería pediátrica, 4ª ed, Ed Mosby/Doyma Madrid 1995. p 15- 16

ejemplo de respuesta de adaptación. El sufrimiento disfuncional, en cambio, es una respuesta de mala adaptación, que la enfermera tratará de modificar.⁵¹

Directrices para la redacción de un diagnóstico.

- 1) Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta de la persona, en lugar de las necesidades de enfermería.
- 2) Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- 3) Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
- 4) Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
- 5) Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
- 6) Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado diagnóstico.
- 7) Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
- 8) Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- 9) No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
- 10) Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.⁵²

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

Planificación.

Una vez identificados los problemas interdisciplinarios y los diagnósticos de Enfermería, se realiza la planificación de las actividades enfermeras encaminadas a prevenir, controlar, reducir o eliminar los problemas anteriormente detectados en el niño y su familia y también las dirigidas a potenciar la salud. En el caso de los niños al planificar unos cuidados adecuados hay que tener presente que independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre, requiere tener satisfechas sus necesidades fisiológicas básicas y un medio seguro y acogedor que le ayude a desarrollarse.⁵³

⁵¹ ídem

⁵² Iyer Op Cit p 138 - 143

⁵³ Ruiz G Op Cit p 39

Así pues la planeación se define como, establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que se van a realizar y las precauciones que se deben tomar.⁵⁴

La planificación se inicia cuando la enfermera tiene el primer contacto con el individuo y termina cuando este es dado de alta. Durante este tiempo la enfermera realiza varios tipos de planificación:

- Planificación inicial: es aquella que se desarrolla posterior a la valoración inicial del individuo.
- Planificación continua: la realizan todas las enfermeras que cuidan al individuo a medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del mismo a los cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la enfermera planifica los cuidados que deben presentarse ese día.
- Planificación de alta: es el proceso de prever y planificar las necesidades del individuo al salir del hospital, tomando en cuenta sus problemas potenciales de cuidado, los recursos con los cuales cuenta su familia y comunidad.⁵⁵

En la planificación se pueden diferenciar los siguientes pasos:

Identificación de prioridades de actuación, se establecen las prioridades para identificar el orden de la intervención enfermera. Ante problemas que requieran una actuación inmediata, se comenzaran rápidamente las acciones indicadas.⁵⁶

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

- 1) Afecte a las necesidades fisiológicas esenciales y suponga un riesgo para la vida.
- 2) Presente un riesgo de seguridad de la persona o la de los demás.
- 3) Entrañe un sufrimiento físico o psicológico.

⁵⁴ Phaneuf M Op Cit p 101

⁵⁵ Alfaro R Op Cit p 128

⁵⁶ Ruiz G Op Cit p 38

- 4) Multiplique las dependencias o conduzca a una disfunción que determine un nivel importante de dependencia que repercuta sobre las otras necesidades o que pueda provocar una secuela indeseable.⁵⁷

Establecimiento de objetivos, los objetivos del plan de cuidados se establecen para guiar las acciones enfermeras y para identificar lo que se quiere conseguir y cuándo. Son los resultados que esperamos observar después de haber recibido los cuidados. Deben estar centrados en el paciente y su familia y han de ser realistas y medibles. Será el paciente con su familia quienes van a conseguir los objetivos como resultado de nuestra intervención.⁵⁸

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

Por tanto, se planificarán todos los cuidados a efectuar, incluyendo la educación sanitaria a llevar a cabo con el paciente en función de los requerimientos de ayuda expresados por ellos o su familia.⁵⁹

Un grupo de investigadores ha desarrollado un proyecto de intervenciones, conocido internacionalmente como taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification). En este contexto, se define intervención de Enfermería como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería, para favorecer el resultado esperado del paciente”⁶⁰

Esta taxonomía ha sido traducida al castellano como CIE (clasificación de intervenciones de enfermeras) En su segunda edición identifica 433 intervenciones enfermeras, desarrolladas cada una de ellas, incluyendo la definición de la intervención, las actividades enfermeras a llevar a cabo y una relación bibliográfica específica para esa intervención concreta.⁶¹

⁵⁷ Phaneuf M Op Cit p 168

⁵⁸ Ruiz G Op Cit p 38

⁵⁹ idem.

⁶⁰ Closkey, J C Bulechek G M Proyecto de intervenciones Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería CIE, 3ª ed; Ed Mosby España 1999 p 32 - 48

⁶¹ Ruiz G Op Cit p 39

Con esta relación de intervenciones enfermeras, se ha realizado una clasificación que incluye las correspondientes a cada etiqueta diagnóstica de la NANDA, para indicar, ante un diagnóstico enfermero determinado que intervenciones se pueden llevar a cabo. Esta taxonomía NIC puede ser muy útil en la práctica clínica orientando la planificación de cuidados y, además constituye un gran esfuerzo para contribuir en la demarcación del campo de acción enfermero.⁶²

Siendo las intervenciones de Enfermería actividades o acciones específicas que la enfermera realiza para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual que promueva, mantenga y restaure su salud.⁶³

Existen 3 tipos de intervenciones de Enfermería:

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

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

Las dependientes corresponden a las acciones que realiza Enfermería y que están sujetas a las prescripciones de otro profesional de la salud.⁶⁴

Registro del plan de cuidados.

Todas las decisiones tomadas deben estar reflejadas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, ya que incluye una descripción de los problemas de salud que presenta y un programa determinado con las intervenciones enfermeras para resolverlos. Sirve como herramienta de comunicación entre el equipo de salud, estimulando al paciente y su familia hacia la resolución de problemas y/o necesidades presentadas.⁶⁵

⁶² ídem

⁶³ Alfaro Op cit p 118.

⁶⁴ Ostiguin Op cit p 112

⁶⁵ Ruiz G Op cit 40

Ejecución

El plan de enfermería para la implementación se considera como núcleo o centro del proceso de atención de enfermería: lo que realmente es el proceso de atención de enfermería de todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio del problema o para cubrir una necesidad.⁶⁶

Comprende las habilidades y conocimientos necesarios para la ejecución de los cuidados que deben ser individuales, integrales y continuos. Es importante que la enfermera aproveche la interacción con el paciente para continuar valorando la situación de salud del paciente.⁶⁷

Una ejecución satisfactoria depende en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado, estas tres primeras fases del proceso de enfermería llevadas a cabo durante la fase de ejecución. Utilizando los datos obtenidos durante la valoración, la enfermera puede individualizar los cuidados prestados en la fase de ejecución ajustado a las intervenciones a cada paciente específico. La valoración continua se produce de forma simultánea a la ejecución. El ejecutar las órdenes de enfermería, la enfermera sigue valorando al paciente en cada contacto, recogiendo datos sobre las respuestas de éste a las acciones de enfermería y sobre cualquier problema nuevo que pudiese aparecer. La valoración continua no es lo mismo que la ejecución, sino que ambas se producen de forma concurrente. Las enfermeras ejecutan órdenes de enfermería que implican específicamente una nueva valoración.

Habilidades de ejecución.

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

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

⁶⁶ Chirstensen PJ Op Cit p 176

⁶⁷ Ruiz G Op Cit 40

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

Las habilidades técnicas son habilidades manuales como la manipulación del equipamiento y administración de inyecciones.⁶⁸

Proceso de ejecución.

El proceso de ejecución normalmente incluye:

- 1) Una nueva valoración: valoración continua del paciente en todas las fases del proceso, siempre que se tenga contacto con él; justo antes de la ejecución la enfermera valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria
- 2) Determinar la necesidad de cuidados de enfermería
- 3) Ejecutar las estrategias: las directrices para la ejecución de estrategias de enfermería pueden ser, las actuaciones de enfermería deben basarse en conocimientos en la investigación de enfermería y en las directrices profesionales de cuidados; la enfermera debe comprender claramente las ordenes que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no se entienda; las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada cliente; las actuaciones de enfermería deben siempre ser seguras; las actuaciones de enfermería suelen requerir instrucción, apoyo y confort; las actuaciones de enfermería deben ser holísticas; las actuaciones de Enfermería deben respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima; se debe animar a los personas para que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de Enfermería.
- 4) Comunicar las acciones de Enfermería: tras cumplir las órdenes de Enfermería, la enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de Enfermería. Las acciones de Enfermería no deben anotarse

⁶⁸ Kosier Op Cit p 66

anticipadamente, ya que la enfermera puede determinar, al valorar de nuevo al cliente, que la acción no puede o no debe ser ejecutada.⁶⁹

Evaluación.

La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de Enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.⁷⁰

Es el complemento final del proceso enfermero. Cada enfermera que aplique el plan de cuidados debe evaluar de forma continua los resultados esperados de sus actividades. Hay que comprobar en que medida se han logrado los objetivos propuestos, determinando la eficacia de los cuidados de Enfermería en la solución, disminución o prevención del problema previamente identificado y haciendo la previsión de la necesidad de futuras acciones. La evaluación permite revisar el plan y adecuarla a las nuevas situaciones que puedan presentar el niño y su familia, comprobando la claridad y pertinencia de los objetivos y su operatividad.⁷¹

La evaluación es una etapa sistemática y continua que se aplica para comparar el estado de salud del paciente y con ello valorar si se va en el camino correcto o existe algún factor que esta faltando. Si la enfermera continuamente realiza esta tarea, podrá formular estrategias ante el fallo de las intervenciones.

Esta etapa se vuelve sencilla, si la enfermera considera los siguientes aspectos:

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos fijados, de lo contrario esto puede indicar que no se realizó la correcta evaluación y por ende el diagnóstico, o que las intervenciones no fueron las adecuadas para los objetivos.

⁶⁹ Kosier Op Cit 66

⁷⁰ ídem

⁷¹ Ruiz G Op Cit 40

- Evaluar si se resolvió el diagnóstico de Enfermería, si el problema no está resuelto, la enfermera debe analizar cuidadosamente sus intervenciones para modificarlas y lograr el objetivo.⁷²

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

1.4 Consideraciones Éticas.

Para iniciar debemos reconocer que enfermería es una profesión y como tal compromete a la persona a cumplir sus funciones. De esta forma el profesional de Enfermería promete prestar asistencia a los enfermos crónicos y agudos, a los lesionados, promocionar el bienestar y ayudar a la gente a morir en paz. La sociedad confiando en su promesa, espera que el profesional de enfermería este comprometido con sus ideales.⁷³

En enfermería la ética del cuidar nos proporciona el corazón y el tema de nuestra practica profesional. Y la ética del cuidar, junto a otros enfoques éticos, crea los fundamentos del arte de nuestra practica profesional.⁷⁴ La ética ha sido definida “fácilmente” como el intento de manifestar y valorar principios mediante los cuales se puedan resolver problemas éticos; la palabra ética proviene del griego ethos, mientras que la palabra moral tiene origen en su vocablo latino moralis, en términos comparativos se consideraría a la moral como los debes y deberías que la sociedad impone, mientras que la ética representaría los principios subyacentes de los debes, los porque de un código o enunciado moral.⁷⁵

La bioética es la ética aplicada a la vida (como en el caso de la decisión entre la vida y la muerte), la ética de Enfermería trata sobre los aspectos éticos que aparecen en la práctica de Enfermería.

El valor es una creencia personal sobre la valides de una determinada idea, actitud, costumbre u objeto que establece patrones que influyen en el comportamiento. La ética expuesta de una forma simple, indica lo que una

⁷² Phaneuf Op Cit 137

⁷³ Potter fundamentos de enfermeria pag 87

⁷⁴ Davis A Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica;9(1): 21-28

⁷⁵ Beebe J Ética en enfermería Ed Manual Moderno México DF 1984 p 1

persona debería hacer y como debería ser una relación a otros. Se ocupa de cuestiones de bondad y maldad, de conducta, carácter y motivos correctos o equivocados.⁷⁶

Cualquier profesión aplica principios éticos en su desempeño, pero en el área de salud no es suficiente el conocimiento de ellos. El personal de salud debe combinar la ciencia, la filosofía y la ética en el ejercicio de su profesión. Es decir debe utilizar la bioética.

La bioética es una expresión de reciente ingreso, la cual se dedica al estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que puedan aplicarse a la vida humana y por lo tanto influir o modificarla.⁷⁷

En si el principio fundamental que sostiene la bioética es el respeto a la dignidad de la persona y del paciente, en cuanto a su vida y la calidad optima que éste debe tener por circunstancias vitales particularmente e individualmente contempladas. La bioética personalista (el valor central de la persona) formula sus principios en base al valor fundamental de la vida y respeto a la dignidad humana, de opción múltiple y totalidad o principio terapéutico, de doble efecto y legítima cooperación de libertad y de responsabilidad, de justicia y autonomía de consentimiento libre bajo información, de beneficencia, socialización y secreto profesional de subseriedad, de recta conciencia moral. Con ellas elabora las normas específicas de las situaciones y de la acción particular, que permiten la información del juicio práctico mediante la aplicación de los principios a la situación particular y apoyan el compromiso operativo⁷⁸

Los principios esenciales de la bioética pueden generalizarse en 4: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Al mismo tiempo estos principios siguen procedimientos prácticos: la beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos, evitando de esta forma la maleficencia, protegiendo la autonomía del paciente a través del

⁷⁶ Potter Op Cit p 87

⁷⁷ Grupo de Bioética. Academia Mexicana de Pediatría. Bioética: consideraciones generales introductorias.

⁷⁸ Beebe J Op Cit P 1

consentimiento informado y de esta forma ser justos al llevar una selección equitativa de los sujetos.⁷⁹

En lo que compete al personal de Enfermería este debe estar actualizado en aspectos legales, dentro de ese contexto se encuentra el consentimiento informado, conducta ante la muerte y la agonía y la obligación legal de Enfermería.

El consentimiento informado es el requisito legal y ético según el cual el paciente comprende clara y completamente la necesidad de realizar el tratamiento médico propuesto, incluido los riesgos significativos que conlleva.

También hay que informar al paciente de los posibles tratamientos alternativos con sus ventajas y desventajas y riesgos correspondientes. Para obtener un consentimiento informado válido es preciso cumplir 3 condiciones.

- 1) La persona debe ser capaz de dar su consentimiento, por tanto, debe ser mayor de edad y estar capacitado para ello (es decir debe poseer la capacidad mental) para optar entre varias posibilidades y comprender sus conductas. En caso de ser menor, se debe contar con la autorización de los padres, los cuales deberán estar con la capacidad mental normal para tomar decisiones coherentes.
- 2) La persona debe recibir información necesaria para tomar la decisión inteligente.
- 3) La persona debe ejercer su libertad de elección sin coacción alguna, fuerza, fraude, engaño, ni otras formas de compulsión o coerción.

Además el profesional de Enfermería debe estar actualizado sobre las legislaturas estatales y de provincia con el fin de evitar delitos que violen el derecho penal y el derecho civil⁸⁰

En la antigüedad un niño no era considerado como sujeto de derechos, actualmente se ha empezado a reconocer que el niño es una persona y como tal también tiene sus propios derechos.⁸¹ La declaración de los derechos del niño de las naciones unidas proporciona las pautas para el ejercicio de la Enfermería de

⁷⁹ idem

⁸⁰ Whaley y Wong Op Cit 596

⁸¹ Armany MC, Krepe OC, Aspectos éticos en: Medicina del adolescente. 2ª ed. Ed Panamericana Buenos Aires Argentina 1994; 202

forma que se asegure a cada niño una atención óptima. Como defensora del niño, la enfermera debe hacer uso de sus conocimientos para adaptar los procedimientos empleados de manera que logre el máximo bienestar físico y emocional del niño.⁸²

No – maleficencia significa el deber de no hacer daño. Este principio es la base de la mayoría de los códigos de ética en enfermería. Aunque aparentemente resultaría un principio fácil de seguir en el ejercicio de enfermería, en realidad es complejo. En enfermería, el daño intencionado es siempre inaceptable. **Beneficencia** es “Hacer el bien”. Las enfermeras están obligadas a hacer el bien, es decir, a ejecutar acciones que beneficien a sus pacientes y a las personas de apoyo. **Justicia** se denomina a menudo como ecuanimidad. Frecuentemente las enfermeras se enfrentan a decisiones en las que debe prevalecer el sentido de justicia.⁸³ **La autonomía** (respeto por las personas) hace referencia al derecho de adoptar las propias decisiones. Las enfermeras respetan el derecho del cliente a tomar sus decisiones, incluso cuando estas opciones no parecen ir encaminadas al mejor interés del paciente, el principio del respeto por las personas exige que se tenga en cuenta los objetivos y los valores propios del paciente a la hora de tomar decisiones sobre los cuidados y el tratamiento. La autonomía del paciente no es solo para aceptar sino también para rechazar cualquier acción médica.

