



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

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

SEDE. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”

ESTUDIO DE CASO

**“ADOLESCENTE FEMENINA CON DEPENDENCIA EN LA
NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN, POR
DEFICIENCIA DE PROTEINA C”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

LIC. EN ENF. YAZMÍN ALEJANDRA GAONA VÁZQUEZ

ASESORA:
E.E.I. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

ENERO DEL 2013



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO	4
I. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Estudios relacionados	5
1.2. Proceso Atención de Enfermería	15
1.3. Virginia Henderson	65
1.4. Consideraciones éticas del cuidado	79
1.5. Proceso patológico	89
II. METODOLOGÍA	92
2.1. Descripción del caso de estudio	92
2.2. Proceso de valoración	97
2.3. Proceso del diagnóstico	97
2.4. Planeación	99
2.5. Plan de alta	149
2.6. Conclusiones y sugerencias	151
BIBLIOGRAFIA	152
ANEXOS	154
1. Hoja de reporte diario	155
2. Instrumento de valoración clínica de 6 a 12 años	157
3. Hoja de consentimiento informado	174
4. Tríptico informativo	175

INTRODUCCION

Enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia hoy se hace necesario una nueva actitud de pensamiento de quienes se desempeñan en ésta área. Se requiere de nuevos profesionistas que propongan alternativas para otorgar cuidados con bases científicas y éticas, para lograrlo es necesaria la utilización del Proceso Atención de Enfermería sustentado en una base teórica de enfermería.

El propósito de este estudio de caso es otorgar atención de calidad e individualizada a una adolescente femenina, aplicando los conceptos básicos de la teoría de Virginia Henderson a través del proceso de Atención de Enfermería, ya que es la que mejor se adapta a la edad pediátrica.

Se analiza el caso de una paciente, con un padecimiento poco frecuente pero que sin embargo, requiere de cuidados específicos y la participación de la familia.

Se define en que consiste el padecimiento como factor de Dependencia, se realiza una descripción de la metodología utilizada, sin dejar a un lado los aspectos éticos, tan importantes y fundamentales en la práctica profesional.

También se hace un análisis de cada necesidad con la finalidad de jerarquizarlas, así mismo se realizan dos planes de intervención de la necesidad de Seguridad y Protección que es la prioritaria y se describen las intervenciones especializadas así como las actividades específicas, éstas mejorarán la calidad de vida de la paciente.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Realizar un estudio de caso orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso atención de Enfermería, en una adolescente femenina con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de proteína C”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar la valoración de las 14 necesidades en una adolescente femenina con deficiencia de proteína “C”.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería para la atención de una paciente adolescente femenina con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.
- Elaborar un plan de alta, con la participación de la mamá para favorecer el cuidado en su hogar.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. ESTUDIOS RELACIONADOS.

Se realiza una búsqueda intencionada en revistas, sobre estudios de caso, encontrando 12 artículos en donde se aplica el Proceso Atención de Enfermería orientado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson en pacientes en edad pediátrica con distintos padecimientos y con diferentes grados de dependencia. A continuación se analizan los artículos.

El primer estudio se realizó en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con un niño preescolar de 4 años 6 meses, que nació el 9 de mayo de 1997, con un diagnóstico de VIH positivo, que procede de una institución que atiende a niños huérfanos con este problema de salud, ingresa al hospital el día 22 de diciembre de 2001. Se emplea el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, realizando 8 valoraciones focalizadas, enfatizando la necesidad de seguridad y protección por las características propias del paciente, se establecieron los diagnósticos pertinentes con el formato Problema. Etiología. Síntomas. (P.E.S.), diseñándose intervenciones independientes e interdependientes, así como un plan de alta. Se presentan 7 diagnósticos donde se despliegan las fuentes de la dificultad, jerarquizados de acuerdo al nivel y grado de dependencia y por consiguiente a su prioridad, cada uno con sus objetivos e intervenciones concretas para cada uno de ellos, por lo que a la hora de la evaluación los resultados fueron favorables en su mayoría. Se concluyó que la utilización conjunta del Proceso de Enfermería con la filosofía de Virginia Henderson permitió que los cuidados proporcionados al niño fuesen resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de la dificultad y problemas de dependencia, de esta forma, permitió orientar la valoración de Enfermería para obtener datos objetivos y subjetivos de la persona, particulares a cada necesidad y característica del niño,

destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciendo al individuo una atención integral específica.¹

El siguiente se trata de un plan de cuidados realizado a un niño de 8 meses de edad y 5.500 kg de peso que ingresa a la UCIP en el posoperatorio inmediato de una cirugía cardíaca de corrección de defecto de canal aurículo-ventricular completo, en un Hospital de España, se emplea el modelo de la 14 necesidades Virginia Henderson, dando prioridad a la angustia de los padres relacionada con el padecimiento y el pronóstico del estado de salud de su pequeño en ese momento para la realización de los diagnósticos se emplea la taxonomía de la NANDA y para las intervenciones la de NIC Y NOC. Se elaboran 13 diagnósticos, de los cuales uno es real, tres de riesgo y nueve potenciales, de los cuales se eligen 4 para la elaboración del plan de cuidados de acuerdo a la jerarquización de los mismos; en la valoración focalizada se detectan las manifestaciones de dependencia, dando como resultado una gran dependencia de los padres del menor. Se llegó a la conclusión por parte de los elaboradores del plan que realizar el caso haciendo uso de los lenguajes enfermeros nos ayuda a conocer mejor las taxonomías y como se articulan entre sí. El uso de un proceso sistémico y organizado ha sido de especial importancia para organizar las ideas. Integrar los lenguajes de enfermería en la práctica diaria es de gran utilidad y favorece el desarrollo de nuestra profesión.²

Otro caso se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en un adolescente residente del estado de Nayarit, que es conocido en el Instituto desde 1997 por una Tetralogía de Fallot y Síndrome de delección 22q11 sin tratamiento quirúrgico, hasta el mes de marzo del 2009. El Síndrome de delección es complicado de diagnosticar por lo que los profesionales de enfermería deben tener conocimientos sobre las cardiopatías congénitas y su relación con padecimientos psiquiátricos. La metodología utilizada fueron las 14 necesidades de Virginia

¹ Franco O. M. y Benítez T. A (2004). Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria, 1, (3), 13-23.

² Alonso, F. S. y Ros, E. MT (2008). Plan de cuidados a un niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC Y NOC. Enfermería en Cardiología, (44): 33-36.

Henderson y los diagnósticos se realizaron basados en la taxonomía de la NANDA, se realizó una valoración focalizada encontrando dependencia en 13 de las 14 necesidades, se realizaron 5 diagnósticos de los cuales uno es real y 4 de riesgo, en cada uno de ellos se da a conocer las causas de la dificultad, y se desglosan las acciones de enfermería para implementar con el paciente, se evalúa el logro de los objetivos planteados en cada uno de los diagnósticos. Llegaron a la conclusión de que en el servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez es poco frecuente encontrar pacientes con alteraciones neurológicas y cuando las presentan se debe a factores relacionados con la cirugía como la circulación extracorpórea.³

Se incluye también un plan de cuidados que tiene como objetivo implementar un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente con ventrículo único, con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson, en una paciente femenina de 51 días de vida extrauterina, originaria del Estado de México; hospitalizada en el servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, por presentar cianosis importante desde el nacimiento, se realizaron 5 valoraciones focalizadas priorizando la necesidad de oxigenación debido al diagnóstico médico de la paciente, de las cuales se despliegan 8 diagnósticos enfermeros, 7 reales y uno de riesgo, cada uno con su objetivo bien delimitado para planificar las acciones de enfermería y obtener evaluaciones satisfactorias para la paciente y su familia concluyendo que siempre hay que proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como al familiar, aunque no se puedan evitar las complicaciones por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamientos sean solo paliativos.⁴

En otro artículo se trata de un adolescente masculino de 13 años de edad, con el diagnóstico de desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur (DECF) tratado

³ Macín, G. G. (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q 11. *Revista mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18 (3): 82-86.

⁴ Cruz, L.M. y Martínez, P.G. (2006). Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único. *Enfermería Cardiológica*, 14 (2): 56-61.

en el hospital de pediatría del CMN. Siglo XXI. Par la elaboración del caso se utiliza el Proceso Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson, donde la satisfacción de las 14 necesidades habla de un óptimo estado de salud, se detecta dependencia en la necesidad de movimiento y mantener buena postura debido al diagnóstico médico del paciente, se tomó en cuenta la valoración global del continuum de independencia-dependencia, realizando la valoración general del paciente, una exploración física generalizada, focalizando la exploración en sistema musculo esquelético para la necesidad de moverse y mantenerse en buena postura. Se realizaron 11 diagnósticos enfermeros, jerarquizando de acuerdo al nivel de dependencia del paciente, de los cuales 8 son reales y 3 de riesgo; evaluando el decreciente de dependencia en cada uno de ellos al momento del alta del paciente, es decir en mejoría según la intensidad. Obteniendo como resultado independencia para la atención. En conclusión la metodología aplicada, basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por Virginia Henderson a través del PAE. Y conjuntamente con el análisis, la interpretación, la planeación, y la evaluación de estas necesidades; es sin duda un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería.⁵

El siguiente caso trata de una RN. Prematura de 27 sdg. y 420 g de peso, que nace como consecuencia de una preeclampsia materna que provoca un crecimiento uterino retardado, que se encuentra hospitalizada en la UCIN del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia España. En la metodología se realizó una valoración general con los patrones funcionales de Gordon. Su estancia hospitalaria fue de 125 días en los que se aplicó un plan de cuidados individualizado de acuerdo a las necesidades de la paciente y su familia, basado en el modelo de Virginia Henderson, utilizando para ello los diagnósticos de la NANDA, de los cuales se elaboraron 14 diagnósticos dirigiendo 10 a la paciente y 4 sus padres, el orden fue el ya establecido en las 14 necesidades, las

⁵Sánchez, L. V. (2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener buena postura. Revista Enfermería IMSS, 9 (2): 91-96.

intervenciones se llevaron a cabo con la taxonomía NIC, desglosándolas para cada uno de los diagnósticos y la clasificación de los resultados (logro de objetivos) con el NOC. En la evaluación se obtuvieron resultados favorables de acuerdo a los objetivos previstos. La niña fue dada de alta con un peso de 2,900g que aún sigue siendo bajo para su edad y un desarrollo neurológico y psicomotor normales, a lo largo de dos años se ha dado seguimiento, y se ha detectado que continua con el peso y talla bajo para la edad, y precisa tratamiento con logopedia y foniatría por parálisis de la cuerda vocal derecha. En conclusión a la hora de llevar a cabo el plan de cuidados, nos encontramos con la dificultad de que, en ocasiones, suponía la falta de una infraestructura espaciosa y tranquila que nos permitiera poder realizar todas las intervenciones de una mejor manera posible.⁶

En seguida se comenta de un Plan aplicado a una preescolar de 5 años de edad, con un quiste de colédoco tipo I complicado con colecistitis, la cual fue intervenida quirúrgicamente, posteriormente ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de una Corporación Sanitaria Parc Taulí, en Barcelona. España. Ingreso con drenajes, sondas, accesos periféricos y centrales. Cuatro días después de su ingreso refiere intensificación de dolor y otros signos y síntomas característicos de pancreatitis, desafortunadamente inicia con una serie de complicaciones asociadas a la pancreatitis, lo que dio lugar a la elaboración de un instrumento individualizado para la atención de enfermería específica para la paciente y su madre, ya que está empezó a focalizar los problemas de la paciente en ella misma. Para ello se realizó una valoración general de la paciente, tanto familiar como particular, y se diseñó un plan de cuidados de enfermería en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, en el cual se valoró para identificar la manifestaciones de dependencia y así jerarquizar en la que era necesario intervenir para lograr nuevamente la independencia; se realizaron 7 diagnósticos en base a la taxonomía de la NANDA, uno de riesgo y 6 reales en los que se jerarquizaron las necesidades de acuerdo a la valoración, la necesidad en la que hubo la necesidad de realizar más diagnósticos fue la de evitar peligros, por las

⁶ Pastor, R. JD. (2010). Recién Nacido Prematuro. *Enfermería Clínica*, 20 (4): 255-259.

características propia de la paciente y de la madre. Al momento de la evaluación se concluyó que en general los objetivos plantados respecto a la paciente y la madre de la misma se alcanzaron, pues el estado fisiológico de la paciente mejoro, así como el afrontamiento positivo de la madre ante enfermedad de su hija.⁷

A continuación se analiza un plan de intervenciones de enfermería aplicado en un paciente pediátrico de 3 meses de edad, sexo masculino, originario y residente del estado de Hidalgo. Con diagnóstico de coartación aortica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar, durante el periodo postquirúrgico en el servicio de cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, junto con la taxonomía de la NANDA para la realización de diagnósticos, que tiene como objetivo principal brindar una atención de enfermería de alta calidad humana y con bases científicas. Se realizó una valoración focalizada de acuerdo a las necesidades, obteniendo de esta 11 diagnósticos enfermeros, siendo reales los 8 y 3 de riesgo, la necesidad de la que se elaboraron más diagnósticos fue la de oxigenación pues es en esta necesidad donde la dependencia es mayor, de cada uno de los diagnósticos se elaboraron objetivos precisos e intervenciones encaminadas al cumplimiento de los mismos, obteniendo así una evaluación favorable. En conclusión la aplicación del método enfermero como una herramienta en el trabajo asistencial del profesional ayudará al reconocimiento de patrones, necesidades y problemas específicos, así como la interpretación de signos clínicos dentro de un contexto particular.⁸

El siguiente es un proceso en un lactante mayor de 1 año 4 meses de edad, originario del D.F. que es atendido en un hospital privado de la misma, que se realiza con el modelo conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades, en el que se jerarquizan las necesidades según el grado de dependencia e

⁷ Partera, L. MC. (2003). Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica*, 13 (5): 313-320.