Los problemas éticos impregnan muchos aspectos de la práctica de enfermería. La resolución eficaz de estos dilemas se basa en una base de conocimientos en relación con la conducta profesional y las teorías éticas, en la habilidad para utilizar el Proceso de Enfermería y en la disposición de asumir los riesgos.⁸⁴

⁸² Whaley y Wong Op Cit p 10

⁸³ Kosier Op Cit p 22

⁸⁴ Iyer Op Cit p 348

1.5 Hamartoma como factor de dependencia en la necesidad de movimiento y postura.

Los hamartomas son tumores benignos de tejidos blandos, representan una excesiva proliferación de un componente celular específico endógeno a un determinado tejido.⁸⁵

El Hamartoma es un tumor integrado por los elementos de tejido fino encontrados normalmente en ese sitio pero éste está creciendo en una masa desorganizada. Ocurren en diversas partes del cuerpo y a menudo asintomático y pasan desapercibidos a menos que estén vistos en una imagen tomada por otra razón. Son el resultado de una formación anormal de tejido fino normal, aunque las razones subyacentes de la anormalidad no se entienden completamente. Raramente invade las estructuras circundantes perceptiblemente. Un hamartoma, generalmente es benigno, puede causar los problemas debido a su localización. Cuando están localizados en la piel, la cara o el cuello, pueden desfigurar extremadamente, pueden obstruir prácticamente cualquier órgano en el cuerpo, como el ojo; pueden causar alteraciones importantes de la salud cuando están localizados en el hipotálamo, el bazo, los pulmones o los riñones.

Cuando se habla de hamartoma pulmonar se refiere a una masa de una variada combinación de cartílago, tejido conectivo, grasa, músculo liso y epitelio respiratorio. La incidencia del hamartoma pulmonar en la población es de 0,25 %. Se reportan en hombres 2 a 4 veces más frecuentemente que en mujeres, son raros en los niños, típicamente ocurren en la edad adulta (edad pico sexta década).⁸⁶

Los hamartomas pulmonares se pueden dividir en parenquimatosos y el tipo central endobronquial. El primero es más frecuente, generalmente mide menos de 4 cm. de diámetro, aunque se han descrito hamartomas gigantes del pulmón. Se presentan típicamente como un nódulo redondeado asintomático en zonas periféricas del pulmón en un rayo x de tórax rutinario o en la necropsia.

⁸⁵ Hernández L y et al Hamartoma retroperitoneal. Presentación de un caso

⁸⁶ Pino P, et al. Hamartoma endobronquial, presentación de un caso Rev. Cubana Med. 2001;40(2):145-7

También se han descrito casos en los que las lesiones pulmonares son múltiples y hacen sospechar la posibilidad de metástasis.

Los hamartomas centrales o endobronquiales son encontrados raramente y producen síntomas, por la obstrucción de las vías aéreas, como: tos, hemoptisis, disnea o neumonías obstructivas y causan daño irreversible del pulmón por la obstrucción bronquial, si no son diagnosticados temprano y tratados adecuadamente.⁸⁷

Los hamartomas pulmonares por sí mismo no se asocian a ninguna morbilidad o mortalidad significativa. Sin embargo, los problemas pueden presentarse cuando un nódulo pulmonar se descubre en un fumador y cuando las características del nódulo son anormales. En este contexto, la morbilidad y la mortalidad se pueden relacionar con los procedimientos de diagnóstico tales como biopsia por broncoscópica, percutánea o endobronquial, o toracotomía.

Los tumores son generalmente solitarios, aunque los tumores múltiples se han divulgado en la tríada de Carney. La tríada incluye tumores de cartílago pulmonares, el leomiosarcoma del epitelio gástrico del (leomioblastoma), y el paraganglioma adicional-suprarrenal. Un tipo parcial de la tríada de Carney puede ser considerado cuando los hamartomas pulmonares coexisten con los tumores lisos del músculo del estómago.⁸⁸

Ocurre más a menudo en hombres, con un cociente de varón-hembra de 2-3:1. Edad: La incidencia oscila entre los 50-60 años, pero la edad paciente media en la presentación es 45-50 años. Solamente el 6% se presentan en los jóvenes de 30 años. Los tumores ocurren raramente en niños

Detalles Clínicos: Los hamartomas pulmonares son generalmente asintomáticos y descubiertos como lesión fortuita en una radiografía de pecho rutinaria. De vez en cuando, los tumores pueden ser endobronquiales, y causan raramente hemoptisis o la obstrucción bronquial, los síntomas son tos, expectoración, leucocitosis, y la fiebre. La tríada de Carney puede presentar excepcionalmente, hipertensión.

⁸⁷ Pino P Op Cit.

⁸⁸ Anónimo, Diccionario Médico Disponible en línea: http://en.wikipedia.org/wiki/benign_tumor

Diagnóstico.

La mayoría de los hamartomas pulmonares se descubren incidentalmente en las radiografías de pecho rutinarias. Los resultados radiográficos del tórax son raramente diagnóstico, y la mayoría de los pacientes requieren la examinación de Tomografía Axial Computada (TAC) para la evaluación adicional y la caracterización de la lesión. Broncoscopia o la biopsia percutánea puede ser necesaria para la diagnosis definitiva en algunos casos. Ultrasonografía, Resonancia Magnética, y los estudios del radió nucleares son técnicas útiles para investigar la tríada de Carney⁸⁹

II. METODOLOGÍA.

2.1 Descripción del caso.

El presente estudio de caso corresponde a un lactante menor del sexo femenino de 2 meses 10 días de edad, pertenece a una familia nuclear formada por 4 personas incluyéndola a ella, la madre de 25 años dedicada al hogar de escolaridad preparatoria, aparentemente sana, niega enfermedades y toxicomanías. Padre de 28 años de edad de escolaridad preparatoria, aparentemente sano, niega toxicomanías y enfermedades; recientemente consiguió empleo en una veterinaria con ingresos mínimos. La religión que profesan es la católica.

Proviene de Naucalpan, Estado de México de donde son originarios, habitan casa rentada que cuenta con todos los servicios (agua intradomiciliaria, luz y drenaje), que tiene las siguientes características: construcción de tipo urbana, piso de concreto, compuesta por 3 cuartos (1 recámara, comedor y cocina) y el baño el techo es de concreto (departamento).

Dentro de los antecedentes de salud de la familia, la abuela paterna con Diabetes Mellitus y sobrina paterna con Lupus Eritematoso sistémico en tratamiento.

Producto de la gesta II, no planeado, deseada y aceptada con control prenatal regular (8 consultas) embarazo normo - evolutivo, con producto único

⁸⁹ Anónimo, Hamartomas, Disponible en: <http://www.emedicinehealth.com/collection/su304.asp>

Diagnóstico.

La mayoría de los hamartomas pulmonares se descubren incidentalmente en las radiografías de pecho rutinarias. Los resultados radiográficos del tórax son raramente diagnóstico, y la mayoría de los pacientes requieren la examinación de Tomografía Axial Computada (TAC) para la evaluación adicional y la caracterización de la lesión. Broncoscopia o la biopsia percutánea puede ser necesaria para la diagnosis definitiva en algunos casos. Ultrasonografía, Resonancia Magnética, y los estudios del radió nucleares son técnicas útiles para investigar la tríada de Carney⁸⁹

II. METODOLOGÍA.

2.1 Descripción del caso.

El presente estudio de caso corresponde a un lactante menor del sexo femenino de 2 meses 10 días de edad, pertenece a una familia nuclear formada por 4 personas incluyéndola a ella, la madre de 25 años dedicada al hogar de escolaridad preparatoria, aparentemente sana, niega enfermedades y toxicomanías. Padre de 28 años de edad de escolaridad preparatoria, aparentemente sano, niega toxicomanías y enfermedades; recientemente consiguió empleo en una veterinaria con ingresos mínimos. La religión que profesan es la católica.

Proviene de Naucalpan, Estado de México de donde son originarios, habitan casa rentada que cuenta con todos los servicios (agua intradomiciliaria, luz y drenaje), que tiene las siguientes características: construcción de tipo urbana, piso de concreto, compuesta por 3 cuartos (1 recámara, comedor y cocina) y el baño el techo es de concreto (departamento).

Dentro de los antecedentes de salud de la familia, la abuela paterna con Diabetes Mellitus y sobrina paterna con Lupus Eritematoso sistémico en tratamiento.

Producto de la gesta II, no planeado, deseada y aceptada con control prenatal regular (8 consultas) embarazo normo - evolutivo, con producto único

⁸⁹ Anónimo, Hamartomas, Disponible en: <http://www.emedicinehealth.com/collection/su304.asp>

que nació el día 26 de Julio luego de 2hrs de Trabajo de parto, presentación cefálica, refiere la madre que no lloró y respiró al nacer por lo que requirió maniobras de reanimación básica por 10 minutos, se ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital de Naucalpan por 15 días con diagnóstico médico de asfixia peri-natal moderada, durante los días de hospitalización recibió oxigenoterapia, es egresada a su domicilio por mejoría. A las 48 hrs. presenta fiebre cuantificada por la madre de 38 °C, acude a médico particular, la madre refiere tratamiento con paracetamol no recuerda la dosis.

Al mes de vida presenta dolor abdominal tipo cólico, es llevado con médico particular que da tratamiento con dimeticona y metronidazol no se refiere dosis, al no haber mejoría la llevan a hospital de Naucalpan en donde se encuentra con ausencia de evacuaciones y distensión abdominal catalogada por medico pediatra como íleo paralítico; al no haber recuperación, los padres piden alta 24 hrs. después y es llevada al Hospital infantil de México.

Al llegar a urgencias del Hospital Infantil de México, presenta tos de 17 hrs. de avance, sin expectoración, fiebre cuantificada en 38 °C de 12hrs de evolución, en la valoración medica se encuentra tórax posterior con aumento de volumen a la altura de T4, se localiza masa a nivel ínter escapular de 5 x 5cm aprox. Sin hiperemia, ni aumento de la temperatura local, de 24 hrs. de evolución.

Se realiza Tomografía axial computada de tórax, se identifica región isodensa en mediastino posterior a nivel de T4 – T5 que destruye cuerpos vertebrales, se ingresa a hospitalización por probable absceso paravertebral.

Se realiza resonancia magnética de tórax el día 17 de septiembre, se encuentra proceso destructivo en T4 y T5 en mediastino posterior que provoca disminución del diámetro, con desplazamiento de la estructura mediastinal hacia delante.

El 21 de septiembre de 2006 se realiza resección parcial de tumor por toracotomía posterolateral derecha quedando remanente de la masa sobre columna vertebral, sin exposición de tejido neural, se toma biopsia. El 24 de septiembre de 2006 se presenta resultado de biopsia, lesión sugerente de Hamartoma. Se realiza el 4 de Octubre de 2006 gamagrama óseo, sin datos concluyentes de infiltración ósea.

Presenta rinitis de 4 horas de evolución por lo que requiere de oxigenoterapia fase II, y aspiración de secreciones constante. El 10 de octubre de 2006 se decide alimentación enteral con gastroclisis, pues se considera succión inadecuada, por incremento de peso ineficaz. Finalmente fallece el día 18 de octubre de 2006 por causas aun no determinadas.

A la exploración física se obtuvieron los siguientes hallazgos somatométricos: peso 3,030kg, talla 49 cm., perímetro cefálico 39cm, perímetro torácico 37cm, perímetro abdominal 38 cm.

Los signos vitales al momento de la exploración: 80/50 de tensión arterial, frecuencia cardíaca 136 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 46 respiraciones por minuto. Temperatura de 36.8 °C.

En la valoración de enfermería se encuentra a lactante menor de edad aparente menor a la cronológica, en posición forzada por férula que abarca tórax posterior desde cuello hasta cadera sujeta con venda elástica, en decúbito dorsal, integro, alerta, palidez de tegumentos, responde a estímulos del medio, no presenta movimientos anormales; ubicada en cuna hospitalaria cubierta con sabanas de su propiedad, catéter en cuello del lado izquierdo cubierto con aposito transparente.

Cabeza: cráneo normocéfalo, sin presencia de endostosis y exostosis, cabello de distribución e implantación normal en cantidad escasa, de apariencia brillante, delgado, se palpa fontanela anterior normo tensa con medidas de 3 x 5 cm. Cara simétrica de coloración pálida, responde a estímulos. Ojos simétricos con adecuada implantación de pestañas y cejas en escasa cantidad, iris café claro, esclerótica azulosa, conjuntiva tarzal pálida, pupilas normoreflexivas, nariz central simétrica con presencia de secreción hialina escasa que no obstruye la ventilación.

Cavidad oral: labios íntegros y con movimientos simétricos, mucosas orales hidratadas, ausencia de piezas dentales, encías en buen estado sin ulceraciones, faringe hiperémica, hipertrofia de amígdalas grado 1 con descarga retranasal hialina de cantidad escasa.

Pabellones auriculares con adecuada implantación, conductos auditivos íntegros, no se puede valorar conducto auditivo interno.

Cuello corto, cilíndrico, pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos con el pulso radial, no se palpan masas.

Tórax simétrico, con limitación de la visibilidad por colocación de férula y venda de forma continua por masa en tórax posterior que afecta la medula espinal, presencia de frémito vocal valorado al llanto, movimientos de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire; murmullo vesicular audible sin alteración así como ruidos cardiacos normales en tono e intensidad, a la percusión con ruido claro pulmonar en parte apical de ambos hemitórax.

Abdomen globoso, simétrico, presencia de dibujo de asas apenas perceptible en cuadrantes inferiores, red venosa colateral en este mismo lugar con predominio del lado izquierdo, con discreto cambio de coloración a azulosa de predominio en cuadrante inferior izquierdo, se encuentra con perístalsis presente con ruidos intestinales de 2 a 3 en 1 minuto, blando depresible reactiva a la valoración abdominal pero sin llanto. A la percusión se encuentra timpánico en los 4 cuadrantes con predominio en ambos cuadrantes superiores a 2 hrs. 45 min. De la última toma de leche.

Extremidades superiores e inferiores, simétricos, miembros superiores con tono muscular amentado, fuerza muscular 4/5 con dolor al movimiento de extensión en miembros inferiores, manifestado con llanto que cede al evitar la manipulación; en rotación y abducción sin evidencia de alteración, reflejo patelar y osteotendinoso presente, dedos íntegros, uñas cortas y limpias.

Genitales: fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren a los menores, con presencia de evacuación en labios menores así como secreción blanquecina acumulada; ano permeable con restos de evacuación.

2.2 Métodos e instrumentos.

El método utilizado para la realización de este estudio fue el Proceso Atención Enfermería orientado con el modelo de Henderson.

La valoración de Enfermería del lactante se desarrollo de forma exhaustiva y focalizada a través de la exploración física basándose en el método clínico; la recolección de datos tuvo como fuente primaria la exploración física, la entrevista con la madre y las fuentes secundarias fueron: el expediente clínico, libros, revistas, Internet y miembros del equipo de salud para completar la valoración se utilizo el Continuum dependencia- independencia propuesto por

Phaneuf para la determinación de necesidades dependientes o independientes así como el grafico que relaciona la duración y el grado de dependencia de la persona incluida en la “hoja de reporte diario (anexo 1); siendo este uno de los instrumentos que se utilizaron para la valoración focalizada y para la recolección de datos de forma exhaustiva se utilizó la “valoración de las necesidades básicas en niños de 0 a 5 años” (anexo 2) en el que se obtiene informe acerca de datos demográficos, antecedentes familiares, orientación de la familia, antecedentes individuales, subapartados para la obtención de datos por cada una de las 14 necesidades así como un apartado para el análisis de las necesidades, y su Jerarquización y prioridad de los diagnósticos de Enfermería en las distintas dimensiones de la persona, familia o comunidad, el plan de intervenciones de Enfermería y el plan de alta.

2.3 Proceso de construcción del diagnóstico.

Los diagnósticos fueron diseñados de acuerdo a la propuesta taxonómica de la NANDA 2005-2006; para la elaboración de diagnósticos reales se utilizo el formato PES, y para los de riesgo se utilizo el formato de 2 partes.

De acuerdo al análisis de los datos se detectaron varias necesidades en dependencia para lo cual se propusieron los siguientes diagnósticos: 6 Reales, 4 de riesgo y 5 de Bienestar.

Jerarquía de diagnósticos de enfermería.

Fecha de identificación	Diagnósticos	Nivel y grado De Depend.	Fuente de dificultad	Nivel de prioridad
4 Oct 06 Real	Deterioro de la movilidad física relacionada con falta de fuerza física para mantener una postura adecuada para la edad manifestado por limitación de la amplitud de movimientos de brazos y piernas e irritabilidad así como posición anatómica incorrecta para la edad.	6 Dt.	Falta de fuerza, conocimientos y de voluntad	Alto
6 oct 06 Real	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con falta de fuerza física para ingerir la cantidad optima de nutrientes, manifestado por peso corporal en percentil < 3, talla en percentil por debajo de 3 y retraso en el desarrollo.	4 Dtm	Falta de Fuerza	Alto
7 oct 06 Riesgo	Riesgo de estreñimiento relacionado con cambio en la dieta habitual (concentración de la formula) y reposo prolongado en cama.	3 Dp.	Falta de fuerza	Alto
6 Oct 06 Real	Limpieza ineficaz de vías aéreas superiores relacionada con acumulo de secreciones en boca y nariz manifestado por aleteo nasal discreto y respiración nasal ruidosa.	3 Dp.	Falta de fuerza Y de conocimientos	Alto
6 Oct 06 Real	Alteración del patrón del sueño, relacionado con ambiente hospitalario (maquinas de escribir, voces y llanto de otros niños) manifestado por llanto, dificultad para dormir y mano en oído	3Dtm	Falta de fuerza Y de conocimientos	Medio

4 Oct 06 Riesgo	Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea relacionado con posición continua en decúbito dorsal y factores mecánicos (férula)	3 Dtm	Falta de conocimientos	Medio
14 Oct 06 Riesgo	Riesgo de cansancio del rol del cuidador, relacionado con falta de descanso adecuado y falta de distracción.	3 Dp	Falta de conocimientos	Medio
14 Oct 06 Real	Retraso en el desarrollo relacionado con falta de fuerza física para adaptarse a los efectos colaterales de la enfermedad, manifestado por retraso en el crecimiento físico, dificultad para realizar actividades que corresponderían a la edad según la escala de Denver.	4 Dtm	Falta de Fuerza	Medio
4 Oct 06 Bienestar o de salud	Conductas generadoras de salud relacionadas con la necesidad de vestido y desvestido manifestado por vestimenta adecuada del lactante según la edad y sexo.	1		Bajo
4 Oct 06 Real Realizado en el personal de enfermería	Duelo disfuncional del personal de enfermería relacionado con falta de conocimientos acerca de cómo afrontarlo manifestado por tristeza, poco interés por lo que le rodea, barreras psicológicas para el cuidado de otros pacientes y por no querer hablar del tema.	1	Falta de conocimientos	Alto
4 Oct 06 Bienestar	Disposición para mejorar la higiene del lactante manifestado por expresión verbal de la madre de conocer como realizar la limpieza de genitales después del cambio de pañal.	2	Falta de conocimientos	Bajo

4 Oct 06 Bienestar	Disposición para mejorar la recreación del lactante manifestado por el deseo de dar a su hija una actividad que la distraiga y que además estimule su desarrollo (Música)	2	Falta de conocimiento	Bajo
4 Oct 06 Bienestar	Conductas generadoras de salud relacionado con la necesidad de termorregulación manifestado por acciones y parte de la madre para controlar la temperatura de acuerdo al clima y el estado de salud	1		Bajo

2.4 Proceso de planeación especializada.

El plan de atención elaborado en el presente estudio de caso está organizado como sigue:

Un apartado para identificar la necesidad en base a la cual se desarrolló el plan de intervención , continuando con la valoración alterada, misma que contiene datos subjetivos y objetivos, posteriormente se plasma el diagnóstico de enfermería junto con la fecha de identificación y tipo de diagnóstico y prioridad, enseguida se continua con objetivos que en un plan de intervenciones se tomó como referencia para su evaluación del CRE (clasificación de resultados de enfermería) y el rol de enfermería, posteriormente se desarrollan las intervenciones de enfermería que fueron tomadas de la propuesta del CIE (clasificación de intervenciones de enfermería) cada una con su respectiva fundamentación y se finaliza con la evaluación de acuerdo al esquema de Donavedian: estructura-proceso-resultado y el nivel y grado de dependencia final del paciente.

Se desarrollaron únicamente 6 diagnósticos de enfermería con sus respectivos planes de intervención para fines de evaluación de los cuales 5 son reales y 1 de riesgo, todos ellos previamente jerarquizados.

Para establecer el nivel de independencia-dependencia se utilizó el Continuum propuesto por Phaneuf con base a la siguiente nomenclatura:

(Dt) Dependencia Total (Dtm) Dependencia temporal (Dp) Dependencia parcial (Dpr) Dependencia permanente.

Este tipo de estructura para el plan de atención, permite identificar la relación entre el proceso enfermero y el enfoque de las necesidades fundamentales, así como la continuidad de los cuidados proporcionados a las necesidades detectadas.

2.4.1 Valoración Focalizada de la necesidad de Movimiento y postura.

Datos Subjetivos.

La mamá de la niña refiere haber tenido un embarazo “sin problemas”, llevando control prenatal adecuado con producto único, que nació por parto normal de presentación cefálica, después de 2hrs de trabajo de parto, la mamá refiere que no lloró ni respiró al nacer y “la hicieron respirar” estuvo 2 semanas en UCIN por este motivo, la última vez que la hospitalizo antes de llegar al hospital le sintió una bolita en la espalda misma que la mamá piensa que le dolía porque la acostaba y lloraba, cuando llegó al hospital la revisaron y le dijeron que debían de operarla para quitársela y ahora esta con una férula de yeso en la espalda que no la deja moverse y piensa que eso le causa dolor, además la mamá ha notado que sus brazos y piernas no se mueven igual que otros bebés.

Datos Objetivos.

Habitus Exterior.

Lactante menor de edad aparente menor a la cronológica en posición de decúbito dorsal, forzada por férula que abarca tórax posterior desde cuello hasta cadera sujeta con venda elástica, con catéter en cuello. Cubierto con apósito transparente; su coloración es ligeramente pálida, responde a estímulos del medio, ubicada en cuna hospitalaria cubierta con sabanas de su propiedad.

Exploración física.

Inspección:

Postura: se encuentra con una postura en extensión en extremidades, cabeza lateralizada hacia la derecha, brazos en “W” y hacia atrás, manos empuñadas; férula de yeso en tórax posterior que abarca de cuello a cadera, esto origina que las piernas queden por debajo del tronco al igual que las rodillas que se encuentran en leve flexión.

Reflejos: se valora Moro el cual esta incompleto solo presenta lateralización de la cabeza no presenta movimiento de extremidades hacia línea media. Los reflejos

de succión y deglución presentes, con falta de fuerza para realizar una succión eficaz, no se realizó la valoración del resto de los reflejos por la restricción de movimientos (férula).

Articulaciones: limitación para realizar los arcos de movimiento

Fuerza muscular: no pudo ser valorada de forma adecuada pues presentaba llanto en la movilización.

Palpación: Se palpan articulaciones en extremidades no se encuentra presencia de alguna alteración.

Presencia de masa en tórax de la cual se difiere la palpación esta se encuentra a nivel de 5ª vértebra torácico, la cual es visible.

Fuentes de la Dificultad

- Falta de fuerza: por parte de la lactante para adoptar una postura correcta para su edad.
- Falta de Conocimientos: por parte del personal y de la madre para brindar posicionamiento correcto.
- Falta de Voluntad: en el personal de salud para favorecer un posicionamiento correcto

FECHA DE IDENTIFICACION 4 OCT 06

TIPO DE DIAGNÓSTICO: REAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física relacionado con falta de fuerza para mantener una posición correcta para la edad manifestada por limitación de la amplitud de movimientos de extremidades, irritabilidad así como posición anatómica incorrecta.

NIVEL Y GRADO

DE DEPENDENCIA 6 Dependencia total transitoria

NIVEL DE PRIORIDAD ALTO

PLAN DE INTERVENCIONES	
Rol de la Enfermera: De ayuda y de suplencia	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. Intervención Independiente</p> <p> Valoración de la necesidad de movimiento y postura.</p> <p>Recabar datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subjetivos • Objetivos <ul style="list-style-type: none"> ▪ POSTURA ▪ TONO ▪ FUERZA MUSCULAR ▪ REFLEJOS: Reflejo de presión, Moro, Reflejo Tónico del Cuello, Reflejo de Gateo Reflejo de Marcha <p>2. Intervención Dependiente</p> <p> La enfermera y el cuidador primario continuaran con Inmovilización de la Columna Vertebral con dispositivo (férula) colocado de forma constante hasta realización de cirugía correctiva (NIC 0910)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización en bloque • Apoyar con soporte la parte corporal afectada (contención) • Mover el área lesionada lo menos posible • Fomentar los ejercicios isométricos. <p>Enseñar a la familia el montaje, la utilización y el mantenimiento de los dispositivos de ayuda.</p>	<p>Durante la valoración, la enfermera será capaz de determinar los cambios fisiológicos normales de crecimiento y desarrollo; las desviaciones relacionadas con la mala postura, el traumatismo, el deterioro muscular o la disfunción nerviosa, cualquier necesidad de aprendizaje que puedan tener los clientes. (Potter, 1017)</p> <p>La inmovilización mediante un yeso o una férula ayuda a mantener un alineamiento correcto y asegura la curación apropiada del proceso, así como una óptima movilización de las partes no lesionadas. (Morgan, 156)</p> <p>Los aparatos de postura u ortesis permiten la inmovilización de una articulación o un segmento de la extremidad o una zona, igualmente permite mantener la región a inmovilizar temporalmente en la posición de función, que es la posición anatómica.</p>

⁹⁰ Se utilizó la escala del dolor para recién nacido, por el retraso en el desarrollo que presentaba la lactante; según la escala de Denver esta en etapa de recién nacido.

3. Intervención Interdependiente.

- **Manejo del dolor (NIC, 1400) La enfermera deberá administrar analgésicos según este indicado y utilizar medidas no farmacológicas para el control del dolor según sea necesario antes de cada sesión del programa de rehabilitación**

- Realizar valoración del dolor (escala Fisiológica) antes de la realización del programa de rehabilitación⁹⁰ (anexo 3)

- Administrar analgésico indicado según el horario prescrito.
- Control de factores ambientales que ayuden a disminuir el dolor. (control de ruido y luz) (plan de intervenciones Necesidad de Descanso y sueño)

4. Intervención Interdependiente

 **En colaboración con el fisioterapeuta realizar Programa de Rehabilitación con la participación de la madre (NIC 0224).**

- Explicar a la paciente y a la familia el objetivo y el plan de ejercicios que se tiene previstos para la lactante
- La madre mantendrá a la lactante con postura alineada, antes y después de los ejercicios.

Los neonatos y los lactantes presentan indicadores fisiológicos, comportamentales y bioquímicas del dolor; los cuales a veces son difíciles de diferenciar de síntomas de otros padecimientos.(Whaley y Wong 557)

Cuando un paciente ha estado con inmovilizaciones prolongadas, posturas incorrectas, seguramente presentara dolor a cualquier mínima movilización, por lo que antes de realizar cualquier actividad de rehabilitación se deberá dar tratamiento al dolor; sobre todo en niños los cuales no permitirán ningún tipo de intervención si sienten dolor en las movilizaciones. (www.ucla.edu.cl)

❖ Cuando un músculo no se utiliza o se debilita, tiende a acortarse, lo mismo que los ligamentos y los tendones, resultando que las articulaciones se vuelven rígidas, ocasionando deformidades o contracturas, sobre todo en tobillos, rodillas, caderas, muñecas y codos (www.ucla.edu.cl)

❖ La movilidad pasiva son ejercicios realizados por otras persona; de esta manera los músculos no se contraen

<p>Realizar termoterapia (calor local) por parte de la madre antes de la realización de los ejercicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar compresas tibias calentadas con agua tibia o calor seco. • Verificar la temperatura antes de colocarlas. • Dejarlas por espacio de 5 a 10 min. en cada articulación • El baño puede sustituir las compresas si el lactante no presenta disminución de su temperatura después del baño 	<p>activamente, esto ayuda a evitar o corregir contracturas ocasionadas por el reposo prolongado, esto no aumenta ni el tono ni la fuerza muscular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La movilización pasiva es aquella que ejecuta el operador, debiéndose realizar con gran cuidado, colocando al paciente en la posición conveniente para cada articulación, evitando el dolor y el espasmo muscular. ❖ El calor aplicado al exterior del cuerpo suscita aumento de la temperatura tisular, se eleva la actividad metabólica local, lo que acrecienta el ascenso de la temperatura y la vaso dilatación. Más capilares se tornan permeables y aumenta el riego sanguíneo y la presión capilar. También hay una mayor trasudación. La piel se torna húmeda al ser estimuladas las glándulas sudoríparas. El calentamiento local en una zona de inflamación aumenta la fagocitosis; en general, la temperatura corporal se eleva de manera importante y así permanece durante algunas horas. Con la termoterapia también se logra la sedación, analgesia y alivio de la tensión muscular. <p>(www.ucla.edu.cl)</p>
--	--

■ La madre y la lactante realizarán los siguientes ejercicios pasivos por 10 minutos 2 veces al día o según tolerancia durante un mes o hasta su próxima valoración:

- Cabeza:

Mantener alineación correcta, brindar cambios de posición al centro, cada 2 hrs. durante el día.

- Cuello

Flexión lateral: mover la cabeza lateralmente hacia el hombro izquierdo y derecho con la mirada al frente.

- Hombro

- Movilizar articulaciones de hombro, codo, y muñeca, diez por cada articulación.

- Flexión y extensión: mover un brazo a la vez. Elevar el brazo desde el lateral del cuerpo hacia delante y arriba hasta la altura de la cabeza.

- Abducción y aducción: mover desde la posición de reposo, hasta una posición lateral por encima de la cabeza.

- Circunducción: mover cada brazo hacia adelante, arriba, atrás y abajo describiendo un círculo completo.

- Flexión del codo: brindado apoyo en el codo con una mano flexionar el codo desde una posición horizontal con la palma de la mano hacia arriba.

- Antebrazo: girar cada mano y antebrazo de forma que la palma mire hacia arriba; y para

❖ Los ejercicios pasivos de rango completo de movilidad, conservan la movilidad articular y evitan contracturas (Kosier, Tomo 2, P 967)

pronación hacia abajo.

- Muñeca

- Flexión: mover los dedos de cada mano hacia la cara interna del antebrazo.

- Extensión: enderezar la mano hasta el mismo plano que el brazo.

- Abducción: doblar la muñeca lateralmente hacia el lado del pulgar, con la mano en supinación.

- Aduccion: doblar la muñeca lateralmente hacia el lado del quinto dedo con la mano en supinación.

- Manos y dedos.

- Flexión: cerrar el puño de cada mano.

- Extensión: enderezar los dedos de la mano.

- Dedo pulgar

- Flexión: mover el pulgar de cada mano a través de la palma hacia el 5to dedo

- Extensión: separar el pulgar de la mano

- Abducción: extender el pulgar lateral.

- Aduccion: juntar el pulgar a la mano.

- Pierna.