⁸Sierra, P. M. (2006). Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianogena. *Revista Mexicana de Cardiología Pediátrica*, 14 (1): 16-23.

independencia, y en el cual se realiza un diagnóstico enfermero basado en el formato PES, cubriendo únicamente la necesidad de oxigenación. Las intervenciones se realizaron de acuerdo a la taxonomía NIC, agregando la fundamentación de cada una de ellas. En el que se concluyó que con el PAE pueden planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presenta el paciente, y además permite que enfermería tenga un lenguaje propio.⁹ También se presenta un caso basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el que las intervenciones se realizan mediante la taxonomía del NIC y los objetivos con el NOC se realiza mediante un plan de cuidados estandarizados (PLECE'S) implementado en una adolescente de 13 años de edad que cursa con un embarazo de 27 SDG, que vive con sus padres, en la valoración se orienta sobre los datos objetivos y subjetivos, en los diagnósticos se identifican las fuentes de la dificultad en los que se conceptualizan la causa u origen de los diagnósticos reales, potenciales o de salud, se elaboraron dos diagnósticos reales con sus intervenciones específicas y con los objetivos en base al NOC. En conclusión se observa una interrelación precisa de los supuestos de Henderson en su modelo. Es necesario que los programas educativos que tienen bajo su responsabilidad la formación del recurso humano que proporciona cuidado, propicien mediante la resolución de casos clínicos los conocimientos y habilidades que le permitan al profesional de enfermería desarrollar el pensamiento reflexivo, el juicio clínico indispensable para proporcionar cuidados con resultados que favorezcan la salud de las personas, familia, grupos y comunidad en general.¹⁰

El siguiente caso se realiza mediante la implementación del modelo teórico de Virginia Henderson con el Proceso Atención de Enfermería, se valoró el grado de dependencia con el cuadro de continuum independencia- dependencia, y la relación entre duración y grado de dependencia, en una adolescente de 11 años

⁹Solís, M. ME (2008). Proceso de atención de enfermería en un lactante con dependencia de oxígeno. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 16 (9):414-417.

¹⁰ Mass, G.L y Del Carmen, D. P. (2010) .Proceso de enfermería en adolescente embarazada con referente teórico de Virginia Henderson. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 18 (3):131-134.

de edad conocida en el HIM Federico Gómez desde septiembre del 2004 diagnosticada con LES, acude al servicio de urgencias el 21 de agosto del 2006 por presentar irritabilidad, llanto fácil, labilidad emocional, mirada fija, alucinaciones edemas de hipotermia, dolor ardor, llenado capilar retardado, cambio de coloración de tobillos y pies de cinco días de evolución, donde se diagnostica con vasculitis de miembros pélvico; la recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista a directa con la paciente, madre, expediente clínico, personal de salud y referencia bibliográfica, se realizó una exploración física para la validación de los datos obtenidos mediante la entrevista; para la historia clínica se utilizó un instrumento diseñado por las autoridades de la E.E.I. de la ENEO, bajo la orientación propuesta por Henderson de las 14 necesidades básicas. Se realizaron 17 seguimientos, se detectaron 13 necesidades en dependencia y solo una en independencia, se realizaron 13 diagnósticos reales, 11 de riesgo y uno de salud. En este artículo solo se muestra el PAE de la necesidad de movimiento y postura puesto que es la más afectada. Los diagnósticos fueron redactados de acuerdo al formato PES y las intervenciones se realizan en base al NIC. Los resultados obtenidos hasta hora indican que pronto se podrá cumplir el objetivo planteado ya que se pudieron realizar las actividades programadas, la paciente en un principio se mostró renuente e irritable ante la idea de movilizarse, porque se sentía muy adolorida, además de temerosa de que pudiera sangrar de las heridas quirúrgicas, accedió después de que se le explico a ella y a la madre los movimientos permitidos, esta necesidad se encontró en el nivel 5 de dependencia y se logró disminuir al nivel 2 ya que la adolescente a la 36 horas posteriores a la cirugía , se movilizaba de la cama y deambulaba en su silla de ruedas con facilidad y con ayuda de la madre.¹¹

Por último un proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica, realizado en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A Coruña; en una niña de 13 meses de edad, con los diagnósticos médicos de cardiopatía congénita (coartación de la

¹¹Mariano, S. N y Espinosa, M. V. (2008). Atención especializada de enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 16 (6): 276-279.

aorta, ductus arterioso, comunicación interventricular) y síndrome de Down, que ingresa acompañada de su madre y abuelo paterno. Se realiza la valoración de los signos y síntomas y la entrevista a la madre, en donde se detecta que la madre tiene problemas para enfrentar el padecimiento de su hija, por lo que una enfermera establece una comunicación terapéutica principal con la madre y coordina un equipo multidisciplinario para crear una relación de ayuda a la madre. Se realiza por parte de enfermería una valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson, dando como resultado 8 diagnósticos enfermeros, definiéndolos por la taxonomía NANDA; de los cuales 4 fueron reales y 4 de riesgo. Tomando en cuenta que en el ámbito hospitalario, la relación de ayuda va intrínsecamente unida a situaciones de cada día, tales como: familiares de los pacientes que se sienten perdidos y ansiosos por la nueva situación entre muchos otros sentimientos, también se realizaron diagnósticos a la madre para cubrir esa relación de ayuda. Para la realización de plan de cuidados se adaptó al programa informático de Gestión asistencial de cuidados enfermeros línea abierta (GACELA). Los objetivos principales de este proceso son reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero. Establecer la vinculación existente entre el proceso atención de enfermería y la relación de ayuda centrado en un caso real y por último transmitir la importancia de su integración en los cuidados, basados en los resultados; en los que la madre vivió un cambio constructivo y positivo en su modo de pensar y comportarse, entendiendo que todo ello forma parte de las características de las personas ante los problemas de la vida, con esto se logró la ganancia ponderal de la niña y el aumento en su tono muscular, pues la madre aprendió a darle de comer, aún ya sin sonda nasogástrica. En conclusión las personas enfermas y sus familiares demandan no solo cuidados físicos, sino ser escuchados y comprendidos. Creemos importante integrar la relación de ayuda en el Rol de enfermería, como herramienta necesaria en las relaciones interpersonales, para lograr procesos dinámicos de ayuda en la resolución de problemas.¹²

¹² Ferrer, P. A. García, S. R. y Barreiro, B. JM. (2003). El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. Cultura de los Cuidados, año VII, (13): 52-62.

En conclusión considero que cada uno de los casos revisados cuenta con un bagaje de información muy amplio, ya que en cada uno se identifican muy precisas las necesidades según el marco conceptual de Virginia Henderson que aplicado al proceso atención de enfermería, nos dan como resultado una gran variedad de planes de cuidados, en los que se logra la máxima independencia de los pacientes y de sus propios familiares.

En general la metodología utilizada se estandariza con el objetivo de unificar los cuidados enfermeros otorgados a cada uno de los pacientes.

1.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería.¹³

DEFINICIÓN:

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que “el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si

¹³ Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi-Losey, D. (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería (3ª. ed.). D.F. México: McGraw-Hill Interamericana. pp. 9

este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que éste estado de bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.”¹⁴

Alfaro lo define como método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de salud reales o potenciales.¹⁵

Se trata de un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades de cambio del paciente. El empleo del Proceso Enfermero favorece el cuidado enfermero individualizado y ayuda a la enfermera a responder al cliente de manera rápida y razonable para mejorar o mantener la salud del cliente.¹⁶

OBJETIVOS:

El objetivo principal del Proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y de la comunidad.¹⁷

Según Alfaro los objetivos son:

- ✓ Prevenir la enfermedad y promover, mantener y restaurar la salud (en la enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte)
- ✓ Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- ✓ Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades de la persona.

¹⁴ Ídem 13 pp. 11

¹⁵ Alfaro, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero (5ª ed.) Barcelona. España: Elsevier.

¹⁶ Potter, P. y Perry, A. (s/a). Fundamentos de enfermería (5ª ed.) Barcelona. España: Harcourt/Océano pp. 301

¹⁷ Iyer, Op cit. pp. 11

- ✓ Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario de administrarle cuidados de salud.¹⁸

VALORACIÓN:

Es la primera fase del Proceso de enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de la información relacionada con el cliente, el sistema cliente / familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se obtienen de forma sistémica, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.¹⁹

Tipos:

- Valoración inicial: realizada en el plazo específico después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria, que tiene el propósito de establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.
- Valoración focalizada: proceso progresivo integrado durante los cuidados de enfermería, con el propósito de determinar el estado de un problema específico identificado en la exploración anterior o identificar problemas nuevos o que pasaron desapercibidos.
- Valoración urgente: durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente, con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida.
- Valoración después de un tiempo: varios meses después del estudio inicial, que busca comparar la evolución del paciente con los datos basales obtenido anteriormente.

También durante la valoración, el profesional de enfermería obtiene cuatro tipos de datos:

¹⁸ Alfaro, Op cit. pp. 4

¹⁹ Iyer, Op cit. pp. 12

- Datos subjetivos: Perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos, no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. Son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre su estado de salud del cliente. La información proporcionada por otras fuentes distintas al paciente, pueden ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.
- Datos objetivos: consisten en información observable y medible. Se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física del paciente.
- Datos históricos: situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado, sirven para identificar las características de la salud normal del paciente y para determinar las experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual del paciente.
- Datos actuales: se refiere a acontecimientos que están sucediendo en este momento.²⁰

Fuentes de la información:

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes, que se clasifican como **primarias** y **secundarias**.

El paciente es la fuente primaria y se debe de utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes, también la familia y los allegados se pueden interrogar como fuentes primarias, cuando se trata de lactantes o niños y clientes gravemente enfermos, con trastornos mentales, desorientados o inconscientes.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente.

- Familia o seres queridos
- Personal sanitario
- Registros clínicos²¹

²⁰ Iyer, Op cit. pp. 36-37

²¹ Iyer, Op cit. pp. 38-42

Métodos:

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física.²²

Entrevista:

Comunicación programada, o conversación que se realiza con un propósito.

Objetivos de la entrevista de enfermería:

- Establecer una relación terapéutica con el paciente
- Establecer el significado del cuidado del paciente como individuo por parte de la enfermera
- Familiarizar al cliente con la institución de forma no amenazante
- Lograr introspección en las áreas de preocupación del paciente
- Determinar las expectativas del paciente respecto a los profesionales sanitarios y el sistema de administración sanitario.

Recomendaciones:

Antes de la entrevista:

- Organización. Si se sabe lo que se tiene que hacer, hay más seguridad
- No fiarse de la memoria. Tener un plan escrito que guíe las preguntas que se harán
- Dedicar tiempo suficiente. Se requiere de 30 min. a una hora
- Asegurar la intimidad. Disponer de un entorno tranquilo, privado y libre de interrupciones o distracciones
- Centrar la atención. No pensar en otros asuntos o tareas, la entrevista es lo más importante en ese momento
- Mostrar seguridad, calidad y atención. Para poder transmitir lo mismo al cliente²³

²² Iyer, Op cit. pp. 52

²³ Iyer Op cit. pp. 54-75

Cuando inicie la entrevista:

- Presentarse con nombre y cargo.
- Verificar el nombre del entrevistado y como le gusta que lo llamen. Eso ayuda a que el paciente se sienta más tranquilo
- Explicar el propósito de la entrevista

Durante la entrevista:

- Dedicar a la persona toda la atención
- No tener prisa
- De preferencia sentarse para estar cómodos ambos.

Segmentos de la entrevista:

- Introducción: Inicio de la relación terapéutica, creación de un ambiente en el que se puedan desarrollar una relación positiva. De debe explicar el objetivo de la entrevista y calcular el tiempo necesario para la entrevista
- Cuerpo: Segunda parte de la entrevista donde se deberá enfocar el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener datos necesarios. Habitualmente se inicia con la principal causa de la enfermedad. Utilizar un formato que se encuentre más cómodo y que consiga una acumulación sistemática y lógica de la información pertinente sobre el cliente.
- Cierre: La fase final de la entrevista es el cierre, durante esta se prepara al cliente para para terminar la entrevista, se puede sugerir una segunda entrevista, se deben resumir los puntos más importantes comentados durante la entrevista.