- Movilización de las articulaciones de rodilla y tobillo.

- Cadera: con el pie alineado. Movilizar el pie hacia delante hasta donde el paciente tolere.

- Abducción: desde la posición normal del pie llevar del centro hacia el lateral y regresar al centro.

- Aduccion: desde el centro en la posición normal del pie hacia el otro pie y regresando.

- Rotación interna: con la pierna alineada y con apoyo en rodilla girar la pierna de la

posición de reposo hacia adentro.

- Rotación externo: con la pierna alineada y con apoyo en la rodilla girar la pierna de la posición de reposo hacia fuera.

- Rodilla

- Flexión y extensión: desde la posición de reposo doblar pierna formando un ángulo de 90° levantar enderezando la pierna y regresando a la posición de 90° dando apoyo en rodilla.

- Circundición: con la pierna extendida levantar hacia arriba aun lado, abajo y al otro lado describiendo un círculo.

- Tobillo.

- Extensión: señala hacia abajo con los dedos del pie.

- Flexión (dorsiflexión): señalar hacia abajo con los dedos del pie.

- Eversion: girar la planta del pie lateralmente

- Inversión: girar la planta del pie medianamente

Extensión: enderezar los dedos de cada pie.

Abducción: separar los dedos de los pies.

 A medida que se realizan las maniobras sostener las regiones del cuerpo que están siendo ejercitadas; con las palmas de las manos.

❖ Previene la tracción y el manejo descuidado de las extremidades lo que podría ocasionar dolor o lesiones (Kosier, Tomo 2, P 967)

<ul style="list-style-type: none"> ❑ La madre y la enfermera observaran al paciente en busca de la aparición de signos de malestar mientras se realizan los ejercicios que se suspenderán sin hay alguna eventualidad. ❑ Volver a cubrirlo con ropa de cama y dejar su cuerpo alineado en forma correcta. ❑ La madre colocara a la lactante en una posición alineada antes y después de los ejercicios ❑ Levantar barandales laterales de la cuna cuando de haya finalizado <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre a realizarlos de forma sistemática los ejercicios y brindar apoyo y colaboración durante la realización 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La alineación: se refiere a la alineación de una parte del cuerpo con otra. La correcta alineación corporal reduce la tensión ejercida sobre las estructuras músculo esqueléticas mantiene el tono muscular y contribuye al sostén del equilibrio. (Potter, 1024)
---	---

Evaluación:

Se contó con lo necesario para la aplicación del plan de intervenciones, aunque este no pudo ser completado, el área en que se realizo fue la unidad del paciente, la madre tuvo disposición para su aplicación.

La manera en que se aplico favoreció en la madre su participación.

Para esta necesidad se realizaron 2 seguimientos, para valorar los avances en la madre y la lactante no se pudo realizar una nueva valoración de forma completa pero se logró que la dependencia disminuyera a nivel 5 ya que se logro un posicionamiento correcto.

2.4.2 Necesidad de eliminación

Datos subjetivos: la mamá refiere que a su hija le cambia 4 o 5 pañales con orina y uno con evacuación las cuales las refiere como normales. La mamá también refiere que ya fue hospitalizada por problemas de la “pancita” (5 días anteriores al ingreso al hospital) pues ella creía que tenia cólicos, los doctores con el que la llevo le dieron “espaven” que le afecto los intestinos y estuvo unos días sin comer.

Actualmente la enfermera a cargo del cuidado de la lactante refiere que desde hace 4 días que le concentraron la formula, evacua menos frecuente; refiere estar alimentada con formula de continuación en cantidad de 50 a 60 ml cada 3 hrs.

Datos Objetivos.

El abdomen a la inspección se encuentra globoso, simétrico, con presencia de dibujo de asas apenas perceptibles en cuadrantes inferiores, red venosa colateral en el mismo sitio de predominio en el lado izquierdo, con discreto cambio de coloración azulosa de predominio en cuadrante inferior izquierdo a la auscultación se encuentre son perístalsis presente, ruidos intestinales de 2-3 en un minuto, en la palpación superficial se encuentra blando depresible, al realizarlo se encontraba dormida y despierto pero no hay llanto y en la percusión se encuentra timpánico en los cuatro cuadrantes con predominio en ambos cuadrantes superiores a 2:45min de ser alimentada.

Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren los menores con presencia de materia fecal en labios menores

Ano permeable son zonas de enrojecimiento en la periferia

Fuentes de la dificultad

- ❖ Falta de fuerza física de la lactante para adaptarse al cambio de formula aunado al reposo prolongado (3sem)
- ❖ Falta de conocimientos de los cuidadores primarios (mamá y papá) en la limpieza de genitales externos de la lactante en el cambio de pañal.
- ❖ Falta de voluntad en los cuidadores secundarios (enfermeros y doctores) en la limpieza adecuada de genitales.

FECHA DE IDENTIFICACION: 4 OCTUBRE 06

TIPO DE DIAGNÓSTICO: DE RIESGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de estreñimiento relacionado con cambio en la dieta habitual (concentración de la formula) y reposo prolongado en cama.

NIVEL DE DEPENDENCIA GRADO 3, DEPENDENCIA PARCIAL

NIVEL DE PRIORIDAD: ALTO

OBJETIVO.

La lactante no presentara signos de estreñimiento por medio de acciones que la enfermera realizara para mantener un funcionamiento intestinal óptimo.

PLAN DE INTERVENCIONES	
NECESIDAD: Eliminación Rol de la enfermera: de suplencia	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Intervención Independiente</p> <p>1. La enfermera registrará los ingresos y egresos durante las 24 hrs. del día y analizara el balance de líquidos una vez cada 6 horas. (NIC 4130)</p> <p>a. Vigilar y registrar los ingresos y egresos de manera horaria</p> <p>b. Comprobar los niveles de electrolitos en suero y en orina</p> <p>c. Observar las mucosas y la turgencia de la piel</p> <p>d. Observar color, cantidad y gravedad especifica de la orina por lo menos una vez cada 8 hrs.</p> <p>e. Observar si hay signos de hipervolemia como regurgitación yugular, crepitación pulmonar y edema periférico o ganancia de peso.</p> <p>f. Registrar en la hoja de enfermería todos los datos que se refieran a ingresos de líquidos y egresos.</p> <p><u>Ingresos:</u> fluidos orales (agua, leche, jugos, licuados, sopa, agua para medicamentos) Alimentación por sonda (recordar incluir la sol con la que se limpia la sonda) Fluidos parenterales en cantidad exacta incluyendo los hemoderivados, líquidos por la administración de medicamentos, irrigación de catéteres y sondas.</p> <p><u>Egresos:</u> medir eliminación urinaria, vómitos, heces, heces liquidas, diaforesis, perdidas insensibles, perdidas por tubos de drenaje, drenajes de heridas y fístulas que drenan</p> <p>g. Identificar factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, patologías renales, infección, estado postoperatorio, poliuria, vomito y diarrea</p>	<p>El registro de los ingresos ayuda a la enfermera a determinar si la ingestión de líquidos es la adecuada para mantener un estado de hidratación óptimo; ya que las cantidades adecuadas de líquidos favorecen la eliminación fecal normal. (Kosier, 1259)</p>

<p>h. Al final de 8 hrs. determinar el balance hídrico sumando ingresos totales, egresos totales contando las pérdidas insensibles del lactante (SC. {peso*4+9/100} * 600/3), e identificar la diferencia entre ambos.</p> <p>i. Determinar si es balance positivo o negativo y registrar en la hoja de enfermería.</p> <p>Intervención Independiente.</p> <p>2. Con colaboración de la mamá y la enfermera realizaran a la lactante entrenamiento del intestino para evitar el estreñimiento (NIC 0440)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. ◇ Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares ◇ Establecer una hora para la defecación <p>Programa de entrenamiento intestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) determinar hábitos intestinales del paciente y factores que facilitan o dificultan la defecación normal 2) aumento de ejercicio. En ausencia de la posibilidad de ejercicios a nivel abdominal y de los cambios de posición puede realizarse el masaje abdominal: este se aplica sobre el abdomen a lo largo de la línea del colon, comenzando en la fosa iliaca derecha y desplazándose a lo largo del colon descendente, descendente y transversal siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, después del primer alimento de la mañana. 3) La madre realizara el masaje todas las mañanas después de la primera toma de leche de la mañana. <p>Intervención Independiente</p> <p>3. Revalorar la necesidad de eliminación (intestinal) cada 24hrs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Recabar datos subjetivos. ◇ Recabar datos objetivos. Exploración física del abdomen y de la región perianal (inspección, palpación, percusión) patrón de eliminación intestinal. 	<p>El masaje puede utilizarse para estimular el peristaltismo.</p> <p>La presencia de alimentos en el estomago, desencadena el reflejo gastrocolico (Kosier, 1273)</p> <p>La valoración continua proporciona datos para evaluar la eficacia de las intervenciones por lo que hay que realizar una evaluación y monitoreo cuidadoso de la parte superior e inferior del</p>
--	--

	abdomen, así como de los volúmenes y el aspecto de las excretas del cuerpo. (Smith, 262)
--	--

Evaluación: el plan de atención pudo realizarse de manera parcial, pues no fue posible realizar una nueva valoración de la lactante y determinar el nivel de mejoría en la dependencia. Sin embargo presento por lo menos una evacuación por día, aun con dificultad, continúo con el mismo nivel de dependencia.

2.4.3 Necesidad de Oxigenación:

Datos Subjetivos

La mamá refiere que nadie en la familia padece de problemas respiratorios, al menos con los que ella tiene menor contacto. Cuando su bebe nació no lloró ni respiró y le tuvieron que “poner un tubo” para que respirara, solo duro una semana con él, desde entonces siempre tiene tos, después de eso empezó otra vez con problemas para respirar un médico particular le dijo que era neumonía y la trajo al Hospital Infantil, aquí le encontraron un tumor atrás de su pulmón, y le dijeron que ese era la razón por la cual no se le quitaba la tos. La mamá refiere también, que ya estando en el hospital y después de la cirugía que le hicieron para revisar el tumor la tos mejoró, pero hace dos días empezó con moco en la nariz y no pudo dormir porque no podía respirar, y en la mañana no podía comer y siente que eso va hacer que baje de peso.

Datos objetivos

Exploración Física.

A la inspección se encuentra con nariz recta, coloración similar al resto de la cara con aleteo nasal apenas perceptible con presencia de moco transparente en ambas fosa nasales, labios de coloración pálida, no se puede valorar la garganta por irritabilidad de la lactante; el cuello es corto sin alteración evidente, tórax redondo con presencia de masa anormal, perceptible a simple vista de 2 cm. aprox. de diámetro en tórax posterior a nivel íter escapular, con parche de microporo en hemitórax derecho a nivel de línea media axilar a la altura de 5to espacio intercostal. La respiración con tiros intercostales discretos después de acceso de tos, a la palpación se encuentra nariz sin alteración o dolor, cuello con

presencia de ganglios perceptibles en ambos lados, traquea movable; pulsos carotídeos sincrónicos y homocrotos con pulso radial, tórax con movimientos de amplexación y ampliación presente y adecuados, fremito vocal presente valorada durante el llanto, a la percusión con ruido claro pulmonar en parte apical en ambos hemitórax Auscultación pulmonar murmullo vesicular en área apical y basal de tórax anterior, se encuentra foco aortico en 2do EICD y foco mitral en 4to EICI.

Signos Vitales

FC 136, FR 52, T/A 80/50 Laboratorios BH Hb 11.2 Hto 38

TAC Tórax.

Lesión isodensa en mediastino posterior

Resonancia Magnética

Proceso destructivo en T4-T5 en mediastino posterior que provoca disminución del diámetro del canal raquídeo con desplazamiento de la estructura mediastinal hacia adelante.

Fuentes de la dificultad

- ❖ Falta de fuerza física para contrarrestar los efectos colaterales del tumor en mediastino
- ❖ Falta de voluntad sin alteración.
- ❖ Falta de conocimiento sin alteración.

FECHA DE IDENTIFICACION 4 OCTUBRE 2006

DIAGNÓSTICO: REAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Limpeza ineficaz de vías aéreas superiores relacionada con acumulo de secreciones en boca y nariz manifestado por aleteo nasal discreto y respiración nasal ruidosa.

NIVEL DE DEPENDENCIA: DEPENDENCIA GRADO 3, DEPENDENCIA PARCIAL TRANSITORIA

NIVEL DE PRIORIDAD: ALTO

OBJETIVO

La lactante se mantendrá libre de secreciones de las vías áreas superiores por medio de acciones que la enfermera realizara durante el tiempo que sea necesario para conseguir una respiración regular.

PLAN DE INTERVENCIONES	
Rol de la enfermera: de suplencia	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Intervención Independiente</p> <p>1. Monitorizar signos vitales de la lactante cada 2 hrs. para determinar y prevenir complicaciones (NIC 6680)</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Controlar periódicamente presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y estado respiratorio◇ Evaluar periódicamente la frecuencia y ritmo cardiaco y respiratorio◇ Evaluar continuamente la saturación de oxígeno si se cuenta con monitor◇ Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel◇ Observar llenado capilar◇ Identificar causas posibles de alteración en los signos vitales◇ Registrar datos en la hoja de enfermería	<p>Los cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria pueden producir desequilibrios ácido-base respiratorio o actuar como mecanismo compensatorio en las alteraciones metabólicas (Kosier, 1144)</p> <p>Los signos vitales y los ruidos del pecho hay que controlarlos para valorar el progreso de los síntomas y detectar los primeros signos de complicaciones. (Whaley & Wong, 684)</p>
<p>2. Intervención Independiente:</p> <p>Realizar monitorización respiratoria dos veces por turno durante el tiempo que permanezca hospitalizada. (NIC 3350)</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.◇ Observar si se producen respiraciones ruidosas◇ Vigilar aparición, características y duración de la tos◇ Vigilar características de las secreciones respiratorias del lactante	<p>Cuando existen problemas respiratorios a veces están relacionados con obstrucción de las vías áreas o trastorno alveolar los que causa aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia respiratoria (Slota, 76)</p>

<p>◇ Observar si hay cambios en el patrón respiratorio y si hay mejoría o empeora</p> <p>◇ Abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula.</p> <p>Intervención Independiente</p> <p>3. La enfermera realizara manejo de la vía área mientras la lactante permanezca en el servicio para asegurar la vía aérea permeable (NIC 3140)</p> <p>Eliminar las secreciones por medio de aspiración nasotraqueal.</p> <p>Equipo:</p> <p>Fuente de aspiración (aspiración portátil o de pared)</p> <p>Guantes</p> <p>Agua estéril y solución fisiológica</p> <p>Catéter para aspiración 8 fr.</p> <p>Cubrebocas</p> <p>Recipientes para la solución</p> <p>Jeringa de 1 ml</p> <p>Lubricante</p> <p>Técnica</p> <p>Explicar el procedimiento al lactante y la familia</p> <p>Lavarse las manos y organizar el equipo</p> <p>Controlar el funcionamiento adecuado del aspirador</p> <p>Colocar a la lactante en posición semifowler</p> <p>Encender la fuente de aspiración y colocar el extremo del tubo fijo a esta (prueba del aspirador usar una presión de 50 a 120mmhg)</p> <p>Abrir la solución de irrigación estéril y vertirlo en los recipientes estériles.</p> <p>Colocarse cubrebocas</p> <p>Lavarse las manos</p> <p>Abrir el paquete con el catéter de aspiración</p> <p>Lubricar el extremo del catéter con jalea lubricante o con solución de irrigación.</p> <p>Insertar el catéter en la boca siguiendo la línea de la</p>	<p>Los niños con tos productiva o los que tengan dificultad para eliminar sus secreciones, especialmente los lactantes deberán ser sometidos a succión para mantener las vías respiratorias libres.</p> <p>(Whaley y Wong 684)</p> <p>La aspiración nasofaringea limpia de secreciones las vías aéreas y facilita la respiración. (Smith 121)</p>
--	---

<p>mandíbula y deslizarlo hacia la oro faringe hasta que el paciente tosa o se perciba resistencia</p> <p>Retirar el catéter lentamente mientras se aplica la aspiración y rotar entre los dedos.</p> <p>Evitar el contacto directo del catéter con mucosas laceradas o irritadas</p> <p>Colocar la punta del catéter de aspiración en solución estéril y aspirar durante 1 o 2 segundos</p> <p>Permitir al paciente que descanse, y evaluar estado respiratorio, aplicar oxígeno si es necesario</p> <p>Repetir si es necesario.</p> <p>Realizar por ambas fosas nasales si es necesario</p> <p>Se puede aplicar 0.1ml de solución fisiológica en cada fosa nasal para fluidificar las secreciones nasales</p> <p>Utilizar misma técnica de oro faringe para ambas fosas nasales</p> <p>Al terminar desconectar el catéter de aspiración de la tubuladota del aspirador, apagar la fuente de succión y desechar al catéter</p> <p>Desechar el equipo de aspiración</p> <p>Colocar al paciente en una posición cómoda</p> <p>Elevar los barandales y dejar al paciente cuando se encuentre estable.</p> <p>Realizar las anotaciones de enfermería correspondientes</p>	
<p>Intervención Independiente</p> <p>4. La enfermera revalorará la necesidad de oxigenación una vez que se han emprendido las intervenciones.</p> <p>◊ Reunir datos Subjetivos de la lactante</p> <p>Obtener datos Objetivos por medio de la Exploración Física del aparato respiratorio y cardio vascular. (Inspección, palpación, percusión y auscultación.)</p>	<p>Proporciona datos que permiten valorar los cambios en la respiración antes y después del tratamiento. Así como la detección de la presencia de signos y síntomas que sugieran inestabilidad respiratoria. (Morgan, Pág. 10)</p>

Evaluación: se contó con todos los recursos necesarios para llevar a cabo la aceración de secreciones y la toma de signos vitales. El plan se completo, y la respiración mejoro y no se presentaron complicaciones derivadas del acumulo de secreciones. Mejoro el nivel de dependencia a nivel 2

2.4.4 Necesidad de Descanso y sueño

Datos subjetivos

La mamá refiere que la lactante duerme aproximadamente unas 12 hrs. al día, de los 2 meses de vida ha pasado la mitad hospitalizada, y no ha podido acostumbrarse a dormir en casa porque solo ha estado unos días, y esos días le costo mucho trabajo dormirla, y luego enfermo y tampoco podía dormir y cuando por fin lograba dormirse cualquier ruido la despertaba. Ahora que esta hospitalizada le costó dormir los primeros días primero por la cirugía, luego por la férula que ella cree que le lastimaba y luego porque hay mucho ruido.

Datos objetivos.

Exploración física

Se observa con facies de cansancio, palidez de Tegumentos y ojeras evidentes tranquila, alerta, con sobresaltos a ruidos Fuertes, y bostezos esporádicos, contracción pupilar a los reflejos luminosos. Los reflejos están presentes de succión y deglución. Hay dolor a la movilización lo cual hace que ella despierte, la frecuencia cardiaca de 136 la frecuencia respiratoria de 52

El Entorno en el que ella esta. Se encuentra con abundante luz natural por el día, y luz tenue por la noche que permanece constantemente encendida, hay ruido por maquinas de escribir, personas hablando, pacientes desplazándose por los pasillos y el llanto de otros pacientes.

Fuentes de la dificultad

- ❖ Falta de fuerza física para adaptarse al ambiente hospitalario
- ❖ Falta de conocimientos de la madre y el personal de salud de propiciar un ambiente optimo para el sueño –vigilia
- ❖ Falta de voluntad sin alteración

FECHA DE IDENTIFICACION: 6 OCTUBRE 2006

TIPO DE DIAGNOSTICO: REAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro del patrón del sueño (insomnio) relacionado con ambiente hospitalario (maquinas de escribir, voces y llanto de otros niños) manifestado por llanto, dificultad para dormir y mano en oído

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: NIVEL 3. Y DEPENDENCIA PARCIAL

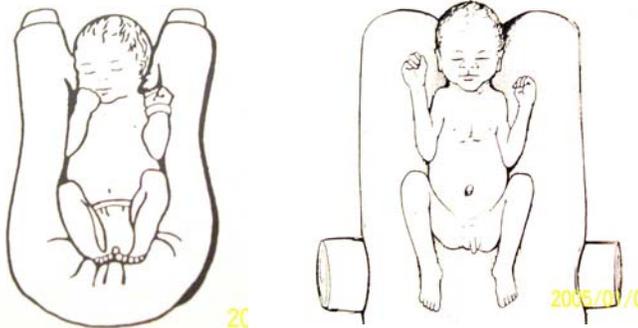
NIVEL DE PRIORIDAD: MEDIO

OBJETIVO.

La lactante logrará un patrón de sueño normal para su edad por medio de las acciones que la madre y el personal de salud realizaran durante el tiempo que permanezcan en el hospital.

PLAN DE INTERVENCIONES	
Rol de la enfermera: de ayuda	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Intervención Independiente 1. La enfermera llevará a cabo manejo del ambiente para propiciar el descanso de la lactante durante las 24 hrs. del día (NIC 6480) ◇ Organizar las intervenciones de enfermería para propiciar momentos de descanso del lactante y recuperarse de los momentos estresantes. ◇ Disminuir la sobre estimulación del ambiente como luz y ruido: ◇ Disminuir luz ambiental una vez que se termine con la intervención Mantener sonido de alarmas a un nivel moderado, teléfonos celulares en modo vibratorio. Limite las conversaciones cerca de la cama Utilice un tono de voz tranquilo y suave Coloque tapones o audífonos para disminuir la exposición al ruido aunque no este oyendo música	 El ambiente del hospital es responsable de múltiples factores que obstaculizan el sueño. Es posible que la interrupción del sueño este relacionada con la confusión e irritabilidad de los niños hospitalizados. La sobrecarga sensorial del ambiente hospitalario puede causar confusión, inquietud, enojo, agitación y psicosis. El ruido ha sido relacionado con falta de sueño, enojo, cefalalgia, fatiga, liberación de las hormonas de estrés, disminución de la hormona del crecimiento , incremento del dolor, mayor

- ◇ Favorecer el ciclo día- noche
 Por la noche colocar luces tenues o propiciar momentos sin luz durante la noche
 Evitar que la luz de directamente sobre la cara del niño y proteja la cara de la luz aun de la luz natural
 Permita que los periodos de sueño sean cuando menos de 90 min.
 Despertar al niño antes de realizar cualquier procedimiento
- ◇ Atender rápidamente alarmas
- ◇ Evitar hablar cerca del paciente
- ◇ Atender el teléfono tan rápido como sea posible.
- ◇ Controlar iluminación
- ◇ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo
- ◇ Determinar fuentes de incomodidad como condiciones de la cama, vendaje mojados, posición de las sondas vendajes constrictivos
- ◇ Facilitar las condiciones de higiene para mantener la comodidad de la lactante
- ◇ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando alineación corporal y uso de almohadas o contención)
 (ver plan de intervenciones movimiento y postura)



- ◇ Vigilar la piel, especialmente en prominencias corporales, por si hubiera signos de presión, que pudieran causar incomodidad y que propicien dificultad para dormir

necesidad de analgésicos.

La luz continua causa confusión entre el día y la noche. Con frecuencia la luz es muy brillante y con frecuencia se localizan precisamente encima del niño.

La desorganización en las horas de sueño conduce a fatiga, ansiedad, agudización de la enfermedad, inquietud desorientación.

La interrupción del sueño durante la hospitalización puede alterar el patrón del sueño aun después que el niño ha sido dado de alta. (Slota 9,10)

<p>Intervención Independiente</p> <p>2. Brindar musicoterapia si las condiciones del paciente lo permiten (NIC 4400)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Utilizar la música como medio de relajación; elegir música suave con ritmos sin rebotes ◊ MUSICOTERAPIA ◊ Concepto: La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un músico terapeuta especializado (calificado) con un individuo (o grupo de personas) en un proceso diseñado (con una metodología y objetivos a desarrollar), para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración intrapersonal.⁹¹ <p>Indicaciones:</p> <p>La musicoterapia combinada con técnicas de relajación es una fórmula muy beneficiosa para la prevención y localización de posibles problemas tanto a nivel infantil, como social o familiar, en un ambiente grupal que beneficia la interacción social y nos permite, de una manera lúdica para los niños, ir dotándoles de estrategias muy importantes para el buen funcionamiento psicológico así como interferir en problemas como la inadaptación social, la hiperactividad, la falta de atención, establecimiento de límites personales e interpersonales, motivación que suelen estar latentes en los ámbitos escolares.</p>	<p>El estrés y la ansiedad son un fenómeno común en los pacientes hospitalizados. Varios hospitales del mundo, han buscado como ayudar a disminuir los efectos causados por la hospitalización, muchos han coincidido con la música terapia, está es efectiva para reducir el estrés y la ansiedad tanto en niños como en adultos en cualquier área de hospitalización aun en cuidados críticos. La música actúa a nivel del sistema nervioso autónomo, la intensidad y la frecuencia del sonido modifica el ritmo cardiaco. Música de Mozart ha sido la mas recomendada pues es la que mas se asemeja al ritmo cardiaco, sobre todo en los recién nacidos además de poner al sistema nervioso en alerta pero tranquilo en los niños mas grandes. En pacientes que reciben cuidados paliativos es una intervención de bajo costo que brinda calidad de vida dándoles una sensación de relajación y confort.(Cardozo M Harmonic Sounds, Complementary Medicine for the Critically ill, Br J Nurs 2004 Dec-Jan 12;13(22): 1321-4)</p>
--	--

También se utiliza para mejorar:

Insomnio:

- ◇ Nocturnos de Chopin (op. 9 n.º 3; op. 15 n.º 22; op. 32 n.º 1; op. 62 n.º 1)
- ◇ Preludio para la siesta de un Fauno de Debussy
- ◇ Canon en Re de Pachelbel
- ◇ Mozart para bebés

La musicoterapia puede prescribirse para lograr varios objetivos, como centrar en la realidad a un individuo, estimular o aumentar el movimiento, reducir la actividad, reducir los niveles de ansiedad y dar mayor sensación de bienestar. Para reducir la ansiedad, la música generalmente se considera lo más apropiado. No obstante, deben tenerse en cuenta las preferencias personales del cliente a la hora de planificar la terapia. Tanto el rock como la música clásica han logrado mitigar la ansiedad.⁹²

Equipo y material:

- Equipo eléctrico (grabadora. MP3, etc...)
- Cassettes, CD.

Tipo de música a utilizar

Música suave y lenta: música especial para bebés, con flauta o cuerdas. Cuando se quiere utilizar para tranquilizar y dormir

Música rítmica: para cuando se quiere mantener alerta o receptivo para estimulación.

- ◇ Antes de realizar los procedimientos, verificar

que el pañal se encuentre seco o si es un niño más grande llevarlo al baño, para evitar movilizarlo cuando este ya se halla dormido.

- ◇ Buscar el momento ideal
- ◇ Colocar al lactante en una posición cómoda.
- ◇ Preparar el equipo y material de sonido
Seleccionar (según la edad) los distintos tipos de música, desde clásica hasta rock y observar sus reacciones de acuerdo a la edad del paciente Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, personas hablando) mientras se esta con la musicoterapia
- ◇ Poner la música a un volumen no muy elevado
- ◇ Colocar audífonos si se cree conveniente para no estimular a otros pacientes
- ◇ Evitar colocar la música antes y durante procedimientos dolorosos

- ◇ Procurar que la habitación o incubadora este temperatura de entre. (28°-32°)
- ◇ La música debe ser asociada con momentos de placer, no de obligación.
- ◇ Acariciar al niño o bien abrazarlo mientras escucha la música.
- ◇ Dejar la música por 10 minutos, o al lograr la relajación y descanso del niño.
- ◇ Si el niño no tolera la música elegida no forzar ha seguir con el procedimiento.

Evaluación: durante el tiempo en que se tuvo contacto con el paciente se aplicó parcialmente el plan de intervenciones para el control del ambiente se trato de regular el ciclo día y noche; para el control de ruido no se contó con la

participación de todo el personal, lo que dificultó el control del ruido. La musicoterapia no pudo aplicarse pues no se contaba con el material necesario en el momento en el que se estaba con ella. Sin embargo se logró que tuviera periodos de sueño de 2 hrs. seguidas sin interrupciones. Mejoró el nivel de dependencia relacionado con la necesidad de descanso y sueño.

2.4.5 Necesidad de alimentación

Datos subjetivos

La mamá refiere que la lactante fue alimentada al seno materno solo 15 días, pues ha pasado mucho tiempo en los hospitales que estuvo antes de venir al hospital infantil le daban con vasito, aquí le empezaron a dar con biberón.

Paso algunos días en

Ayuno por problemas abdominales, hasta el momento de la entrevista, se alimentaba con biberón en 8 veces al día, la mamá refiere que se acaba el biberón pero tira un poco de leche, también refiere que los doctores le dicen que le hace falta peso por lo que añadieron algo a la leche para que suba de peso, pero que eso no le gusta a la niña porque vomita. La lactante siempre llora antes de cada toma por hambre es así como la madre sabe que ya necesita su biberón y lo solicita al personal de enfermería.

Datos objetivos.

Peso 3.030 Talla 49 cm. Perímetro abdominal: 38cm Perímetro Torácico: 37cm

Palidez de tegumentos generalizada, piel turgente. Alimentándose con succión al momento de la valoración con pérdida parcial de alimento por las comisuras labiales y presencia de vómitos en 3 o 4 ocasiones al día.

Según la clasificación de Waterlow Peso para la Edad déficit de 43.7%; Talla para la Edad déficit de 11%.

Fuentes de la dificultad.

- ❖ Falta de fuerza para mantener una buena succión que propicie un nivel de ingesta óptimo de fórmula.
- ❖ Falta de voluntad sin alteración
- ❖ Falta de conocimientos sin alteración.

FECHA DE IDENTIFICACION: 6 OCTUBRE 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: REAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con dificultad para ingerir la cantidad necesaria de formula manifestada por peso y talla inferior al esperado para la edad y palidez de tegumentos.

NIVEL DE DEPENDENCIA. NIVEL 4 DE DEPENDENCIA Y DEPENDENCIA PARCIAL

OBJETIVO.

La lactante recuperará su estado nutricional por medio de las acciones que la enfermera realizará para mantener un aporte de nutrientes óptimos por vía enteral durante el tiempo que se requiera

PLAN DE INTERVENCIONES	
Rol de la enfermera: de suplencia	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Intervención Interdependiente</p> <p>1. Alimentación enteral de la lactante por sonda cada 3 hrs (160 kcal/kg/dia) (NIC 1056)</p> <p>◇ Explicar el procedimiento al paciente y a su familia.</p> <p>◇ Preparar el material y equipo</p> <p><u>Equipo y material</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Sonda orogástrica para alimentación considerar: Diámetro externo o calibre Longitud2. Guantes limpios3. Gasas4. Lubricante hidrosoluble5. Linterna6. Depresor lingual7. Jeringa de alimentación8. Estetoscopio9. material hipoalergénico específico de fijación para sonda10. Aspirador11. Vaso con agua	<p>Cuando un paciente no es capaz de alimentarse de manera suficiente por vía oral, se le deben ofrecer otras alternativas de alimentación (Casanueva, 2001)</p> <p>Los lactantes problemas para la alimentación ya sea por causa de anormalidades congénitas, dificultad en la deglución desnutrición etc., pueden alimentarse por tubo gástrico con el fin de completar los requerimientos energéticos para mejorar el estado nutricional o evitar complicaciones (Marlow, 189)</p>

Procedimiento

1. Preparación del enfermo

- ◇ Si el niño está consciente y con capacidad de comprensión, explicaremos el procedimiento. En caso de neonatos o lactantes, informar del procedimiento a los padres.
- ◇ Inspeccionar la cavidad nasal y oral del niño.
- ◇ Si el niño está consciente pedirle que se relaje y respire con normalidad mientras se tapa un orificio nasal; repetir con el otro orificio. Escoger aquel por donde pase un mayor flujo de aire.
- ◇ Palpar el abdomen del niño.
- ◇ Colocación del niño. En general lo colocaremos en posición de fowler elevado con almohadas detrás de cabeza y hombros. En la mayoría de los casos se precisará de ayuda auxiliar para mantener la posición. Pero en caso de intoxicación lo pondremos en decúbito lateral izquierdo en trendelemburg.