Tipos de preguntas:

- Abiertas: para obtener una descripción de preocupaciones o sentimientos del paciente, exige respuestas de más de dos palabras.
- Cerradas: Para obtener hechos concretos, para enfocar la recolección de datos, exige respuestas breves de una o dos palabras.

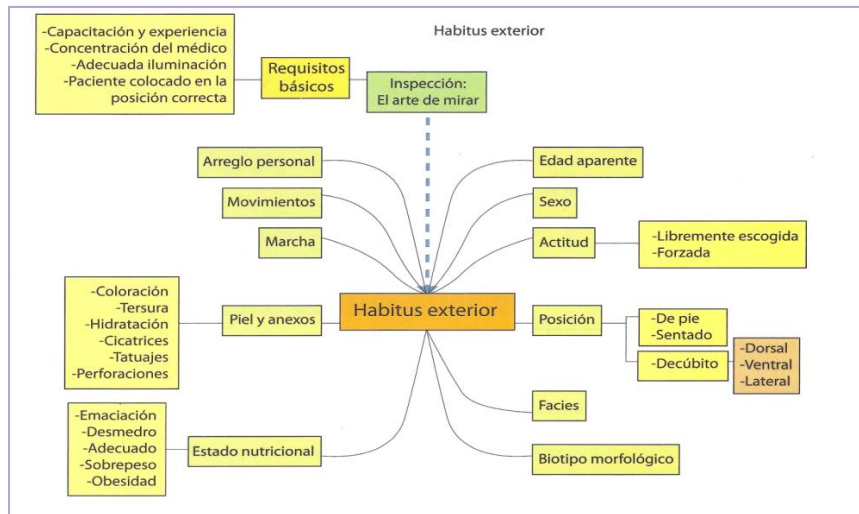
- Sesgadas: Para obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.
- Guiadas: Supone la preferencia de una respuesta en particular
- Intencionadas: Pensadas para provocar la reacción del paciente a una determinada situación o tema.²⁴

Observación:

Es el segundo método de recogida de datos, consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, su entorno y las interacciones entre estos. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consiente de los sentidos de la vista, olfato, oído y sensibilidad.²⁵

Habitus exterior: conjunto de características bilógicas, psicológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, que constituyen la primera aproximación al estudio de su condición clínica de salud a través de la inspección general y de la relación que guardan los hallazgos que de ella se derivan con información epidemiológica²⁶ (figura 1)

Figura 1:



FUENTE: Revista de la Facultad de medicina de la UNAM vol. 53 N° 6. Noviembre-Diciembre 2010

²⁴ Idem 23 pp. 54-75

²⁵ Ídem 24

²⁶ García, G. JJ (2010) El mensaje epidemiológico del habitus exterior del paciente. Revista de la Facultad de medicina. 53, (6): 11

Exploración Física:

Es el tercer método principal de recolección de datos durante el proceso de valoración. La exploración del profesional de enfermería se centra en:

- Mayor definición de las respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería
- Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería
- Comprobación de datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre el profesional de enfermería y el cliente.²⁷

Técnicas:

Inspección:

Es el proceso de la observación, los ojos y la nariz son instrumentos sensibles que permiten recoger datos a lo largo de la exploración, las observaciones preliminares sólo precisan algunos segundos y, sin embargo proporcionan una información básica que puede determinar el resto de la exploración.

La inspección a diferencia la palpación, la percusión y la auscultación, pueden proseguir mientras se confecciona la historia clínica y, evidentemente, durante la exploración física.

Se debe estar atento durante toda la visita tanto de las declaraciones verbales del paciente como a su lenguaje corporal.

Hay ciertas directrices generales que resultan útiles a medida que avanza la exploración física y la inspección en cada una de las regiones.²⁸

²⁷ Iyer, Op cit. pp. 64

²⁸ Henry. M Sede, Manual de exploración física (5ª. ed.). España: Mosby. pp.53

CARACTERISTICAS DE ALGUNOS OLORES:

Acetona u olor a fruta	Puede indicar acidosis diabética
Amoniaco	Puede indicar infección del tracto urinario
Olor fecal (aliento o zona del pañal)	Asociado a pañales sucios, incontinencia fecal, obstrucción intestinal
Heces con olor putrefacto	Puede indicar gastroenteritis, fibrosis quística, síndromes de malabsorción
Halitosis	Asociado a mala higiene oral, caries dental o absceso, infección de garganta, sinusitis, estreñimiento
Olor húmedo	Asociado a infección bajo una escayola o vendaje
Olor dulce, denso	Puede indicar infección por <i>Pseudomonas</i>

FUENTE: Engel, J., (1994), Guía clínica de enfermería exploración pediátrica. (Trad. Doirki, Servicios Integrales de Edición). (pp. 29). España: Mosby.

Palpación:

Implica el empleo de las manos y los dedos para recoger información mediante el tacto. Ciertas regiones de las manos y los dedos son más adecuadas que otras para los distintos tipos de palpación.²⁹

ZONAS DE LAS MANOS UTILIZADAS EN LA PALPACIÓN

DETERMINAR	UTILIZAR
Posición, textura, tamaño, consistencia, líquidos, crepitación, forma de una masa o estructura	Superficie palmar de los dedos y pulpejos de los dedos
Vibración	Superficie cubital de la mano y los dedos
Temperatura	Superficie dorsal de las manos

FUENTE: Henry. M Seidel, Manual de exploración física (5ª. ed.). (pp. 56). España: Mosby.

La palpación puede ser suave o profunda, dependiendo de la presión ejercida con la mano o los dedos. Para la palpación suave se ejercerá una opresión capaz de

²⁹ Henry. M Sede, Manual de exploración física (5ª. ed.). España: Mosby. pp55

deprimir al tejido subyacente hasta una profundidad de no más de un centímetro, mientras que para la profunda se deberá alcanzar una profundidad entorno a los cuatro centímetros. La palpación suave siempre debe proceder a la profunda, ya que esta puede provocar dolor o alterar la consistencia del tejido o los líquidos, impidiendo con ello que se pueda obtener información después mediante la palpación suave.

Es importante tener las uñas cortas, pues así se evitaban molestias o lesiones al paciente.

Palpar es muchas veces un método terapéutico, y la palpación constituye el equivalente moderno de lo que se conocía antiguamente como “imposición de manos”. Es el momento en el que iniciamos la invasión física del organismo del paciente. Por ello la recomendación es actuar con suavidad y mantener las manos calientes, lo cual no solo tiene una finalidad práctica sino que también pretende ser la expresión simbólica del respeto hacia el paciente y la consideración que le merecemos al ponerse en nuestras manos.³⁰

Percusión:

Consiste en golpear un objeto contra otro, produciendo vibración y consiguientemente ondas sonoras. Durante la exploración física, los dedos actúan como un martillo, y las vibraciones se producen por su impacto sobre el tejido subyacente. Las ondas sonoras así producidas se oyen como tonos de percusión originados en las vibraciones que se producen unos cuatro a seis centímetros por debajo de la superficie corporal. La intensidad de los tonos de percusión está determinada por la densidad del medio a través del que viajan las ondas sonoras. Cuanto más denso es el medio tanto más leves son los tonos de percusión. El tono de percusión sobre aire es intenso, menos intenso sobre el líquido y leve sobre zonas sólidas.³¹

³⁰ Idem 29

³¹ Henry, Op cit. pp. 56

El grado de intensidad de los tonos de percusión se clasifica en la siguiente lista:

TONO	INTENSIDAD	FRECUENCIA SONORA	DURACIÓN	CALIDAD	EJEMPLO DE DÓNDE AUSCULTAR
Timpánico	Fuerte	Elevada	Moderada	Sonido de tambor	Cámara de aire del estómago
Hiperresonante	Muy fuerte	Baja	Prolongada	Bomba	Pulmones enfisematosos
Resonante	Fuerte	Baja	Prolongada	Hueco	Tejido pulmonar sano
Mate	Entre ligera y moderada	Entre moderada y elevada	Moderada	Ruido sordo	Sobre el hígado
Plano	Ligera	Elevada	Breve	Muy amortiguada	Sobre el musculo

FUENTE: Engel, J., (1994), Guía clínica de enfermería exploración pediátrica. (Trad. Doirki, Servicios Integrales de Edición). (pp. 30). España: Mosby.

El tono Timpánico es el más intenso de todos mientras que el Plano es el más leve.

El grado de tono de percusión se distingue con más facilidad escuchando como se modifica el sonido a medida que se va desplazando la percusión de una zona a otra.

Las técnicas de percusión son siempre las mismas, independientemente de la estructura que se esté percutiendo. La percusión directa o inmediata consiste en golpear directamente con el dedo la superficie corporal. Una variante de esta técnica, la percusión indirecta o mediata, consiste en emplear un dedo de una mano como martillo, mientras que otro dedo de la otra mano se emplea como superficie de impacto. Para llevar a cabo la percusión indirecta se coloca la mano no dominante sobre la superficie del cuerpo con los dedos levemente separados. La falange distal del dedo medio debe apoyarse firmemente sobre la superficie corporal, mientras que los dedos restantes se limitan a rozarla. La percusión se realiza mediante un movimiento brusco de la muñeca de la otra mano hacia abajo, de manera que el dedo medio de un golpe seco sobre la articulación interfalángica

del dedo medio firmemente apoyada sobre la superficie corporal. El golpe debe de ser seco y rápido, debe efectuarse con la punta del dedo no con la yema.

EL puño también puede usarse en percusión. La percusión profunda o puñopercusión suele emplearse para descubrir hiperestésias en el hígado, la vesícula biliar o los riñones. En esta técnica se emplea la cara cubital del puño para asestar un golpe firme sobre la zona en cuestión.

Existe percusión directa e instrumentada, la directa se realiza con las manos del explorador, y la instrumentada con instrumentos específicos para cada zona.³²

Auscultación:

Consiste en escuchar los sonidos producidos por el cuerpo. Algunos sonidos, como el habla, se oyen sin ayuda. Muchos otros requieren estetoscopio para aumentar el sonido.

Los sonidos que se escuchan dependen de la zona concreta del cuerpo que se esté auscultando.

El ambiente debe ser tranquilo y libre de todo ruido que provoque distracción. El estetoscopio ha de colocarse sobre la piel desnuda, ya que las prendas de vestir alteran las características del sonido.

No solo sirve para determinar la existencia o ausencia de sonido, hay que determinar la intensidad, timbre, duración y calidad. Los sonidos suelen ser débiles o breves, debiéndose escuchar con mucha atención para percibir los matices.

Se debe tomar todo el tiempo necesario para identificar todas las características de cada sonido. Conviene realizar la auscultación en último lugar.

Uno de los aspectos más difíciles de la auscultación consiste en aprender a aislar los distintos sonidos. Es imposible escucharlo todo al mismo tiempo, cada

³² Idem 31

segmento del ciclo debe aislarse y escucharse de manera específica. Una vez que se hayan identificado los sonidos individuales, se integran.³³

Medición de las constantes vitales:

El pulso, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la temperatura se consideran los indicadores basales del estado de salud del paciente: por ello se les conoce como constantes vitales. Pueden medirse en fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta.

PULSO:

Es el latido de una arteria que se siente sobre una saliente ósea. Cuando se contrae el ventrículo izquierdo, la sangre pasa a través de las arterias de todo el cuerpo. Esta onda de sangre es el pulso.

Al valorar el pulso se observan el ritmo, la frecuencia, el tamaño (volumen) y la tensión (elasticidad). La frecuencia es el número de latidos por minuto.

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

Se determina mediante inspección simple, observando el ascenso y descenso del tórax del paciente y la facilidad y dificultad con la que se efectúa la respiración. Se determinara el número de ciclos respiratorios (inspiración y espiración) que se producen en un minuto, para determinar la F.R. en los lactantes la elevación y el descenso del abdomen con la respiración facilita el recuento. Se observaran igualmente la regularidad y el ritmo del patrón respiratorio.

PRESION ARTERIAL:

Es la presión que ejerce la sangre dentro de las arterias del cuerpo. Cuando se contrae el ventrículo izquierdo del corazón, la sangre es expulsada por la aorta y viaja por las grandes arterias hasta la más pequeña, las arterias y los capilares. Las pulsaciones se extienden desde el corazón hasta las arteriolas a lo largo de las arterias. Presión sistólica es la que corresponde al punto más alto de las

³³ Henry, Op cit. pp. 58

pulsaciones. Presión diastólica es la que se mide en el nivel más bajo de la pulsación, es decir, durante la relajación ventricular

TEMPERATURA:

La determinación de la temperatura corporal proporciona con frecuencia una indicación muy valiosa en cuanto a la gravedad de la patología del paciente. En los casos de infección puede constituir el parámetro diagnóstico más importante, sobre todo en niños de corta edad y pacientes ancianos. La determinación de la temperatura corporal puede realizarse en diversas zonas del organismo, siendo la más frecuentes la boca, el recto y la axila. Otro lugar que cada vez tiene más aceptación es la membrana timpánica, que es de fácil y rápido acceso y de naturaleza no invasiva.³⁴

MEDICION DE LA ESTATURA Y EL PESO

Se determina mediante una báscula de pie provista de estadiómetro. La balanza tiene un sistema de pesas con graduaciones cada 100g para contrarrestar el peso colocado sobre la plataforma de la báscula. La báscula debe calibrarse manualmente cada que se utiliza.