Preparación del material

- ◇ Elegir el diámetro de la sonda adecuado al paciente
- ◇ Lavado de manos y colocación de guantes.
- ◇ Determinar la longitud de sonda que hay que introducir.
- ◇ Para ello hay dos métodos: distancia entre la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides.
- ◇ Marcar la longitud obtenida con una cinta o rotulador.
- ◇ Preparar el tipo de sujeción de la sonda.
- ◇ Lubricar la sonda con lubricante hidrosoluble.
- ◇ Preparar la jeringa y estetoscopio
- ◇ Colocarse en el lado derecho si es diestro o en el izquierdo si es zurdo.
- ◇ Introducir la sonda por la boca. Extender ligeramente el cuello para introducir suavemente la sonda por los carrillos de la boca se notará una pequeña resistencia. Aplicar una ligera presión hacia abajo para hacer avanzar la sonda; si no avanza rotar la sonda y si aún así persiste la resistencia, no forzar y retirar la sonda.
- ◇ Flexionar la cabeza del paciente hacia el pecho y dejar que el paciente se relaje un momento.
- ◇ Estimular al paciente para que trague, ir avanzando la sonda a medida que el paciente traga, si aparece tos, disnea o cianosis; retirar la sonda.
- ◇ Aspirar el contenido gástrico, valorando el color.
- ◇ Medidas de seguridad en el paciente

<ul style="list-style-type: none"> ◇ Insuflar aire por la sonda, colocando el estetoscopio en epigastrio. La cantidad de aire insuflado variará con la edad del niño. ◇ Colocar el extremo de la sonda en un vaso de agua si hay burbujas es que no esta en estomago, retirar la sonda ◇ Si es necesario realizar comprobación radiológica. ◇ Fijar la sonda orogastrica según el protocolo de la institución y verificar que la sonda no se moviliza a pesar de la movilidad del paciente. ◇ Medir la sonda una vez que fue instalada y fijada, con el fin de poder evaluar si continua en el mismo sitio durante el tiempo que permanezca instalada. ◇ Colocar un membrete en la sonda con la fecha de instalación, longitud de la sonda, y nombre de quien instalo. ◇ Registrar en la hoja de enfermería, fecha y hora de la inserción de la sonda ◇ Color y volumen del drenaje de retorno ◇ Tamaño y tipo de la sonda ◇ Tolerancia del paciente al procedimiento. <p>Colocación de la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Antes de iniciar la alimentación por cualquier método se valorará la presencia de sonidos intestinales antes de suministrar el alimento ◇ Medir perímetro abdominal pre-pandrial y pospandrial ◇ Elevar la cabecera a 30° o 45° ◇ Realizar cambio de pañal si esté esta sucio o mojado para mayor comodidad ◇ Utilizar técnica higiénica para la administración de este tipo de alimentación ◇ Antes de la administración de la alimentación comprobar la presencia de residuos. ◇ Proceder a la administración de la formula, la cual debe estar a temperatura ambiente para evitar malestar estomacal ◇ Poner un chupón al niño mientras se brinda la alimentación ◇ Sostener al niño y hablar con él durante la alimentación para estimular las actividades de alimentación ◇ Al terminar alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal. ◇ Enjuagar la sonda con solución estéril, después de finalizar la toma. 	<p>La alimentación por sonda es un recurso para proporcionar alimentos por medio de un catéter que pasa a través de la boca hacia en interior de la boca y asegura un consumo adecuado de calorías. (Kosier)</p>
--	--

<p>Intervención Independiente</p> <p>2. Vigilar la presencia de complicaciones durante la alimentación.</p> <p>Observar si hay presencia de irritación y/o erosión de mucosa oral, faríngea y esofágica</p> <p>Observar si hay presencia de náusea, vómito, distensión abdominal, cólicos, flatulencia.</p> <p>Valorar estado de hidratación y turgencia de la piel</p> <p>Valorar glicemia capilar por turno</p> <p>Independiente.</p> <p>3. la madre realizará ejercicios de re-educación oral durante 5 minutos antes de cada alimentación con ayuda de la enfermera especialista</p> <p>Con un guante estéril realizar masaje de forma circular en ambas mejillas en la parte interna y externa</p> <p>Masaje en forma circular en la barbilla.</p> <p>Dar pequeños golpecitos con la yema de los dedos en los labios.</p> <p><u>Independiente</u></p> <p>5. la enfermera registrará y analizará los datos del estado nutricional de la lactante, diariamente(NIC 1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Pesar al lactante cada 24 horas, a la misma hora si su estado hemodinámico lo permite, o por lo menos cada 48 hrs. ◊ Observar si la piel está seca, descamada o despigmentación ◊ Evaluar la turgencia de la piel ◊ Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad ◊ Observar si hay palidez, generalizada o de la conjuntiva ◊ Vigilar niveles de electrolitos. 	<p>La alimentación por sonda por tiempo prolongado en los lactantes inhibe el reflejo de succión, por lo que mantener una succión y deglución adecuada ayudara a que la transición de la sonda al biberón o seno materno sea menos complicado al momento de volver a la alimentación habitual</p> <p>La monitorización del estado nutricional, indica los beneficios del ingreso de los nutrientes evidenciado por aumento progresivo de peso, buen estado de hidratación, y una coloración normal de la piel y conjuntivas. (Smith 230)</p>
---	--

<p>Independiente</p> <p>6. La enfermera registrará los ingresos y egresos durante las 24 hrs. del día y analizará el balance de líquidos una vez cada ocho horas. (NIC 4130)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Vigilar y registrar los ingresos y egresos de manera horaria o Comprobar los niveles de electrolitos en suero y en orina o Observar las mucosas y la turgencia de la piel o Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina por lo menos una vez cada 8 hrs. o Observar si hay signos de hipervolemia como regurgitación yugular, crepitación pulmonar y edema periférico o ganancia de peso. o Registrar en la hoja de enfermería todos los datos que se refieran a ingresos de líquidos y egresos. <p>Ingresos: fluidos orales (agua, leche, jugos, licuados, sopa, agua para medicamentos) Alimentación por sonda (recordar incluir la sol con la que se limpia la sonda) Fluidos parenterales en cantidad exacta incluyendo los hemoderivados, líquidos por la administración de medicamentos, irrigación de catéteres y sondas.</p> <p>Egresos: medir eliminación urinaria, vómitos, heces, heces líquidas, diaforesis, pérdidas insensibles, pérdidas por tubos de drenaje, drenajes de heridas y fístulas que drenan</p> <ul style="list-style-type: none"> o Identificar factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, patologías renales, infección, estado postoperatorio, poliuria, vomito y diarrea o Al final de 8 hrs. determinar el balance hídrico sumando ingresos totales, egresos totales contando las pérdidas insensibles del lactante ($SC \cdot \{ \text{peso} \cdot 4 + 9/100 \} \cdot 600/3$), e identificar la diferencia entre ambos. o Determinar si es balance positivo o negativo y registrar en la hoja de enfermería. <p>Intervención Independiente</p> <p>7. revalorar la necesidad de alimentación y nutrición una vez por semana para evaluar progresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Recabar datos subjetivos: acerca de la alimentación <p>Recabar datos objetivos: exploración física del sistema gastrointestinal; evaluar estado nutricional.</p>	<p>Valorar periódicamente la necesidad de alimentación e hidratación, da la oportunidad de evaluar los avances y retrocesos en el estado nutricional y emprender acciones para el tratamiento oportuno. (Whaley & Wong 345)</p>
--	---

Evaluación: durante el tiempo que la lactante permaneció en el servicio, se contó con el material necesario para realizar el sondaje para la alimentación, además de la disponibilidad de la madre para participar, su incremento de peso fue lento por lo que continuo en el mismo nivel de dependencia 4

2.4. 6 Necesidad Comunicación.

Valoración personal de Enfermería.

Datos de identificación: Grupo de enfermeras asignadas al servicio.

Servicio: Pediatría 3 y4

Datos Subjetivos:

Las enfermeras refieren que no les agrada mucho encariñarse con los pacientes porque cuando los niños se van a su casa o llegan a fallecer se sienten muy tristes y las personas con las que conviven les dicen que no deben sentirse tristes por ello. Refieren que cuando uno de los pacientes con los han pasado mucho tiempo fallece no saben que hacer, la mayoría de las veces no tienen oportunidad de despedirse y no saben si ello es correcto para la familia a la que tampoco saben que decir la mayor parte de las veces

Datos Objetivos:

Se observa a las enfermeras en el fallecimiento de un paciente, el cual tenia menos de un mes en el servicio, no se acercaron a la familia, la dejaron sola hasta que fue necesario trasladar el cuerpo al área de patología y continuaron con sus actividades.

En el fallecimiento de otro paciente que tenia mucho tiempo de hospitalización se observó que aun varios días después de la perdida las enfermeras siguen tristes, les es difícil hablar del tema sin llorar, la mayoría de ellas no tuvo oportunidad de despedirse del paciente y de la familia.

Ambos grupos evaden el tema cuando se les pregunta como se sienten frente a la perdida

El grupo de enfermeras no recibió apoyo, ni condolencias por la pérdida del paciente que tenia más tiempo en el servicio.

Fuentes de la dificultad:

- Falta de conocimientos acerca del duelo y como superarlo
- Falta de voluntad sin alteración
- Falta de fuerza psicológica para enfrentarse a la muerte de un paciente y superar la pérdida.

FECHA DE IDENTIFICACION: 19 DE OCTUBRE 2006

TIPO DE DIAGNOSTICO: REAL

NIVEL Y GRADO

DE DEPENDENCIA: 3 de dependencia, Parcial temporal.

NIVEL DE PRIORIDAD: ALTO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Duelo disfuncional del personal de enfermería relacionado con falta de conocimientos acerca de cómo afrontarlo manifestado por tristeza, poco interés por lo que le rodea, barreras psicológicas para el cuidado de otros pacientes y por no querer hablar del tema.

CRITERIO DE RESULTADO (NOC)

1304 Resolución de la aflicción.

Opcionales

0902 Comunicación;

1204 Equilibrio emocional;

OBJETIVO

El grupo de enfermeras mostrará fases de un duelo funcional por medio de orientación y apoyo de grupo con la colaboración de la enfermera especialista en los próximos 2 meses.

Evidenciado por: (NOC)

130404 verbalizan la aceptación de las pérdidas

090208 Intercambian mensajes con los demás

120415Muestran interés por lo que le rodea

PLAN DE INTERVENCIONES	
Rol de la enfermera: De ayuda	
Intervenciones	Fundamentos
<p>Intervención Independiente.</p> <p>1. La enfermera especialista realizará la valoración del estado del duelo. (Anexo 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar en que etapa del duelo se encuentra el grupo de enfermeras. ❖ Determinar el conocimiento que tienen al respecto de duelo y como enfrentarlo. 	<p>Valorar las emociones y estados del duelo ayudara a descubrir las necesidades y problemas reales de los familiares o miembros del equipo de salud y dar un apoyo más específico e intervenciones correctas. (Reyes Zubiría, 156)</p>
<p>2. Intervención Independiente</p> <p>La enfermera especialista dará a conocer al grupo de enfermeras las etapas de duelo y el grupo de enfermeras identificara en que etapa se encuentra respecto a la muerte de un paciente y las estrategias para enfrentarlo. (Dominio Psicosocial, clase afrontamiento, NIC 5290)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Describir cuales son las etapas del duelo según Kubler-Ross: ella describió las etapas de la muerte y del proceso del morir. Al igual de lo que ocurre en el duelo, la persona entra y sale de las diferentes etapas en distintos momentos, antes de llegar a la aceptación. <ol style="list-style-type: none"> 1. Negación: choque nervioso e incredulidad 2. Enojo: expresión de reacciones de ira y hostilidad: 3. Regateo: intentos por retrasar la muerte 4. Depresión o desesperanza 5. Aceptación. (Anexo 5) 	<p>Cada persona es un ser único, una composición de influencias múltiples. Y la forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto cuando se experimenta la muerte de una persona querida esos factores son los que determinan las diferencias en la reacción.</p> <p>No obstante, el duelo sigue un patrón predecible; aun cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.</p> <p>Por lo tanto saber cuales son esas etapas ayuda a ubicar la etapa e identificar lo que es necesario hacer para superarla. (O`Connor, 24)</p> <p>Duelo dirigido: se han escrito</p>

<p>3. Intervención Independiente</p> <p>La enfermera especialista orientara acerca de las estrategias para elaborar el duelo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Estrategias ❖ Duelo dirigido ❖ Apoyo a los cuidadores <p>Cuidarse entre si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ofrecer apoyo emocional y ayuda a la enfermera que atiende a un niño que acaba de fallecer. ❖ Considerar la posibilidad de asistir al funeral de la persona que acaba de fallecer. ❖ Si se espera que un niño muera, nombre a una persona para que asista a la enfermera que nunca antes ha atendido a un niño en el momento de la muerte. 	<p>una serie de informes acerca de esta técnica que esta dirigida a personas que encuentran dificultad para funcionar plenamente después de una perdida; es una de las formas para facilitar el duelo (Sherr 67)</p>
<p>4. Intervención Independiente</p> <p>El grupo de enfermeras se reunirán en grupo 1 vez por semana por media hora durante un mes y conversaran acerca de las perdidas de los pacientes y como se sienten con ello. (Dominio Psicosocial, clase afrontamiento, NIC 5450)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el nivel de motivación para participar y si es lo suficientemente alto para beneficiarse de la terapia grupal. ❖ Establecer el lugar y el día para las reuniones del grupo. ❖ Disponer de sillas en círculo. ❖ Animar a los miembros a compartir su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos unos con otros o con una persona en especial. ❖ Realizar sesiones de apoyo después de la muerte de algún paciente de la unidad 	<p>Los aspectos emocionalmente profundos que surgen al cuidar a un paciente moribundo y a sus familiares, sugieren que un grupo de apoyo, en donde estos temas pueden ser tratados y dirigidos, puede ser esencial para asegurar un alto nivel de atención de calidad al paciente, para brindar apoyo psicológico a los asistentes y para prevenir un desgaste prematuro. Los miembros del grupo puedan aprender de las experiencias de otros y de la creatividad del grupo en general. (Sherr, 102)</p>

<p>5. Intervención Independiente</p> <p>El grupo de enfermeras brindara estrategias para facilitar el duelo ante la perdida de un paciente hospitalizado (Dominio Psicosocial, clase afrontamiento, NIC 5290)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayudar a identificar el tipo de unión con la persona (paciente) perdida ❖ Escuchar las expresiones de duelo. ❖ Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores. ❖ Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores. 	<p>Las personas que atienden a personas agonizantes, deben aprender a hacerle frente a sus propias y múltiples experiencias de duelo generadas por la muerte de sus propios familiares. El grupo de apoyo puede ayudar a sus miembros a reconocer los síntomas incipientes del desgaste; agotamiento emocional, cansancio o pérdida de tiempo peleando con los compañeros y así entre todos brindar soluciones en equipo. (Sherr, 102)</p>
<p>6. Intervención Independiente</p> <p>El grupo de enfermeras utilizaran una técnica de relajación durante las sesiones de grupo conducidas a está, por la enfermera especialista. (dominio funcional, clase sueño y descanso, NIC 6040) (Anexo 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar técnica de relajación que será guiada por la enfermera especialista ❖ Ofrecer una descripción detallada de la técnica de relajación. ❖ Enseñar a adoptar una posición cómoda y con los ojos cerrados. ❖ Individualizar la técnica de relajación si se sugieren cambios. (Anexo 7) 	<p>Dado que, como resultado de su capacitación e idealismo y personalidad, los trabajadores de la salud confían en sus propias y espontáneas estrategias para hacerle frente a la intrínseca tensión de su trabajo, pueden necesitar ser alentados a desarrollar un repertorio más amplio de habilidades en el manejo de la tensión que pudiera incluir actividades físicas y entrenamiento para relajarse. (Sherr, 102)</p>

Evaluación: este plan no pudo aplicarse pues no hubo disponibilidad de tiempo tanto por parte del personal como de la enfermera especialista, se propondrá realizarlo en un futuro.

III. Resultados.

El proceso de planeación especializado fue desarrollado desde el primer contacto con la lactante, algunas de las que se planificaron alcanzaron a ser ejecutadas, y evaluadas además de revalorar las necesidades detectadas.

Las necesidades que se encontraban en dependencia y en base a los cuales se realizaron los diagnósticos de Enfermería que se presentaron el presente estudio de caso fueron 6, de los cuales 5 son reales; pertenecen a la necesidad de: movimiento y postura, comunicación, alimentación, descanso y sueño, y oxigenación, de riesgo se encontró la necesidad de eliminación, en la cual el estreñimiento no se presentó hasta el día de la última evaluación. El rol de la enfermera en la mayoría de los diagnósticos de enfermería establecidos fue de ayuda y suplencia. No se realizó plan de alta ya que la lactante presentó paro cardiorrespiratorio súbito, que no responde a maniobras de reanimación, motivo por el cual también no pudo completarse los planes de intervenciones.

Se incluyó un plan de intervenciones enfocado hacia el personal de Enfermería, el cual por falta de tiempo no pudo ser ejecutado, sin embargo se dejó como propuesta para realizarlo. Este plan se incluyó pues se consideró que según la propuesta filosófica de V Henderson la enfermera debe conocer a fondo las necesidades del paciente, conocerlo de tal manera que deba meterse en su propia piel, hecho que propicia que se cree un vínculo, entre ambos, una relación estrecha enfermera- paciente, que si el paciente llega a fallecer como lo fue en el presente estudio de caso será necesario que la enfermera a cargo elabore su propio duelo, si esto no sucediera, dificultaría que la enfermera vuelva a interactuar de manera estrecha con el paciente lo que dificultaría la detección de necesidades y por consiguiente la resolución de la dependencia.

El modelo conceptual de Virginia Henderson permitió orientar la valoración de enfermería identificando las necesidades alteradas y fuentes de dificultad, así como el grado de dependencia o independencia y con ello brindarle al paciente un cuidado integral, humanizado y especializado hasta el momento de su fallecimiento.

Evaluación: este plan no pudo aplicarse pues no hubo disponibilidad de tiempo tanto por parte del personal como de la enfermera especialista, se propondrá realizarlo en un futuro.

III. Resultados.

El proceso de planeación especializado fue desarrollado desde el primer contacto con la lactante, algunas de las que se planificaron alcanzaron a ser ejecutadas, y evaluadas además de revalorar las necesidades detectadas.

Las necesidades que se encontraban en dependencia y en base a los cuales se realizaron los diagnósticos de Enfermería que se presentaron el presente estudio de caso fueron 6, de los cuales 5 son reales; pertenecen a la necesidad de: movimiento y postura, comunicación, alimentación, descanso y sueño, y oxigenación, de riesgo se encontró la necesidad de eliminación, en la cual el estreñimiento no se presentó hasta el día de la última evaluación. El rol de la enfermera en la mayoría de los diagnósticos de enfermería establecidos fue de ayuda y suplencia. No se realizó plan de alta ya que la lactante presentó paro cardiorrespiratorio súbito, que no responde a maniobras de reanimación, motivo por el cual también no pudo completarse los planes de intervenciones.

Se incluyó un plan de intervenciones enfocado hacia el personal de Enfermería, el cual por falta de tiempo no pudo ser ejecutado, sin embargo se dejara como propuesta para realizarlo. Este plan se incluyó pues se consideró que según la propuesta filosófica de V Henderson la enfermera debe conocer a fondo las necesidades del paciente, conocerlo de tal manera que deba meterse en su propia piel, hecho que propicia que se cree un vínculo, entre ambos, una relación estrecha enfermera- paciente, que si el paciente llega a fallecer como lo fue en el presente estudio de caso será necesario que la enfermera a cargo elabore su propio duelo, si esto no sucediera, dificultara que la enfermera vuelva a interactuar de manera estrecha con el paciente lo que dificultara la detección de necesidades y por consiguiente la resolución de la dependencia.

El modelo conceptual de Virginia Henderson permitió orientar la valoración de enfermería identificando las necesidades alteradas y fuentes de dificultad, así como el grado de dependencia o independencia y con ello brindarle al paciente un cuidado integral, humanizado y especializado hasta el momento de su fallecimiento.

VI. CONCLUSIONES

En lo teórico, el aplicar el Proceso Atención de Enfermería con el enfoque de las necesidades fundamentales ha permitido realizar valoración continua, identificando la dependencia o independencia en las necesidades, así como cuales han sido las fuentes de la dificultad que la han llevado a la dependencia, para lo cual recibió cuidados especializados de Enfermería de manera integral e individualizada.

El modelo de Henderson al ser aplicado en los niños nos permite la aplicación del proceso enfermero; contribuyendo a darle sustento a la practica profesional de la enfermera, con la clara ventaja de que puede ser aplicada en cualquier área hospitalaria.

En lo metodológico, se aplicó el Proceso de Enfermería en cada una de las fases, los instrumentos que se han utilizado para la realización de las valoraciones contribuyeron de manera significativa a la recolección y registro de la información, dichos instrumentos fueron proporcionados por la coordinación de la especialidad, lo cual contribuyó al desarrollo del estudio de caso. Para la elaboración del diagnóstico de Enfermería el apoyo de la taxonomía de la NANDA fue de gran utilidad, pues pudo ser utilizado en conjunto con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE o NIC) para los planes de intervenciones lo cual facilito el orientar los cuidados especializados a los cuales se incluyeron aquellas en las que la experiencia y conocimiento me permitieron realizar. Con fines de aprendizaje se agrego en un plan de intervenciones, la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE o NOC).

El Proceso Atención Enfermería, permite a la enfermera especialista precisar los cuidados y trabajar de manera sistemática y organizada, sin embargo hay que mirar mas allá, no solo valorar al paciente, si no también hacerlo con los familiares y hasta el mismo personal de enfermería que esta al cuidado de los niños pues como lo menciona Henderson, cuando habla de la relación enfermera-paciente; la enfermera es como un sustituto del paciente haciendo lo que le hace falta para sentirse completo, entonces la enfermera se vuelve una pieza clave en la interacción, así que, si al final el paciente llega a

perder la vida, el duelo será vivido también por ella , por lo que también la enfermera debería ser tomada en cuenta en el plan de intervenciones, además de la familia, motivo por el cual se incluye un plan de intervenciones para ayudar a elaborar el duelo en el personal y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de atención; lamentablemente no pudo ser aplicado por falta de tiempo.

Sugerencias.

Que el modelo de Virginia Henderson sea dado a conocer a todo el personal que labora en la institución para que este pueda ser aplicado en conjunto con el Proceso Atención Enfermería y dichos elementos sean incluidos dentro de los registros de Enfermería.

Que los estudios de caso sean publicados y dados a conocer tanto dentro de las instituciones con el fin de difundir el trabajo científico que se realiza en la Especialidad de Enfermería Infantil y con ello impulsar el desarrollo de la profesión.

Que los planes de intervenciones puedan ser retomados por otras generaciones para evaluar las intervenciones que no pudieron ser realizadas en el presente estudio de caso o si se encontrara a otro paciente con las mismas necesidades o si estas se ajustan a las de otros estudios de caso.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rodríguez BA, Ferrer PMA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* 2002;12(6): 253-9
- 2) Partera LC, Molina DF, Gest SS, Begona JC. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre *Enfermería Clínica* 2003; 3(13): 13 - 26
- 3) Espinosa MV, Franco OM, cuidados de enfermería a las necesidades básicas a un lactante con neumonía. *Desarrollo científico de enfermería*, 2003;11(1): 25 - 29
- 4) Gallart MM y Roca CN, cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino. *Enfermería Clínica* 8 (2): 44 – 49
- 5) Rigol A. Y Bastidas A, Actualización sobre anorexia nerviosa, estudio de un caso. *Nursing* 2003; 21(10): 51 - 57
- 6) Franco OM, Espinosa MV, Valoración de la necesidad de alimentación en los niños. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 2003; 11(4): 115 – 119
- 7) Franco OM, Benítez TA, proceso del cuidado a un preescolar con VIH. *Enfermería Universitaria* 2004; 1(3): 3- 23
- 8) Sánchez LV. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. *Revista de enfermería IMSS* 2001; 9 (2): 91 - 96
- 9) Ostiguin MR, Método de trabajo enfermero y la Filosofía de Virginia Henderson. *Desarrollo Científico de enfermería*. 2001; 9(4) p 111 - 113
- 10) Marriney- Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 3ª edición. España: Harcourt Brace; 1997. p. 104.
- 11) Phaneuf M. Planificación de los cuidados enfermeros, Ed. McGraw- Hill Interamericana España 1996 p 13
- 12) Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. México: McGraw- Hill Interamericana; 1997 P -3
- 13) Luis Rodrigo MT, De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed Masson, España 1998. p 38

- 14) Roldan A, Fernández M Proceso de atención enfermería. Octubre 1998 (consulta 29 de Agosto 2006, 13 Pág.) Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso>.
- 15) Ostiguin R, implicaciones del cuidado enfermero. Desarrollo científico de enfermería 2001;9(8): 237 - 239
- 16) Kossier Bárbara Et al, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practica Vol. 1, 5ª ed.; Ed Interamericana McGraw-Hill España 1999. P 89
- 17) Iyer P. proceso y diagnostico de enfermería; Ed McGraw-Hill Interamericana, Pennsylvania 1995. P 11
- 18) Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería, Guía practica. 3ª ed. Ed Mosby, Madrid; 1996. p 3
- 19) Griffith J y Christensen P., Proceso de Atención de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Ed Manual Moderno México, 1993. p 31
- 20) Ruiz G MD, Martínez B, Enfermería del niño y del adolescente. Ed Difusión avance de enfermería, Madrid 2000 Pág. 41
- 21) Whaley & Wong. Enfermería pediátrica, 4ª ed, Ed Mosby/Doyma Madrid 1995. p 15- 16
- 22) Closkey, J C Bulechek G M Proyecto de intervenciones Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería CIE, 3ª ed; Ed Mosby España 1999 p 32 – 48
- 23) Davis A Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica;9(1): 21-28
- 24) Beebe J Ética en enfermería Ed Manual Moderno México DF 1984 p 1
- 25) Grupo de Bioética. Academia Mexicana de Pediatría. Bioética: consideraciones generales introductorias.
- 26) Armany MC, Krepe OC, Aspectos éticos en: Medicina del adolescente. 2ª ed. Ed Panamericana Buenos Aires Argentina 1994; 202
- 27) Hernández L y et al Hamartoma retroperitoneal. Presentación de un caso
- 28) Pino P, et al. Hamartoma endobronquial, presentación de un caso Rev. Cubana Med. 2001;40(2):145-7
- 29) Anónimo, Diccionario Medico Disponible en línea: http://en.wikipedia.org/wiki/benign_tumor
- 30) Anónimo Hamartomas, Disponible en: <http://www.emedicinehealth.com/collection/su304.asp>

- 31) McCloskey JC y Bukechek G Clasificación de intervenciones de enfermería, 3ª ed; Ed Mosby, España 2001, Pág. 566, 567, 766, 425, 829, 831, 214, 290, 772, 465, 455
- 32) Morgan SK Cuidados de enfermería en pediatría, Ed Doyma España 1993 Pág. 147, 156
- 33) Potter P Fundamento de Enfermería Vol III. Ed Oceano pag 1024.
- 34) Macías ML y Fagoaga MJ Fisioterapia en pediatría Ed McGraw-Hill Interamericana Madrid 2002 Pág. 319
- 35) Velasco Asdrúbal, Manual De Medicina Física y Rehabilitación Para Enfermería Septiembre 1999. Disponible en www.ucla.edu.cl; búsqueda realizada el 16 de febrero de 2007
- 36) Luis R MT De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 3ra ed. Ed. Masson, España, 2005
- 37) Sherr L, Agonia, muerte y duelo Ed. Manuel Moderno; México 1992
- 38) O' Connor Nancy Dejalos ir con amor, la aceptación del duelo. Ed Trillas México 1990. 77 – 95.
- 39) Cardozo M Harmonic Sounds, Complementary Medicine for the Critically ill, Br J Nurs 2004 Dec- Jan 12;13(22): 1321-4
- 40) Reyes Zubiría L. Alfonso, Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia. México 1996.
- 41) Slota Margaret. Cuidados Intensivos en el Niño Mc Graw-Hill Pennsylvania 1999. Pág. 1-35
- 42) McCloskey JC y Bukechek G Clasificación de resultados de enfermería, 3ª ed; Ed Mosby, España 2001.

VI. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA INFANTIL I
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO " FEDERICO GÓMEZ"

REPORTE DIARIO

NOMBRE DE LA ALUMNA _____ FECHA _____ SERVICIO _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ REG DEL EXP _____

Valoración focalizada de la Necesidad de: _____

Datos subjetivos

Datos Objetivos (Exploración Física focalizada, cuando corresponda

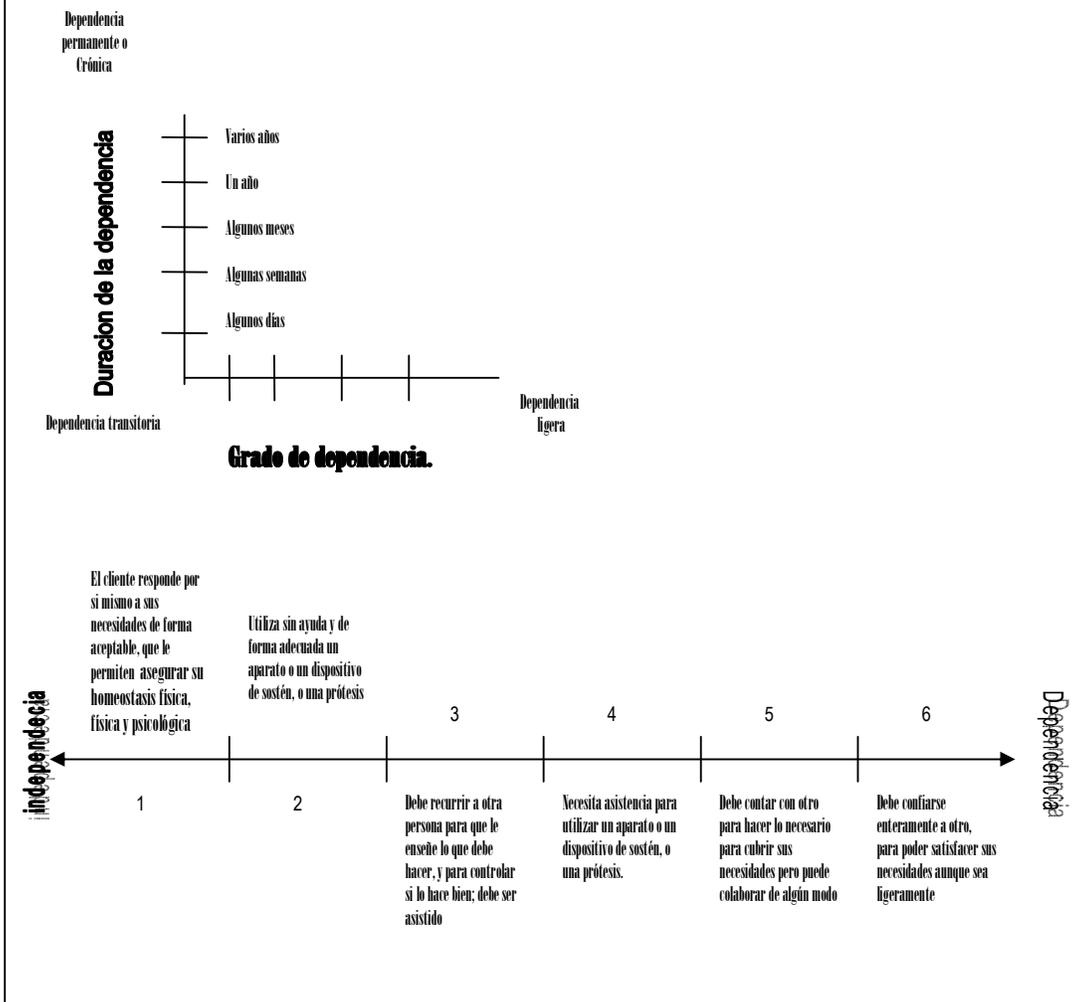
Fuentes de la dificultad (conocimientos, fuerza y voluntad

Diagnósticos de Enfermería.