Cada vez es más frecuente el uso de básculas electrónicas. Con ellas el peso se determina automáticamente y se muestra en una pantalla digital. Estas básculas se calibran de modo automático cada vez que se emplean.

La báscula infantil se emplea para pesar lactantes y niños de corta edad, esta báscula cuenta con una plataforma de lados curvos, sobre la que el niño puede colocarse sentado o acostado.

La estatura de los lactantes puede medirse mediante un dispositivo rígido para la cabeza y uno móvil para los pies³⁵

Validación de los datos:

³⁴ Henry, Op cit. pp. 59- 61

³⁵ Idem 34

La validación o verificación de que la información de que se dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico, esto ayuda a evitar:

- Omitir información pertinente
- Malinterpretar las situaciones
- Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada
- Cometer errores en la identificación de los problemas.

Guías: validación de los datos.

- Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos.
- Los datos que observa otra persona pueden ser ciertos o no. Cuando la información es crítica, verifíquela observando y entrevistando usted misma a la persona
- Valide la información dudosa usando las siguientes técnicas, según esté indicado:
 - Haga un doble control para cerciorarse de que el equipo funciona correctamente
 - Compruebe de nuevo sus propios datos
 - Busque factores que pueden alterar la exactitud
 - Pídale a otra persona, preferiblemente un experto, que obtenga el mismo dato
 - Vuelva a comprobar la información que es extremadamente anormal o incongruente con el estado de la persona
 - Compare los datos objetivos y subjetivos para ver si lo que dice la persona es congruente con lo que usted observa
 - Clarifique las afirmaciones y verifique sus interferencias
 - Compare sus impresiones con las de otros miembros clave del equipo de cuidados³⁶

³⁶ Alfaro, Op cit. pp. 63

Organización de los datos:

Es un principio que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud, agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud.

Agrupar los datos según una perceptiva enfermera:

Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico (datos relacionados sobre patrones de funcionamiento y respuestas humanas, en vez de dar solo patrones del funcionamiento de órganos y sistemas) en vez de seguir un modelo médico.

Agrupar los datos según los sistemas corporales:

1. Agrupar los datos en un breve perfil del cliente incluyendo lo siguiente:
Nombre, edad, razón por la que demanda servicios sanitarios, signos vitales y cualquier problema o diagnóstico médico, alergia o problemas con la dieta.

2. Agrupe los datos que sospeche que puedan ser anormales en cualquiera de los siguientes sistemas:
 - Sistema respiratorio
 - Sistema cardiovascular
 - Sistema nerviosos
 - Piel
 - Sistema gastrointestinal
 - Sistema musculoesqueletico
 - Sistema genitourinario³⁷

³⁷ Alfaro, Op cit. pp. 66

DIAGNOSTICO

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 la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos u conduce a una decisión o a una opinión.³⁸

Errores más comunes: Son tres las fuentes principales de error en el proceso diagnóstico.

- Recolección incompleta o incorrecta de los datos
 - Problemas de comunicación
 - Ocultamiento de datos
 - Distracciones
- Interpretación errónea de los datos por:
 - Deducciones prematuras
 - Prejuicios personales
- Falta de conocimiento clínico o de experiencia:
 - Novicio, principiante iniciado, competente, diestro experto.³⁹

Tipos de diagnósticos de enfermería:

Diagnóstico de enfermería real: Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas.

Diagnóstico de enfermería de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

³⁸ Griffith, J. y Christensen, P. (1993). Proceso de atención de enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. D.F. México: Manual Moderno. pp. 141

³⁹ Iyer, Op cit. pp. 105-106

Diagnóstico de enfermería de salud: Describe respuestas humanas a nivel de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que agrupan en patrones claves o inferencias relacionados.

Diagnóstico de enfermería posible: Se sospecha de la existencia de un diagnóstico de enfermería, pero se dispone de insuficiente información.⁴⁰

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Definición: proporciona una descripción clara y precisa delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones e un diagnostico real, de salud o de promoción de la salud.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnostico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.⁴¹

FORMATO PES:

PROBLEMA:

- Describe el problema de salud (respuesta humana a un proceso vital)
- Claro y conciso.
- Guía la elaboración de objetivos del paciente y criterios de resultado.
- Calificadores:

⁴⁰ NANDA Internacional. (2009-2011) Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Elsevier. Barcelona España.

⁴¹ Christensen, Op cit. pp. 147

- **Alteración** (se ha producido un cambio)
- **Deterioro** (mayor daño)
- **Disminución** (menor grado)
- **Inefectivo** (que no produce el efecto deseado)
- **Agudo** (grave o de corta duración)
- **Crónico** (recurrente o constante)

ETIOLOGIA:

- Identifica una o más causas probables del problema.
- Orienta al tratamiento de enfermería.
- Se agrupan en una o varias categorías:
 - Fisiopatológicos (fisiológicos o psicológicos)
 - Relacionado con el tratamiento
 - Ocupacionales
 - De maduración
 -

SINTOMATOLOGIA:

- Indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- Conjunto de signos y síntomas del paciente.
- Sugieren los criterios de resultado.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NANDA:

En 1973 un grupo de enfermeras forma el “Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, gestoras y enfermeras asistenciales, se convirtió en 1982 en la “**Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería**” (NANDA).

Ventajas de utilizar los Diagnósticos de enfermería:

- El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Los diagnósticos pueden ser usados para predecir el cuidado que los pacientes necesitan.
- Los diagnósticos pueden vincularse con los resultados e intervenciones con el fin de evaluar el cuidado del paciente.
- Pueden incluirse en los sistemas de información.
- Permite avanzar en el conocimiento de la disciplina enfermera.

La taxonomía diagnóstica tiene tres niveles:

- **Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”.
- **Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”.
- **Diagnósticos:** Un diagnóstico es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

La última edición de los *Diagnósticos de Enfermería de la NANDA* es la edición 2009-2011, con los 208 diagnósticos enfermeros, utilizados a nivel mundial y los que más han ayudado al desarrollo de la profesión.

Es una de las clasificaciones que constituye el lenguaje propio enfermero, paso primero y esencial para definir la actividad enfermera, desarrollar el rol propio,

facilitar la comunicación entre los cuidadores e intercambio de opiniones sobre las necesidades de la persona cuidada y poder definir un plan de cuidados.⁴²

Para redactar los diagnósticos de enfermería se sugiere seguir ciertas directrices. (ver cuadro No.1)

PLANEACIÓN:

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.⁴³

Establecimiento de prioridades:

Primero determine los problemas urgentes y a continuación, identifique que objetivos para el alta de modo que usted sepa qué debe hacerse primero en la vista general del plan de cuidados.

Principios básicos:

- ✓ Elija un método para fijar prioridades y utilícelo de manera sistemática.
- ✓ Asigne una alta prioridad a los problemas que contribuyen a otros problemas.
- ✓ Su capacidad para determinar con éxito las prioridades está influida por la comprensión de:
 - La percepción de las prioridades del usuario.
 - La imagen general de los problemas con los que se enfrenta.

⁴² NANDA Internacional. (2009-2011) Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Elsevier. Barcelona España.

⁴³Iyer, Op cit. pp. 156-221

- El estado general de salud de la persona y los objetivos deseados para el alta.
- La duración esperada de la estancia.
- Si hay planes estandarizados que sean aplicables.

Pasos:

1. Pregunte: ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y que pasaría si espera hasta más tarde para atenderlos?
2. Identifique los problemas que tienen soluciones sencillas e inicie las acciones apropiadas para solucionarlos.
3. Desarrolle una lista inicial de problemas, identificando problemas reales y potenciales y sus causas, si las conoce.
4. Estudie la lista de problemas y decida cuáles van a ser tratados principalmente por enfermeras, qué problemas son abordados por planes estándar y cuales requieren una planificación multidisciplinar.
5. Decida qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir aquellos problemas únicos del usuario que deben ser controlados o resueltos para progresar en el logro de objetivos mayores de cuidados
6. Determine como se manejará cada problema. ¿Se seguirán los protocolos? ¿Desarrollará la enfermera un plan individualizado de cuidados?

Planificación de cuidados para el logro de los objetivos:

La provisión de los cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los resultados del cliente, que se formulan como objetivos centrados en el cliente.

Propósitos:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados.
2. Dirigen las intervenciones.
3. Son factores de motivación.

CUADRO No. 1

Directrices para redactar el enunciado de un diagnóstico enfermero

Directriz	Enunciado correcto	Enunciado incorrecto y/o ambiguo
1. Enunciarlo en términos de un problema, no de una necesidad.	Déficit de volumen de líquidos (problema) relacionado con fiebre.	Reposición de líquidos (necesidad) en relación con fiebre.
2. Enunciarlo de forma aconsejable desde el punto de vista legal.	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad (legalmente aceptable).	Deterioro de la integridad de la piel en relación con una colocación inadecuada (supone responsabilidad legal).
3. No realizar juicios de valor.	Sufrimiento espiritual relacionado con imposibilidad de acudir a los servicios religiosos secundario a inmovilidad (no valorativo).	Sufrimiento espiritual en relación con reglas estrictas que hacen necesaria la asistencia a la iglesia (valorativo).
4. Asegurarse de que las partes del enunciado no dicen lo mismo.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad.	Deterioro de la integridad de la piel en relación con ulceración de la zona sacra (la respuesta y la causa probable son la misma).
5. Asegurarse de que la respuesta del paciente precede al factor contributivo o causal.	Incumplimiento del tratamiento (respuesta) relacionado con falta de conocimientos (factor contributivo).	Déficit de conocimientos (factor contributivo) en relación con incumplimiento de la dieta (respuesta).
6. Utilizar enunciados que orienten para planificar intervenciones de enfermería independientes.	Aislamiento social relacionado con pérdida del habla (la pérdida del habla orienta sobre cómo planificar métodos alternativos de comunicación).	Aislamiento social en relación con laringectomía (la enfermera no puede hacer nada en cuanto a la laringectomía).
7. Expresarse con palabras específicas y precisas para orientar la planificación de la intervención enfermera.	Alteración de la mucosa oral relacionada con disminución de la salivación secundaria a irradiación del cuello (específico).	Mucosa oral alterada en relación con agente nocivo (incorrecto).
8. Utilizar terminología de enfermería, no de medicina, para describir la respuesta del paciente.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (terminología de enfermería).	Alto riesgo de neumonía (terminología médica).
9. Utilizar terminología de enfermería, no de medicina, para describir la causa probable de la respuesta del paciente.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulación de secreciones en los pulmones (terminología de enfermería).	Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias en relación con enfisema (terminología médica).
10. No iniciar el diagnóstico enfermero con una intervención de enfermería.	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con una ingesta insuficiente de proteínas (guía, pero no enuncia una intervención de enfermería).	Aportar una dieta rica en proteínas porque existe Alto riesgo de alteración de la nutrición (empieza por una intervención de enfermería).
11. No considerar un síntoma, por ejemplo las náuseas, como el problema. Un síntoma no es representativo de un patrón; es preciso recoger más datos.	Datos insuficientes para el diagnóstico.	Náuseas en relación con fármacos.
12. Utilizar términos comprensibles en general por otros profesionales; no emplear jerga ni abreviaturas.	Déficit de autocuidado: higiene relacionado con incapacidad para levantarse de la cama sin ayuda.	Déficit de autocuidado: higiene/baño relacionado con incapacidad para LC s/ayuda.
13. Enunciar el diagnóstico de forma concisa. (Utilizar las etiquetas de la NANDA favorece la brevedad).	Trastorno de la autoestima relacionado con factores complejos. S—«No sé si podré arreglármelas yo solo». O—Hipersensible a la crítica, rechaza el refuerzo positivo, no hay contacto ocular.	Trastorno de autoestima en relación con sentimientos duraderos de fracaso, agravados por haber sido rechazado recientemente, según se manifiesta por ser hipersensible a la crítica, afirmar «No sé si podré arreglármelas yo solo», rechazar el refuerzo positivo y no establecer contacto ocular.
14. Asegurarse de que se enuncian correctamente la causa y el efecto (es decir, la etiología causa el problema o colocar al paciente en situación de riesgo de padecerlo).	Dolor: cefalea intensa relacionado con temor a la adicción a los analgésicos.	Dolor en relación con cefalea intensa.

Fuente: Kozier, GB. y Blaiks, K, JM. (1999) Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica: Interamericana. pp.

Principios de los objetivos centrados en el paciente:

1. Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el cliente después de brindar los cuidados enfermeros.
 - Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones de enfermería.
 - Los objetivos a largo plazo describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan.
2. El sujeto del objetivo debería ser un paciente o una parte del mismo.
3. Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el cliente después de realizar una intervención.
4. Para simplificar, determinar los objetivos requiere que sencillamente, invierta el problema.
5. Para desarrollar un resultado muy específico, formule un objetivo más amplio y luego añada los datos que demostraran que el objetivo se ha logrado.
6. A veces los indicadores de los problemas del usuario ya han sido desarrollados en los planes de los cuidados estándar. Determine cuidadosamente si tales indicadores son apropiados para el caso específico de su cliente.
7. Cerciórese de que los objetivos y los indicadores son medibles. Considere los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar la intervenciones y controlar los progresos.
 - Sujeto. ¿Quién se espera que alcance el resultado?
 - Verbo. ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?
 - Condición. ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

- Criterios de ejecución. ¿En qué grado va a realizar la acción?
 - Momento para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?
8. Use verbos mensurables.
9. Considere los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos de la siguiente manera:
- Cognitivo: objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (enseñar, exponer, identificar, describir, hacer un listado y explorar).
 - Afectivo: objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores, (expresar, compartir, escuchar, comunicar y relacionar).
 - Psicomotor: objetivos que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras (demostrar, practicar, hacer, andar, administrar y producir).
10. Guías en la determinación de objetivos centrados en el paciente.
- Considere: el estado físico, pronóstico general, duración estimada de la estancia, el crecimiento y desarrollo, los recursos humanos, materiales disponibles y otras terapias planificadas para el paciente.
 - Colabore con el usuario, determine objetivos con él y con las restantes personas implicadas en los cuidados. Si los objetivos están predeterminados por un plan de cuidados estándar, informe a todos los implicados de cuáles son y busque un acuerdo sobre la posibilidad de alcanzarlos.
 - En los casos complejos, determine los objetivos a corto y largo plazo.
 - Cerciórese de que los objetivos e indicadores son mensurables, de que se describen algo que usted pueda ver, oír, oler o tocar en la persona que demostrara que los objetivos se han alcanzado. Use verbos medibles y observables.
 - Considere los cinco componentes para formular objetivos.
 - Identifique sólo una conducta por indicador.

Objetivos clínicos: describen el estado esperado de ciertos problemas médicos, enfermeros o multidisciplinares en un determinado momento, tras haberse realizado el tratamiento. Reflejan si los problemas se han resuelto o no o *su grado de mejoría*.

Objetivos funcionales: describen la habilidad de la persona para funcionar en relación con las actividades diarias deseadas.

Objetivos de calidad de vida: tratan de los factores clave que afectan a la habilidad de cada persona para sentirse confortable física y espiritualmente.

Objetivos y planificación para el alta: Identificar objetivos para el alta e iniciar tempranamente su planificación son indicadores de eficiencia. Suelen escribirse en términos amplios describiendo el grado de ayuda que es posible que la persona necesite. Estas formulaciones pueden ir seguidas de indicadores que demuestren el estado deseado de diversos problemas del enfermo en el momento del alta⁴⁴.

Intervenciones Enfermeras:

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería. Por tanto las

⁴⁴ Alfaro, Op cit. pp. 137-138

intervenciones definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Tipos de intervenciones de enfermería:

- ✓ Intervenciones Interdependientes: son las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.
- ✓ Intervenciones Independientes: son las actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el personal de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia⁴⁵.
- ✓ Intervenciones de cuidados directos: acciones realizadas mediante interacción directa con los clientes.
- ✓ Intervenciones de cuidados indirectos: acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de clientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar⁴⁶.

Tipos de planes de cuidados

- *Construidos de forma individualizada*: permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones más adecuadas para un determinado cliente.
- *Estandarizado*: consisten en diagnósticos de enfermería reales, de alto riesgo o de bienestar, objetivos e intervenciones, que están impresos en un

⁴⁵ Iyer, Op cit. pp. 88-89.

⁴⁶ Alfaro, Op cit. pp. 142

formulario de plan de cuidados. Estos planes se pueden organizar según el diagnóstico médico del cliente o el diagnóstico de enfermería. En estos, es posible la individualización mediante el uso de espacios en blanco, El profesional de enfermería puede tachar temas que no afectan al cliente o bien añadir otros diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones. Los planes de cuidados pueden ser desarrollados por el profesional de enfermería de un determinado centro o bien se pueden obtener de la bibliografía. Se pueden utilizar en una de estas dos formas: 1) se pueden situar en un área de localización central y ser consultados por el profesional de enfermería cuando desarrolle planes de cuidados contruidos de forma individualizada y escritos a mano, 2) se pueden colocar directamente en el kardex o la gráfica, con la fecha y la firma.

- *Computarizado:* El plan de cuidados se puede preparar bien en una terminal en la habitación del cliente o en algún punto central. Una vez validados e introducidos los datos, se puede crear una versión impresa diariamente, en cada turno o a demanda. Pueden ser 1) planes estandarizados basados en el diagnóstico médico, 2) planes estandarizados basados en el diagnóstico de enfermería y 3) planes contruidos de forma individual.
- *Planes de cuidados multidisciplinarios:* estos planes pueden estar estructurados para identificar el problema del cliente, los objetivos y las intervenciones. Habitualmente, los planes se desarrollan y revisan en sesiones de equipo multidisciplinarios. Siempre que esté indicado, puede estar presente el cliente o algún ser querido para ofrecer su ayuda y validar la aceptación del plan de cuidados.⁴⁷

CLASIFICACIÓN NIC:

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC, utiliza un lenguaje normalizado para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería. Esta Clasificación normalizada de intervenciones describe, de una

⁴⁷ Iyer, Op cit. pp. 205- 221

forma completa y exhaustiva los cuidados que las enfermeras realizan, en los distintos campos de su práctica profesional.

La clasificación es de utilidad para la documentación clínica, la integración de datos entre sistemas y la comunicación de cuidados en distintas situaciones. Esta taxonomía incluye las intervenciones realizadas por los profesionales, tanto independientes, derivadas del juicio clínico enfermero, como de colaboración con otros profesionales y de cuidados directos como indirectos.⁴⁸

EJECUCIÓN:

La ejecución o puesta en marcha del plan:

1. *Prepararse para dar y recibir un informe:*

Prepararse para el informe puede ser la clave de la eficiencia. Si ha tenido tiempo de prepararse para el día, se sentirá más segura, será más competente y brindará los cuidados a tiempo. Recibir un informe objetivo, relevante, puede ser un desafío por varias razones: con frecuencia se producen interrupciones y distracciones cuando finaliza un turno y se iniciará otro; hay tanta información que es difícil escribir con suficiente rapidez. Acudir al cambio de turno con una hoja de trabajo preparada le ayuda a centrar su atención y a enterarse de los hechos necesarios.

2. *Establecimiento de prioridades diarias pasos:*

- a) Haga una rápida ronda inicial a todos sus enfermos, comprobando brevemente cómo están.
- b) Inmediatamente después del informe, verifique la información crítica.
- c) Identifique los problemas urgentes aquellos que suponen un peligro para el enfermo.
- d) Haga una lista de los principales problemas de los enfermos.
- e) Determine las intervenciones que deben hacerse para prevenir, resolver o manejar los problemas detectados. Anote estas intervenciones junto con las tareas habituales.

⁴⁸ Bulecher, G., Butcher, H. y Mc Closkey H. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier, España. pp.3-8

- f) Decida que puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia, qué puede delegar en otros y qué debe hacer usted por sí mismo.
- g) Haga una hoja personal de trabajo detallada para anotar lo que hace durante el día y consúltela frecuentemente.

3. *Valoración y revaloración: controlar las respuestas:*

Para garantizar la seguridad del usuario debe controlar de cerca las respuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados. El tiempo de que dispone para cuidar directamente a cada usuario es limitado, convierta en un hábito hacer de cada encuentro con él en una oportunidad para valorar su estado de salud física y mental.

4. Realizar las intervenciones de enfermería:

Significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios. La preparación puede marcar la diferencia entre unos cuidados arriesgados, peligrosos, que le comprometen tanto a usted como a la persona que cuida, y unos cuidados eficientes, seguros, que promueven el bienestar y el logro de objetivos. Antes de llevar a cabo cualquier intervención, prepárese para actuar: asegúrese de que sabe que va hacer, porqué va hacerlo, cómo lo hará y como reducirá los riesgos de lesiones. Incluso aunque esté completamente preparada, puede no obtener la respuesta deseada a sus intervenciones. Si no obtiene la respuesta deseada, empiece a formular preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando sepa qué es lo que no funciona, haga los cambios requeridos y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario.

5. *Registro:*

Tras brindar los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, lo siguiente que debería tener en mente es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas. El propósito del registro es de comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho usted y cómo está

evolucionando el usuario, ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación, proporcionar una base para la 187evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, crear un documento legal y proporcionar validación para el pago de los servicios.

- a) Formas de registrar: Registros de distintos orígenes, focalizados, multidisciplinarios, en hojas de control, las excepciones, hojas adicionales, registros computarizados.
- b) Principios: Los registros efectivos muestran evidencias de: valoración inicial y valoraciones posteriores, situación de los problemas del cliente, intervenciones y cuidados enfermeros realizados, respuesta o resultados de los cuidados, atención prestada específicamente a la seguridad y capacidad de la persona para manejar los cuidados requeridos tras el alta.
- c) Un sistema efectivo de registro debería: estar adaptados a los tipos de problemas que se dan con mayor frecuencia en el tipo de usuarios del centro, reflejar el uso del proceso de enfermería y ser legalmente correctos, desalentar la doble documentación y los registros irrelevantes, aumentar la calidad de los registros enfermeros al tiempo que se reduce el tiempo dedicados a ellos y estar diseñados de forma que los datos cruciales del usuario se recuperen fácilmente.

6. *Dar el informe de cambio de turno:*

Sus informes de cambio de turno deberían ser exactos, objetivos y organizados. Lo que dice y cómo lo dice puede marcar una gran diferencia en la calidad de los cuidados que recibe el enfermo. Use una guía impresa o escrita a mano que la ayude a ser completa y organizada, empiece dando información sobre los antecedentes generales, sea específica, si hace una inferencia apóyela con la evidencia, describa todos los tratamientos invasivos presentes, remarque los hallazgos anormales y las variaciones de lo habitual o de la norma⁴⁹.

⁴⁹ Alfaro, Op cit. pp. 162- 187

Sistemas de prestación de cuidados:

Asignación por tareas:

En la asignación de tareas, las responsabilidades de Enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamientos. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesarios para llevarlas a cabo.

En el marco de la atención de Enfermería, el profesional de Enfermería puede obtener las historias de los clientes, registrar las constantes vitales y realizar tratamientos sencillos. De forma similar, puede realizar la valoración física, administra medicamentos, realiza tratamientos complejos y presta educación al cliente.

Ventajas

1. En este modelo, se da gran importancia a la prestación eficaz de las intervenciones de enfermería. Dado que el sistema permite el uso de profesionales menos experimentados para completar numerosas tareas, también puede ser más económico. El profesional adquiere mayor habilidad y eficacia cuando es asignado a las mismas tareas de una forma habitual. De esta forma se consigue también utilizar de forma más eficaz las habilidades y experiencia de los profesionales de Enfermería.
2. También se puede conseguir una disminución del volumen de suministros y material necesarios, ya que será menor el número de personas que lo utilicen. La constancia en la asignación de tareas puede reducir también los costes de mantenimiento del material, ya que los miembros del equipo serán más hábiles en el uso de los tipos de material necesarios para completar su función específica.

3. Este método tiende también a facilitar la organización del trabajo, ya que las asignaciones están claramente definidas. Por ello, se reducen al mínimo la superposición de responsabilidades y la confusión asociadas.⁵⁰

Inconvenientes

1. La principal preocupación que plantea el modelo funcional es la fragmentación de la intervención. Con frecuencia, la asignación de varias personas a tareas concretas, resulta ineficaz e impersonal. A menudo la intervención del cliente se divide en segmentos, cada uno de los cuales debe ser manejado por un individuo diferente. Una enfermera administra medicamentos, un segundo se encarga de la educación, y un tercero monitoriza las constantes vitales. Esto suele hacer que el cliente se sienta inseguro y frustrado.
2. La continuidad de la intervención resulta difícil, si no imposible, ya que no hay un único miembro del equipo que tenga una imagen completa de las necesidades del cliente y de las respuestas a las intervenciones de enfermería o médicas. Esto permite que se produzcan lagunas inadvertidas en la intervención del cliente.
3. Desde la perspectiva del profesional de Enfermería, este tipo de prestación de intervención puede llegar a ser monótona. La administración de medicamentos durante semanas a una hora, puede reducir la motivación del profesional de Enfermería y limitar el desarrollo personal continuado debido a la disminución de exposiciones a diversas experiencias.
4. También la satisfacción por el trabajo puede estar disminuida con un enfoque funcional, ya que puede no estar claramente definido el papel que desempeña el profesional de Enfermería en la recuperación del cliente o bien no ser percibido como valioso por parte del cliente, de los demás miembros del equipo o del supervisor.
5. Se pueden poner en peligro la comunicación y la toma de decisiones, ya que los prestadores de la intervención sanitaria se centran en aspectos

⁵⁰ Alfaro, Op cit. pp. 162-187

individuales de la intervención del cliente. Con frecuencia, el director de Enfermería es el único miembro del equipo que recibe información completa del cliente. La responsabilidad y la autoría de la toma de decisiones se dirige hacia el director en lugar de hacerlo sobre el miembro del equipo en concreto que ejecutó el plan de cuidados.⁵¹

Equipos de enfermería:

Es un sistema de prestación de cuidados de Enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de Enfermería a algunos pacientes. Se utiliza a menudo en centros de intervención a enfermos crónicos y en el marco hospitalario. La intervención global al paciente es prestada por los miembros del equipo bajo la dirección de un miembro del profesional de Enfermería que será el coordinador de enfermería. Sin embargo, a menudo el tamaño y la composición de un equipo dependen del marco de prestación. Una unidad de Enfermería se divide en dos o más equipos, según el número de camas y la distribución de la unidad. Por ejemplo, en una unidad de Enfermería formada por un gran vestíbulo, se dividirá este a la mitad, asignándose un equipo a cada una de las dos mitades.