1.-

2.-

Comentarios



Anexo 2

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA INFANTIL I

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

1. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Sexo: _____ Procedencia: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____

Escolaridad del padre: _____ Madre: _____

Religión: _____ Información proporcionada: _____

Domicilio: _____

Procedencia: _____

Diagnostico Médico: _____

Servicio: _____ Reg _____

2. FAMILIA

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

Características de la vivienda: _____

Tipo de construcción: _____

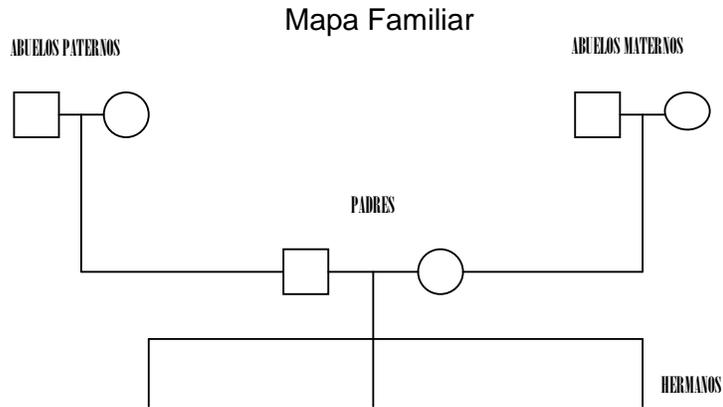
Servicios intradomiciliarios: _____

Disposición de excretas: _____

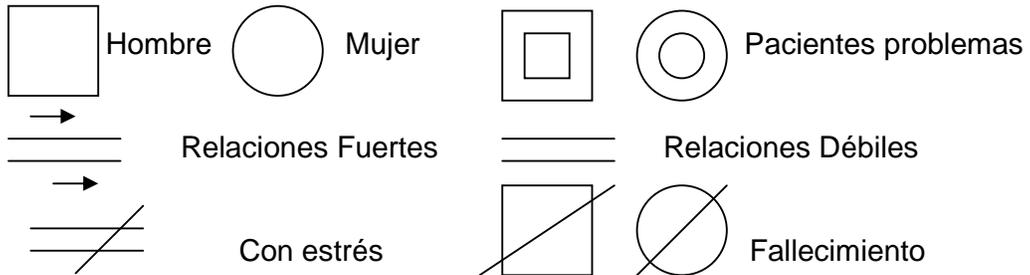
Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos a la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____



Descripción de la familia, incluyendo 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

3. ORIENTACION

Orientación en la hospitalización ¿se han explicado los siguientes aspectos?

Horario de visita: Salas de espera:

camas: Permanencia en el servicio:

Informes sobre el estado de salud del niño:

Horario de Cafetería: Servicio religioso:

Restricciones en la visita:

4. ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Complete información incluyendo las palabras del familiar:

Peso al nacer: Talla al nacer: Lloró al nacer: Respiro al nacer:

Realizaron maniobras de reanimación:

Motivo de la consulta/ Hospitalización:

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

El niño es alérgico:

Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:

5. NECESIDADES

1) ALIMENTACION

El niño es alimentado con:

Come solo: Con ayuda: ¿Con quien come?

Cuales son sus alimentos preferidos?

Que alimentos rechaza?

Alergias alimentarias: Dieta especial:

Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Cena

Cereales

Frutas

Vegetales

Carne

Tipo de líquidos: vía oral:

A que edad le salieron los dientes:

2) ELIMINACION

Evacuaciones: Orina:

Consistencia de las heces:

Color:

Olor:

Dolor al evacuar:

Orina: color: amarillo claro Olor:

Hábitos:

Descripción de genitales:

3. OXIGENACION

Somatometría: Peso: Talla: PA: P Tórax.

Signos Vitales: Tensión arterial: Frecuencia cardiaca:

Pulso: Respiración

Respiración asistida:

Secreciones:

Coloración de la piel:

4. REPOSO Y SUEÑO

Horas de sueño:

Duerme siesta? En que horario:

Valoración neurologica: Actividad:

Respuesta a estímulos: Respuesta pupilar:

5. VESTIDO

Condiciones de la ropa de vestir:

Higiene: Costumbres en el cambio de ropa:

Tiene la ropa necesaria para la hospitalización:

Se viste solo: Con ayuda:

6. TERMORREGULACION

El niño es sensible a los cambios de temperatura: A que hora del día es más sensible a los cambios de temperatura:

Cuando tiene fiebre ¿Cómo se la controla?

7. MOVIMIENTO Y POSTURA

A que edad fijo la mirada: Siguió objetos con la mirada:

Se sentó: se paró: Caminó

Salto con un pie: Salta alternando los pies:

Camina solo:

Que posición adopta el niño para sentarse:

Al dormir:

Se mueve en la cama: Cambios de posición con ayuda:

8. COMUNICACIÓN

A que edad sonrió: A que edad balbucea: A que edad dijo sus
primeras palabras Quien lo cuida:
Con quien juega: Como considera que es el niño:
Dependiente: Hace berrinches:

9. HIGIENE

Condiciones higiénicas de la piel:
A que hora acostumbra el baño: Al niño le gusta el baño:
Frecuencia del baño:
Cuántas veces se cepilla los dientes:
Frecuencia del cambio de ropa:

10. RECREACION

Le gusta la música:
Tiene alguna preferencia por los juegos:
Animales: Las personas:
Juega solo: SI Con otros niños:

11. RELIGIÓN

¿Qué prácticas religiosas le gustaría que respetaran?

12. SEGURIDAD Y PROTECCION.

Ha consultado a otras personas sobre la salud de su hijo:
Como ha programado las visitas del hospital:.
Describa los miedos sobre la enfermedad del niño:
Existe la posibilidad de que haya estado e contacto con niños que padecen
alguna enfermedad contagiosa en casa:
O con algún familiar y amigo:
El niño toma medicamentos en casa:

13. APRENDIZAJE.

¿Ha estado hospitalizado antes?
Que sabe de la enfermedad de su hijo:
Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara:

14. REALIZACIÓN

Que aspiraciones tiene usted para su hijo:
Su hijo hace amistad con otros niños y adultos:

Nombre de la enfermera:

Fecha

Análisis de la historia clínica.

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

JERARQUIA DE LOS DISGNOSTICOS DE ENFERMERIA
(en las dimensiones, fisica, psicosocial y espiritual)

Fecha de identificación	Diagnóstico de Enfermería	Fecha de resolucion

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

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Nombre _____ Servicio _____ -
Edad: _____ Sexo: _____ Dx médico _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	fundamento	Evaluacion

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERIA INFANTIL I
 JERAQUIZACION DE NECESIDADES

NOMBRE: _____ Servicio: _____ Reg: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx Medico: _____ Fecha: _____

Necesidades	Indep.	Dep.	Causas de la dificultad			La dificultad Interac. Con la nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia
	Grado	Grado	F. F	F. C	F. V	Si	No	
Seguridad y protección								
Higiene								
Realización								
Eliminación								
Nutrición e hidratación								
Descanso y sueño								
Movimiento y Postura								Debilidades.
Vestido								
Recreación								
Termorregulación								
Comunicación								
Aprendizaje								
Valores y creencias								
Oxigenación								

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

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Trejo Sexo: Edad:
Sexo: Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible)

2. Orientación dietética

3. Medicamentos Indicados

4. Registro de signos y síntomas de alarma

5. Cuidados especiales en el hogar.

Fecha:

Nombre de la Enfermera:

Anexo 3

Parámetro	0	1	2
Llanto	No	Tono agudo consolable	Tono agudo inconsolable
FiO ₂ para sat. >95%	No	>3 %preoperatorio (basal)	< 3 % post operatorio (basal)
FC o TAS	Normal	> 20% basal	< 20% basal
Expresión.	Normal	Muecas	Angustia
Periodo de sueño	Dormido	Se despierta a intervalos	Despierto

Valoración del dolor en el recién nacido

FiO₂ = Fracción Inspirada de Oxígeno

FC o TAS = frecuencia Cardíaca o Tensión Arterial Sistémica

Fuente: Vázquez E, Santillán E, Murguía T Tratamiento del dolor en el recién nacido Boletín Medico del Hospital Infantil de México 2000; 2(4) 24

Anexo 4

Escala de Reyes Zubería para evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados (adaptación Hernández Tapia)

1. Grupo I

Preocupación exagerada por los pacientes
Miedo a que mueran mientras se atiende al paciente
Miedo a que vayan a sufrir mucho
Miedo de no saber o no poder darle la ayuda adecuada
Llanto por la enfermedad de un niño
Llanto fácil
Temor de decirle la verdad al niño o al familiar si no se les ha informado
Temor de no poder ayudar al niño en sus reacciones.
Miedo a equivocarse con el niño o la familia.

2. Grupo II

Rabia, ira o enojo contra el paciente o la familia
Sensación de injusticia hacia el paciente, la familia
Impaciencia, enojo o malestar por no querer estar con el paciente o la familia.

3. Grupo -III

Sensación de haber hecho algo malo en el paciente que le ha causado malestar
Sensación de haber hecho algo que acelerara el proceso de la muerte
Sentimiento de que el paciente se merece todo lo bueno

4. Grupo IV

a)

Sentirse triste, abatido o melancólico
Tristeza por la posible y próxima muerte del paciente
Llanto o deseo de llorar fácilmente
Sentimiento de desesperanza

b)

Miedo anormal a enfermarse (o de algún miembro de la propia familia, hijos, esposo) de lo mismo que el paciente.

c)

Conciencia de la cercanía de la muerte del niño
Silencios largos y no querer conversar con nadie
Sensación de injusticia hacia él, y el niño
Dolor por la muerte del niño
Necesidad de aislarse de todos
Necesidad de no estar con el niño en fase terminal.

5. Grupo V

Acercarse al niño para despedirse
Necesidad de decirle cosas bonitas y consoladoras (todo va a estar bien; eres un angelito y estarás bien) antes de la muerte del niño
Platica con la familia después de la muerte de un niño y se despide de la familia.

6. Grupo VI: Cuando fallece un paciente

Necesidad de desahogo
Necesidad de hablar con alguien en especial sobre el niño
Otros: Especifique

7. Grupo VII

Consulta con la familia, si en el momento de la muerte le gustaría que un miembro de su religión la asistiera (como sacerdote, pastor o rabino)
Participa de los rituales después de la muerte del niño.

8. Grupo VIII

Siente que dio toda la ayuda posible al niño

Siente que el niño recibió toda la ayuda posible médicos, enfermeras, psicólogos, familia, religiosa

Siente que los niños mueren en paz

Sentimiento de culpa hacia la familia o personal

9. Grupo IX

¿Conoce las etapas del duelo?

Anote cuales son:

¿Qué hacer cuando un niño muere?

¿Cuándo fue la última vez que estuvo en el fallecimiento de un paciente y cómo se siente respecto a eso?

Puntuación

1. Grupo I
2. Grupo II
3. Grupo -III
4. Grupo IV
- a)
- b)
5. Grupo V
6. Grupo VI
7. Grupo VII
8. Grupo VIII
9. Grupo IX

Grupo I: Angustia
1= Leve
2= Moderado
3= profundo
4= Atención urgente
Grupo II: Frustración
Grupo -III: Culpa
Grupo IV: Depresión
a) Reactiva
b) Ansiosa
c) Duelo
Grupo V: Aceptación
Grupo VI: Duelo
Grupo VII: Apoyo religioso
Grupo VIII: Sentimientos ante la muerte
Grupo IX: Conocimientos de las etapas

Anexo 5

Etapas del duelo de Kubler-Ross.

1. Negación: choque nervioso e incredulidad; es sentir que la persona aún sigue viva, es no poder aceptar que ya murió, es esperar que en cualquier momento volverá a estar presente. La persona se aísla y quiere estar solo. El funeral, el velorio y el entierro ayudan a pasar por esta etapa, pues ayuda a demostrar la ausencia de la persona.
2. Enojo: expresión de reacciones de ira y hostilidad; surge de manera irracional e incontrolable, contra Dios, contra la vida, contra los médicos, contra el hospital, contra los vivos, contra otros familiares, incluso en contra de la misma persona que falleció ¿Por qué te fuiste y me dejaste? Por lo que habrá de permitir que se eche fuera toda la rabia, aún si ésta se presenta antes de que la persona muera.
3. Regateo: intentos por retrasar la muerte; se buscan buenas conductas para alcanzar un consuelo. En realidad, en el fondo es un medio para liberarse de las culpas.
4. Depresión o desesperanza: se vive una profunda tristeza que es evidentemente, la manifestación propia del duelo. Es la etapa de mayor duración. Es cuando se expresa más libremente el dolor por la pérdida, sea real o simbólica
5. Aceptación: es la certeza de que la muerte es sólo un cambio de presencia por el cual todos tenemos que pasar, pero ello sólo ocurre con el tiempo.

Anexo 6

RELAJACIÓN SIN TENSIÓN

Instrucciones. Es necesario que el padre o terapeuta, vaya leyendo cada uno de los siguientes puntos mientras el niño lo practica, sería ideal que mientras el niño lleva a cabo el procedimiento, lo vaya memorizando, para que después de algunas sesiones él pueda relajarse sin necesidad de que usted lo dirija. Se recomienda grabar el procedimiento, con voz clara y firme dejando un tiempo razonable para realizar cada una de las indicaciones

Siéntate o recuéstate cómodamente, busca la posición que más te guste, cierra los ojos y empieza a relajar todos los músculos de tu cuerpo... empieza a respirar lenta y profundamente... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (pon tus labios entreabiertos) (EXHALA).

Comienza concentrando tu atención en tu cara, en tus mandíbulas apretadas, tensas y afloja esta tensión lentamente, recorre todo tu cuerpo... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (EXHALA).

Relaja los músculos de tu cuello, libera la tensión... muévelo lentamente... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (EXHALA)

Concentra tu atención en tus hombros, libera la tensión, el malestar, muévelos suavemente y relájalos completamente al respirar... INHALA sostén unos segundos el aire y al EXHALAR con los labios entre abiertos, imagina que sale de ti toda la preocupación, toda la angustia y la tensión que te invade.

Continúa relajando el tronco, tu espalda, el abdomen, los glúteos, libera el estrés y la tensión que los mantiene contraídos, e incómodos, respira profunda y lentamente... toma aire por la nariz y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca.

Concentra tu atención en tus piernas, libera la tensión poco a poco, bajando por tus muslos, tus rodillas, las pantorrillas y finalmente tus pies, siente como sale toda la tensión por cada uno de tus dedos y se aleja el malestar, muévelos suavemente y relájalos completamente al respirar ...INHALA... EXHALA.

Continua relajado, la tensión de los músculos de tus brazos va desapareciendo con forme mueves tus dedos, deja que escape la tensión, ahora no hay tensión en tu cuerpo, te sientes libre de ese malestar...respira profundamente... INHALA... EXHALA.

Todo tu cuerpo esta plenamente relajado, te sientes muy tranquilo, muy a gusto contigo mismo y con todos los que te rodean, siente como poco a poco las preocupaciones y la tensión se alejan de ti, respira profundamente, toma aire por la nariz... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca.

Lentamente abrirás los ojos, y sentirás como todo tu cuerpo esta relajado, y sentirás ese bienestar recorriendo tu cuerpo.
MUY BIEN, LO HAZ HECHO MUY BIEN.