El coordinador de enfermería es la persona fundamental en este modelo. Los jefes deben tener unos conocimientos y habilidades especiales, no sólo en cuanto a procedimientos y técnicas de intervención con el cliente, sino también en cuanto a estrategias de tratamiento y toma de decisiones. El coordinador de enfermería tiene la autoridad y la responsabilidad de asignar la intervención de un grupo de clientes a los miembros del equipo. Estas designaciones se basaran en las necesidades del cliente y en los conocimientos, habilidades v experiencia de los miembros del equipo. En muchos marcos de prestación, el coordinador de enfermería administra los medicamentos a un grupo de clientes. El resto de los profesionales del equipo de Enfermería prestan cuidados directos a los pacientes que les han sido asignados.

⁵¹ Idem 50 pp. 191

El éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz. Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de pacientes por escrito, en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de Enfermería, en la participación frecuente en conferencias de intervención al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre los miembros del equipo.

Ventajas

1. Aunque en un enfoque en equipo los cuidados de Enfermería se dividen entre varios miembros del equipo, la fragmentación es menor que en el método funcional. Esto se debe a la creación de una verdadera comunicación y coordinación en el sistema. Se facilita la continuidad de los cuidados, especialmente en los sistemas en que los equipos son constantes. Por tanto, la enfermería de equipo es más satisfactoria para los pacientes, porque son capaces de identificarse y comunicarse de forma más eficaz con el profesional responsable de prestar los cuidados.

2. Desde la perspectiva del profesional de Enfermería, el modelo en equipo resulta más satisfactorio ya que con frecuencia se identifican, reconocen y utilizan las habilidades de cada miembro del equipo. Esto ofrece la oportunidad al profesional de Enfermería de identificar su papel en el progreso del paciente a lo largo de la continuidad entre enfermedad y bienestar. La participación de los miembros del equipo en las charlas de educación para la salud, como son las sesiones para planificación del alta, mejora la calidad de las decisiones tomadas y facilita el desarrollo individual de cada miembro del equipo. La cooperación y comunicación inherentes al sistema aumentan el potencial de prestación de unos cuidados de Enfermería de calidad.

Inconvenientes

1. Este modelo se puede convertir fácilmente en un duplicado del método funcional. Por ejemplo, si los miembros del equipo son responsables de funciones individuales, como la administración de medicamentos, el control de las

constantes vitales o la administración de baños, resulta difícil diferenciar este sistema del de la Enfermería en equipo funcional.

2. Puede ser menos eficaz que un sistema funcional. La comunicación y coordinación necesarias para el éxito del sistema se ponen en peligro si el coordinador de enfermería no tiene habilidades para la organización, el liderazgo, la motivación y la prestación de cuidados de Enfermería. Este método puede ser ineficaz también si los miembros del equipo no se centran en el paciente, no tienen habilidad en la práctica de la enfermería y son capaces de comunicarse con claridad.

3. En un enfoque en equipo no se reduce de forma notable el número de profesionales que cuida a los clientes. Esto puede no tener una buena relación entre coste y eficacia y puede diluir la calidad de la atención prestada.

4. También la dilución de la responsabilidad y autoría individuales puede reducir la calidad de la intervención prestada.

5. Puede favorecer también un enfoque orientado a la tarea de la intervención al paciente.

6. La asignación constante de la administración de medicamentos al Coordinador de los cuidados de Enfermería, puede dar lugar a una disminución de la habilidad en la administración de los mismos en el profesional de Enfermería.⁵²

Enfermería de cuidados básicos:

La enfermería de cuidados básicos es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80, en el que el profesional de Enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional de Enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecuta durante las 24 horas del día. En ausencia del profesional de Enfermería de cuidados básicos, la intervención del paciente se delega en otro profesional de Enfermería, que sigue el plan de

⁵² Alfaro, Op cit. pp. 152-167

cuidados establecido según fue desarrollado por el profesional de Enfermería de cuidados básicos.

La enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos, incluidos los hospitales y las agencias de salud públicas. Los sistemas de enfermería de cuidados básicos subrayan:

- La responsabilidad y autoría del profesional de Enfermería en el tratamiento de los cuidados.
- La descentralización en la toma de decisiones, manteniéndose la autoridad en el profesional de Enfermería de cuidados básicos.
- La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completos.
- La participación del paciente en la validación y el establecimiento de objetivos.
- La necesidad de comunicación entre el profesional de Enfermería de cuidados básicos y otro profesional de Enfermería, miembros de equipo de atención sanitaria, los pacientes y sus familias.
- La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.
- La continuidad de la intervención asignando al paciente al profesional de Enfermería de cuidados básicos de forma constante.

En algunos marcos de prestación, el profesional de Enfermería de cuidados básicos selecciona a sus propios pacientes. Este profesional de Enfermería presta intervención directa a una casuística, que no suele superar los seis pacientes. El profesional de Enfermería jefe actúa como coordinador de la unidad y es la persona a la que puede recurrir el profesional de Enfermería de cuidados básicos. El profesional de Enfermería de cuidados básicos planifica y presta la intervención, administra medicamentos y tratamientos, interacciona con el médico y otros profesionales sanitarios e informa sobre el estado del paciente. Los demás

miembros de otros niveles del equipo, como el profesional de Enfermería y los auxiliares de enfermería, ayudan al enfermero de cuidados básicos en la prestación de los cuidados. En ocasiones se utilizan charlas de educación para la salud, en las que participan profesionales de Enfermería de cuidados básicos, así como también otros miembros del equipo de intervención sanitaria, para comentar problemas concretos de los clientes y para desarrollar estrategias dirigidas a resolverlos.

El profesional de Enfermería que trabaja en un marco de prestación de intervención primaria debe tener un conocimiento completo del Proceso de Enfermería, habilidades de comunicación refinadas, la capacidad para llevar a cabo procedimientos de enfermería identificados en las actuaciones de enfermería, técnicas para la resolución de problemas perfectamente desarrollados y un compromiso de intervención enfocada al paciente.⁵³

Variaciones de la enfermería de cuidados básicos:

- Atención total al paciente: En la atención total al paciente, el profesional de Enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Por lo general, en los hospitales los auxiliares de enfermería no suelen, tener cliente asignados, sino que prestan servicios tan útiles como responder a los timbres de llamada, ofrecer agua y aperitivos, transportar clientes y muestras, obtener material, hacer las camas y otras tareas. El profesional de Enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria, se comunica con los demás miembros del equipo de atención sanitaria, realiza tratamientos y otros. En contraste con la enfermería de cuidados básicos, el profesional de Enfermería que presta una atención integral al cliente suele ser siempre la misma persona. Este personal en concreto será el responsable de asegurar que el plan se ejecuta en el transcurso del turno, durante las 24 horas. La atención total al cliente incorpora los roles del profesional de Enfermería de cuidados básicos y auxiliares de enfermería.

⁵³ Idem 52 pp.183

- Enfermería modular: En este sistema de prestación de cuidados, se ha intentado asignar al profesional de Enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Un módulo está formado por clientes localizados en una misma sección de la unidad de Enfermería en habitaciones cercanas. Un miembro universitario de Enfermería y auxiliares de enfermería están asignados de forma constante al mismo módulo y asisten a cualquier cliente ingresado en una cama de ese módulo. El profesional de Enfermería presta cuidados integrales a los individuos que están en el módulo, incluyendo la administración de medicamentos. El resultado es una prestación de la intervención más eficaz. Este sistema no obliga a una responsabilidad durante 24 horas para la intervención del cliente, y se basa en la premisa de que existe suficiente cantidad de profesionales de Enfermería a tiempo completo como para permitir una asignación constante al mismo módulo.⁵⁴

Ventajas

1. Los métodos de prestación de enfermería de cuidados básicos y enfermería modular favorecen una atención constante al cliente gracias a la calidad y frecuencia de las interacciones entre el cliente y el enfermero. Cada miembro del equipo de Enfermería de cuidados básicos o modulares es responsable de coordinar todos los aspectos de los cuidados, incluidos la atención física y emocional, la educación y el tratamiento médico.
2. Este método favorece una mayor autonomía y responsabilidad en la práctica de la Enfermería individual. El profesional de Enfermería estará más satisfecho gracias a la mayor participación en la atención directa, y por ello quedará definida de forma más clara su participación en la recuperación del cliente. Además, el profesional de Enfermería será más responsable, ya que la responsabilidad de la atención está enfocada en los cuidados integrales de un pequeño número de clientes en lugar de estarlo en la atención parcial de muchos.

⁵⁴ Alfaro Op cit. pp. 152-167

3. La enfermería de cuidados básicos ofrece también la oportunidad de desarrollo profesional. La participación del equipo de Enfermería en todos los aspectos del cuidado del cliente, especialmente en cuanto al componente de toma de decisiones, facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. A menudo, el profesional de Enfermería cree que es más eficaz en un sistema de cuidados básicos, porque tienen una visión más global de las necesidades del cliente y de la familia.
4. Por lo general, también los clientes están más satisfechos debido a la mayor frecuencia de interacción con un miembro del equipo de Enfermería en concreto, que además conoce particularmente su caso. Esto permite al cliente identificar con claridad al profesional de Enfermería de cuidados básicos y crea una atmósfera de confianza y comunicación abierta.
5. Otros prestadores de la intervención sanitaria, como médicos, terapeutas y dietistas aprecian también la capacidad de interacción con una persona que está informada acerca del cliente.
6. La intervención al paciente total es un modelo útil cuando resulta difícil contar con el profesional de Enfermería de cuidados básicos constantemente. Esto sucede, por ejemplo, cuando en una unidad trabaja parte del equipo de Enfermería a tiempo parcial o cuando trabajan en turnos de 12 horas.

Inconvenientes

1. La asistencia integral al paciente, tanto en la enfermería modular como en la enfermería de cuidados básicos exige profesionales competentes que puedan trabajar de forma independiente en la ejecución del Proceso de Enfermería. No todo el equipo de Enfermería estaría dispuesto a aceptar la responsabilidad asociada a este sistema.
2. En algunos casos, la enfermería de cuidados básicos puede ser menos rentable que la asignación por tareas o en equipo, ya que este modelo puede necesitar un mayor porcentaje de profesionales de Enfermería titulados. Sin embargo, las habilidades del profesional de Enfermería se

pueden prolongar mediante el uso de “profesional de Enfermería de refuerzo”, una persona que trabaja como ayudante de un miembro del profesional de Enfermería de cuidados básicos experimentado. El profesional de Enfermería delega responsabilidades en el profesional de refuerzo, aunque continúa siendo responsable de la planificación de los cuidados.⁵⁵

Control de casos:

El control de casos es la segunda generación de enfermería principal. Se desarrolló en los años 80, a partir de la insistencia en acortar la duración de las estancias y en enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar la efectividad y eficacia de la prestación de la intervención sanitaria. El control de casos es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnóstico del paciente. Algunos de los objetivos del control de casos son:

1. Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.
2. Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
3. Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos.
4. Favorecer el ejercicio en colaboración, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
5. Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de Enfermería que trabaja en el medio hospitalario,
6. Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.

Los directores del control de casos son miembros del equipo de Enfermería con experiencia en una determinada área clínica. Pueden trabajar con otros

⁵⁵ Idem 54 pp. 168

profesionales que han recibido una enseñanza similar, en grupos prácticos. Los miembros del grupo trabajan en diferentes unidades de hospital. "Por ejemplo, los miembros del grupo de prácticas de la Enfermería para pacientes con trastornos vasculares incluirían profesionales específicamente identificado en el área de la intervención ambulatoria, en la unidad de pacientes ingresados general, en el quirófano, en la unidad de cuidados intensivos y en la unidad de rehabilitación. Cada uno de estos profesionales sería el profesional de Enfermería de cuidados básicos para los pacientes mientras estuvieran recibiendo su intervención en los distintos marcos de prestación. Uno de los miembros del grupo de prácticas sería identificado como director del caso de un paciente en concreto y asumiría la responsabilidad por los resultados de los cuidados del paciente durante el episodio de enfermedad. El grupo de prácticas trabaja con otros profesionales de la atención sanitaria para facilitar la obtención de los resultados clínicos esperados dentro de un margen razonable de tiempo.

En otro modelo, un centro contrata a algunos directores de casos que se especializa cada uno en una clase concreta de problemas de salud, como puede ser cardiovascular, cirugía ortopédica o neurología.

Los hospitales se están aproximando al control de casos contratando profesionales de Enfermería para el rol de director de casos o bien ofreciendo este puesto a los profesionales de Enfermería existentes. A menudo los directores de casos tienen antecedentes como profesionales de Enfermería de revisión (el que controla la razón por la que ingresaron los clientes en el hospital y la duración de la estancia) o han sido coordinadores de cuidados, profesionales de Enfermería coordinador ayudante o profesionales de Enfermería de plantilla. Esta experiencia sirve de preparación a los directores de casos para asumir su papel, proporcionándoles habilidades de liderazgo, experiencia clínica y de organización.

El profesional de Enfermería utiliza dos tipos de herramientas en control de casos: (1) Un plan de control de casos que consiste en un plan global de cuidados que delimita los diagnósticos del cliente, los resultados esperados y las actuaciones. El plan es desarrollado en colaboración por el equipo de Enfermería y profesionales

de la Medicina e incluye al mismo tiempo actuaciones médicas y enfermeras. (2)
La vía crítica o el curso del resultado del paciente consiste en un resumen de una página del plan de tratamiento del caso. Esto se conoce también como directrices o parámetros del ejercicio, directrices clínicas o protocolo.

Ventajas

1. Se produce una mayor comunicación entre los profesionales de Enfermería y otros profesionales de la atención sanitaria, clientes y familiares.
2. La vía crítica define la atención prestada incluso aunque cambie el cuidador o no esté localizable el director de caso.
3. El director de caso es capaz de coordinar la atención de forma más eficaz rompiendo barreras entre departamentos.
4. El profesional de Enfermería experimenta un aumento de la profesionalidad, de la satisfacción por el trabajo y una mejora de la imagen, cuando otro profesional les reconoce como planificador de cuidados. Esto facilita los intentos de reclutamiento y retención.
5. La planificación del alta y la educación del cliente comienzan al principio del proceso, a menudo antes del ingreso en el hospital. Por ejemplo, la educación para una cirugía programada puede comenzar en el momento de la realización de las pruebas diagnósticas previas al ingreso. La valoración del cliente se puede realizar en ese momento, así como también la identificación de las necesidades postoperatorias. Esto le permite a usted y al cliente planificar de forma más adecuada la fase de recuperación postoperatoria.
6. Se favorece la consecución de los resultados del cliente dentro de un marco de tiempo económicamente responsable.
7. Los recursos de la agencia de intervención sanitaria se utilizan de forma más eficaz, consiguiendo un ahorro de los costes y una reducción en la duración de la estancia.
8. Las vías críticas sirven como herramientas para la educación, especialmente en hospitales con profesionales de Enfermería inexpertos

que no está familiarizado con las directrices de intervención de determinadas poblaciones de clientes.

9. Los clientes están bien informados y participan activamente en su progreso.
10. El control de casos favorece el establecimiento de directrices de intervención para tipos concretos de casos.
11. Los profesionales de enfermería a tiempo parcial tienen una indicación más clara de las necesidades a cubrir durante el paso Hacia la consecución de los resultados del cliente.
12. Se facilita el alta oportuna de los pacientes.
13. El profesional de Enfermería tiene un mayor conocimiento del efecto económico de la duración de la estancia hospitalaria de los clientes.

Inconvenientes

1. El modelo exige una gran cantidad de planificación y cooperación para establecer el sistema.
2. Puede resultar difícil conseguir la cooperación de los médicos para definir cómo tratar ciertos tipos de casos y para colaborar con la enfermera a nivel profesional. Algunos médicos temen que las vías críticas den lugar a una medicina de libro de cocina; otros se sienten amenazados por la colaboración con un director de caso.
3. Algunos coordinadores de cuidados tienen dificultades para ajustarse a este modelo, pues renuncian a sus deberes clínicos y actúan más como directores.
4. Algunos miembros del equipo de Enfermería tienen dificultades para aceptar la mayor responsabilidad que lleva consigo ser un director de casos, mientras que otros se resisten a renunciar a los roles de coordinación, educación del cliente y planificación del alta, en favor de un director de casos.⁵⁶

⁵⁶ Idem 55

Atención enfocada al paciente:

Como resultado de las presiones para la contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención, a principios de los años 90 surgió un nuevo modelo de prestación, de atención enfocada al paciente. Definida en términos generales, la atención enfocada al paciente es el "diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados". Alimentada por el reconocimiento de que un centro de intervención sanitaria está excesivamente compartimentalizado y de que obliga al cliente a interaccionar con demasiadas personas, la atención enfocada al paciente es una reestructuración radical de la prestación de intervención.

Principios

1. Dotar a la unidad de Enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios. Habitualmente la unidad contendrá una farmacia, equipo de radiología o de análisis de laboratorio y personal de administración y servicios.
2. Combinar profesionales de la Enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades. Estas pueden incluir la preparación de personal para la limpieza, para laboratorio, y para fisioterapia y terapia respiratoria, con objeto de que tomen parte en la intervención junto a la cama del paciente.
3. Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que éste tiene que interaccionar.
5. Diseña de nuevo descripciones del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.

6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de Enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de Enfermería. Se pueden establecer subcontroles.
7. La intervención enfocada en el paciente estará regida por los principios y actividades del control de casos, incluidos los coordinadores de casos y las vías críticas.
8. El resultado final de todos estos cambios es un equipo de profesionales que trabajan interdisciplinariamente sin las tradicionales barreras de las unidades de hospitalización. El paciente se convierte en el centro de la atención, siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin.

Ventajas

1. Los pacientes refieren una mayor satisfacción con la atención, por ser ésta individual y personalizada, como consecuencia de la reducción en el número de interacciones con el equipo y de la disminución en la espera de realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas.
2. Los profesionales del hospital se sienten más satisfechos por la mejora de la eficacia y de la profesionalidad, debido a la autonomía en la resolución de problemas y a la eficiencia de las interacciones con los clientes.
3. El modelo favorece la creación de un equipo eficaz de prestadores de atención de salud con una mejora de la comunicación.
4. Disminuyen los juicios clínicos inexactos.
5. Aumenta la continuidad de la atención.
6. Se reduce la duración y la estancia en el centro.
7. Se consigue reducir los costes al disminuir los juicios clínicos inexactos y mejorar la eficacia.

Inconvenientes

1. Conseguir que el médico acepte los cambios puede convertirse en un reto importante.
2. La formación de los profesionales para asumir sus nuevos roles, lleva asociado un elevado coste.
3. El profesional de Enfermería debe aprender a ser coordinador de sus colegas de atención.
4. La remodelación de la unidad de Enfermería lleva asociados importantes costes.
5. El pasó a una atención enfocada al paciente constituye un cambio radical del modelo tradicional de organización de un hospital en rígidas unidades de hospitalización. Este cambio puede resultar, en un principio, drástico.
6. Otros profesionales de la salud temen que el profesional de Enfermería no pueda asumir sus competencias tan bien como el resto de los profesionales relacionados.
7. En este contexto, puede existir riesgo de falta de identidad profesional dentro de equipo de Enfermería.⁵⁷

EVALUACION:

La evaluación es la fase final del Proceso de Enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interactúa con el cliente.⁵⁸

Es una comparación sistémica y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud.⁵⁹

Directrices para la evaluación:⁶⁰

- La evaluación es sistemática y continuada
- Las respuestas del cliente a las actuaciones se documentan

⁵⁷ Iyer Op cit. pp. 268-285

⁵⁸ Iyer, Op cit. 13 pp. 287

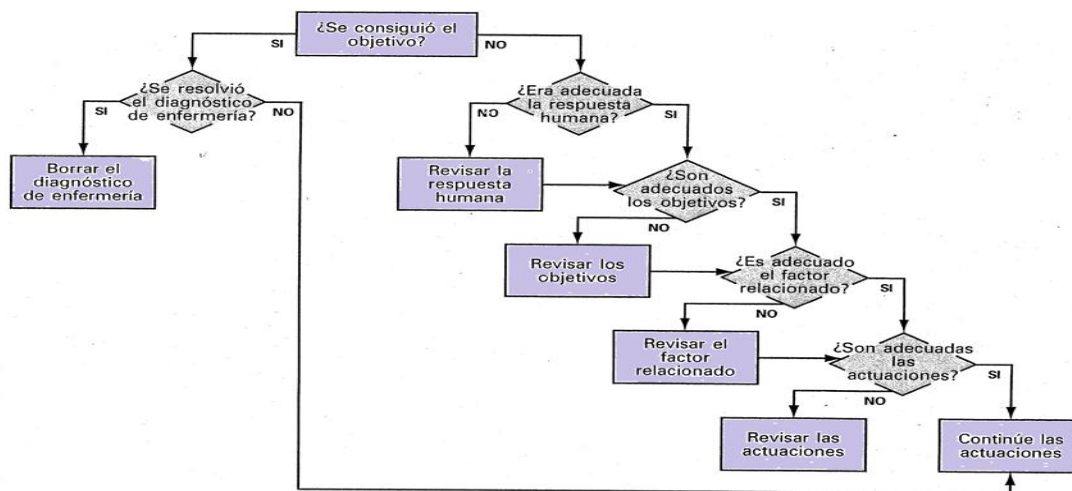
⁵⁹ Christensen, Op cit pp. 193

⁶⁰ Iyer, Op cit. pp. 288

- Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos
- Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados según las necesidades
- Las revisiones de diagnósticos, objetivos y plan de cuidados se documentan
- El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando este indicado.

La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud.⁶¹ (ver esquema no. 2)

ESQUEMA No. 2



Esquema del proceso de evaluación.

Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi-Losey, D. (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería (3ª. ed.). D.F. México: McGraw-Hill Interamericana. pp.

Para realizar la evaluación con respecto a las intervenciones Chiritensen propone se haga con los siguientes componentes: Estructura, Proceso y resultado; que se describen en el cuadro No. 3 y No. 4

⁶¹ Alfaro, Op cit. pp. 190

CUADRO No. 3

COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

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

Fuente:

Griffith, J. y Christensen, P. (1993). Proceso de atención de enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. D.F. México: Manual Moderno. pp. 141

CUADRO No. 4

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PROCESO Y RESULTADOS

Proceso (evaluación de enfermería)	Resultado (evaluación del paciente)
<p>Concurrente</p> <p><i>Paciente:</i> Preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera</p> <p><i>Enfermera:</i> Observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente</p> <p><i>Gráfica:</i> Examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio</p>	<p><i>Paciente:</i> Observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría</p>
<p>Retrospectivo</p> <p><i>Examen de la gráfica:</i> Buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería, como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, después de que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud</p>	<p><i>Examen de la gráfica:</i> Buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud</p>

Fuente:

Griffith, J. y Christensen, P. (1993). Proceso de atención de enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. D.F. México: Manual Moderno. Pp. 141

CLASIFICACIÓN NOC:

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como “estado del paciente después de una intervención de enfermería.”

La estructura taxonómica CRE se desarrolló a partir de estrategias perfeccionadas por el Proyecto de Intervención de Iowa. El objetivo era crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a la desarrollada para la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (Nursing Interventions Classification [NIC]). Este

proceso requirió un planteamiento inductivo usando un análisis cualitativo de similitud-desigualdad con muchos participantes que clasificaron los resultados en grupos. Cada participante asignó una etiqueta de concepto que él o ella consideraba que captaba la esencia del grupo. En la primera clase, se agruparon 175 resultados de esta forma y se solicitó a los participantes que crearan 15 a 25 grupos a partir del proceso de clasificación. A continuación se aplicó el análisis de agrupamiento jerárquico para combinar los resultados de la clasificación individual de cada participante. Este proceso se empleó para crear el nivel de la clase de taxonomía CRE, estableciéndose finalmente 24 clases. Las clases creadas mediante este proceso son Mantenimiento de la Energía, Crecimiento y Desarrollo, Movilidad, Autocuidado, Cardiopulmonar, Eliminación, Líquidos y Electrolitos, Respuesta Inmune, Regulación Metabólica, Neurocognitiva, Nutrición, Integridad Tisular, Bienestar Psicológico, Adaptación Psicológica, Autocontrol, Interacción Social, Conducta de Salud, Creencias sobre la Salud, Conocimientos sobre Salud, Control del Riesgo y Seguridad, Salud y Calidad de Vida, Sintomatología, Estado del Cuidador Familiar y Resolución del Maltrato. En la segunda fase, los participantes clasificaron estas clases para crear el nivel superior de la taxonomía. Los resultados de este proceso identificaron 6 dominios: Salud Funcional, Salud Psicológica, Salud Fisiológica, Conocimiento y Conducta en Salud, Salud Percibida y Salud Familiar. En la literatura se encuentra una descripción más detallada del proceso utilizado para crear la taxonomía.

Desde que se creó la taxonomía, se han desarrollado 70 resultados adicionales y se han colocado en la taxonomía. Los resultados adicionales han influido tanto en el dominio como en los niveles de clase de la taxonomía. En la taxonomía actual se incluye un nuevo dominio denominado Salud Comunitaria para permitir la localización de los resultados de nivel comunitario desarrollados hasta la fecha, lo que aumenta el número total de dominios en la clasificación a siete. Los resultados adicionales centrados en el nivel comunitario se están desarrollando y es de esperar que tanto los dominios de salud familiar como comunitaria aumenten de tamaño a medida que el trabajo avanza. Actualmente existen 29 clases en la taxonomía. Las nuevas clases identificadas desde que se creó la taxonomía son

Función Sensitiva y Respuesta Terapéutica (bajo el dominio de Salud Fisiológica) y la clase de Resolución de Maltrato (bajo el Dominio de Salud Familiar) se amplió y renombró como Estado de Salud de los Miembros Familiares. Además, se agregó una nueva clase, Bienestar Familiar, al dominio de Salud Familiar. Bajo el nuevo dominio de Salud Comunitaria, se han identificado dos clases: bienestar Comunitario y Protección de la Salud Comunitaria.⁶²

1.3. VIRGINIA HENDERSON

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas. En el área de la ciencia de la enfermería, se ha propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

Paradigma de la categorización: según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categoría, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Paradigma de la integración: prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Paradigma de la transformación: según un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero

⁶² Moorhead, S. (2009) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier. Barcelona España.

ninguno otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura.⁶³

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del Ejercito en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó su puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 inició su carrera docente en enfermería, de 1930 A 1948 impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en Teachers College. En este periodo rescribió la cuarta edición de *Textbook of the principles and practice of nursing, de Bertha Harmer*, publicado en 1939, la quinta edición de este apareció en 1955 donde escribió su definición de Enfermería, en su obra *The nature of nursing*, editada en 1966 se describe su concepto sobre la función única de la Enfermería.

La sexta edición de *The principles and practice of nursing*, publicado en 1978 publicada por Henderson y Gladys Nite ha sido traducida en más de 25 idiomas. En la década de los 80 fue investigadora de la universidad de Yale.

En la convención de 1988 de la ANA recibió mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería. Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a los 98 años.⁶⁴

⁶³ Kerouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (2005) *Grandes Corrientes de Pensamiento*. Capítulo I. Barcelona, España: Masson pp. 1-21

⁶⁴ Marrier, A. y Raile, A. (1999). *Modelos y teorías en enfermería* (4ª ed.). México: Harcourt pp. 99-100

CONCEPTOS ESPECIFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

ENFERMERÍA: La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o a una muerte en paz, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.⁶⁵

SALUD: No dio una definición propia, interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. La salud es una cualidad vital básica para el funcionamiento humano y exige independencia e interdependencia. Es la calidad de la vida más que la vida misma lo que permite a las personas trabajar de la forma más eficaz y alcanzar su más alto nivel posible de satisfacción.

ENTORNO: Acudió al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.⁶⁶

PERSONA: Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

NECESIDAD: No aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan las 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería.

⁶⁵ Fernández, F. (1993) El Modelo de Henderson y el proceso Atención de enfermería. Barcelona, España: Ediciones científicas y técnicas S.A. pp. 1-10

⁶⁶ Marrier, Op cit. pp.102

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. **Oxigenación:** Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratoria y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos
2. **Nutrición e hidratación:** Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
3. **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. **Moverse y mantenerse en buena postura:** Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.
5. **Descanso y sueño:** Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.
6. **Usar prendas de vestir adecuadas:** Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.
7. **Termorregulación:** Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
8. **Higiene y protección de la piel:** Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y d Necesidad de la persona el conjunto del aparato tegumentario.
9. **Evitar peligros:** Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su e integridad física y mental.
10. **Comunicarse:** Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas, con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.
11. **Vivir según sus creencias y valores:** Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y

de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas, o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. Trabajar y realizarse: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13. Aprendizaje: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos de sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.

14. Jugar /participar en actividades recreativas: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.⁶⁷

FUENTES DE LA DIFICULTAD:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:⁶⁸

1. **FALTA DE FUERZA:** Interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas. Capacidad intelectual, etc.
2. **FALTA DE CONOCIMIENTOS:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre, los recursos propios y ajenos disponibles.

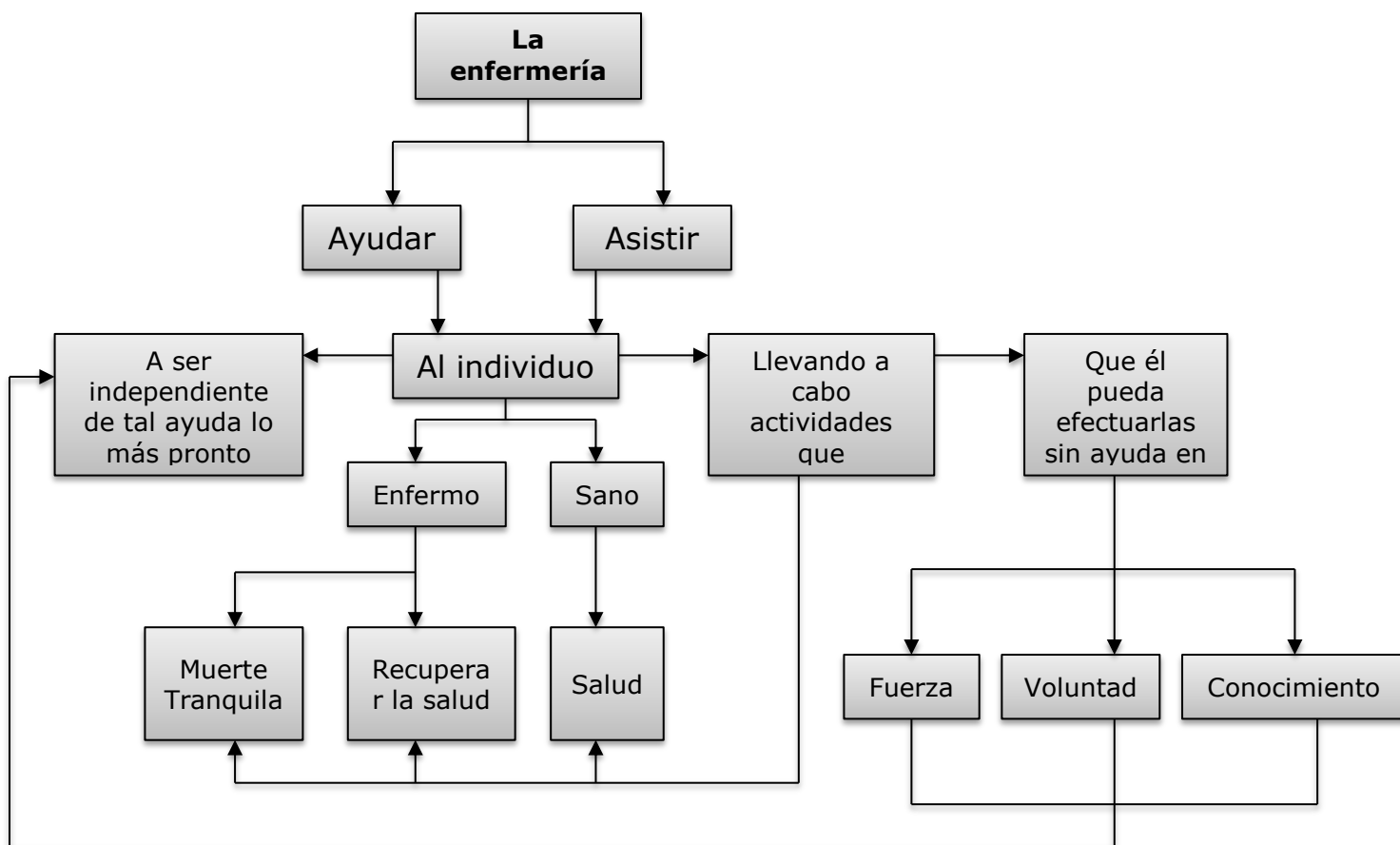
⁶⁷ Phaneuf, M. (1999). La planificación e los cuidados enfermeros. (1ª. ed.). D.F. México: Interamericana-McGraw- Hill.

⁶⁸ Fernández, Op cit. pp. 1-10

3. FALTA DE VOLUNTAD: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

CUADRO No. 5

Diagrama de los conceptos



Fuente: Henderson/ Nite. *Papel de la enfermera en la atención del paciente*. Pág. 23

En el cuadro no. 5 podemos observar los conceptos de enfermería desglosados en un diagrama de flujo, donde se muestra cómo ayudar o asistir al individuo sano o enfermo de acuerdo a su nivel y grado de dependencia así como con su fuente de la dificultad.

CONCEPTO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA: Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena.

El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual. Cuando se trata de un enfermo, consiste en satisfacer por sí mismo cualquiera de sus necesidades.

LA INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.

DEPENDENCIA: Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma una acción, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

En este modelo la dependencia adquiere un sentido ligeramente distinto del que tiene habitualmente.

LA DEPENDENCIA EN EL NIÑO: 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 incapaz de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA:

- Subjetivas: es la propia persona la que las expresa
- Objetivas: son observadas por la enfermera

- También pueden manifestarse por hábitos que dañan la salud (estilos de vida).

INDEPENDENCIA REAL O INDEPENDENCIA FORZADA

Es necesario matizar el concepto de independencia. La independencia no puede ser real si la motivación no proviene de la misma persona.

En la motivación se pueden distinguir 4 niveles:

- La ausencia total de motivación
- La suscrita por miembros del equipo de cuidados
- La producida por el miedo
- La intrínseca, que proviene de la misma persona, de su convicción para actuar.⁶⁹

CONTINUUM INDEPENDENCIA- DEPENDENCIA

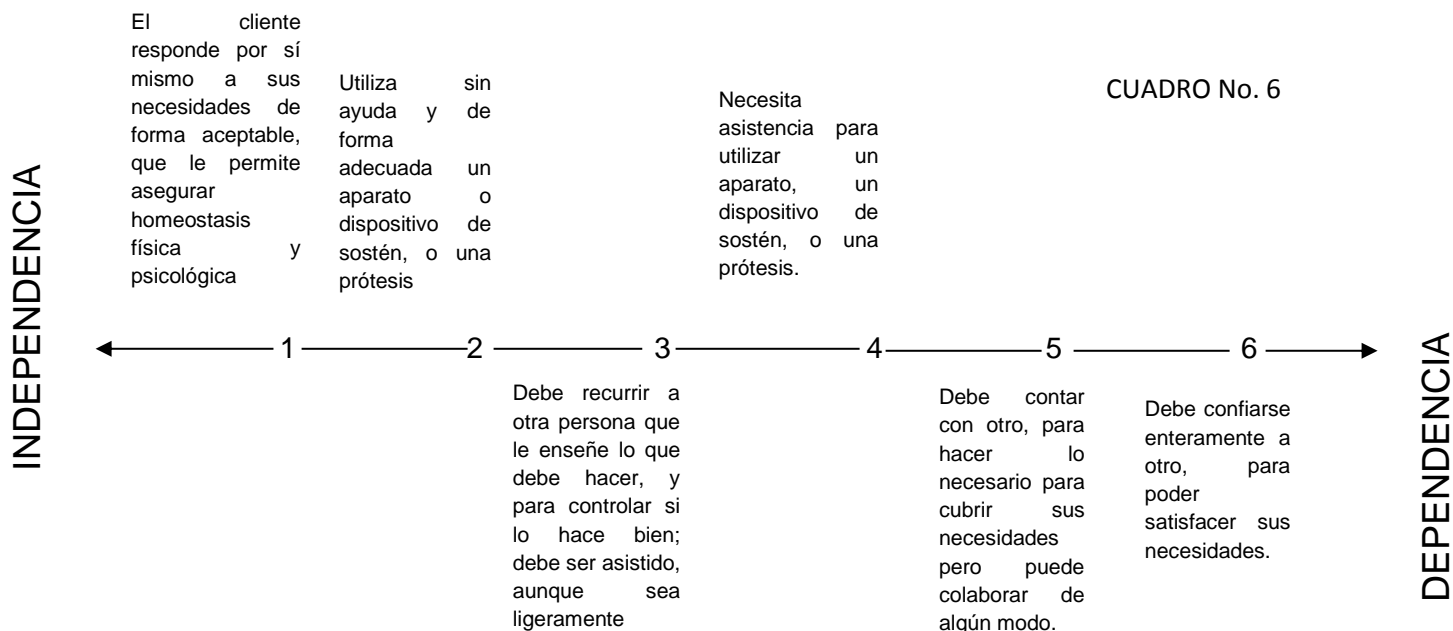
En el cuadro No. 6 observamos la escala del continuum independencia-dependencia propuesta por Phaneuf, donde encontramos seis parámetros, considerando el 1 y 2 en independencia y del 3 al 6 en dependencia, para valorar el nivel de dependencia en el que se encuentra el individuo es necesario considerar las características propias del mismo, para así poder situarlo en uno de estos parámetros y si lo requiere brindarle apoyo para regresar a la independencia o seguir conservándola.

GRAFICAS DE TIEMPO Y DURACIÓN

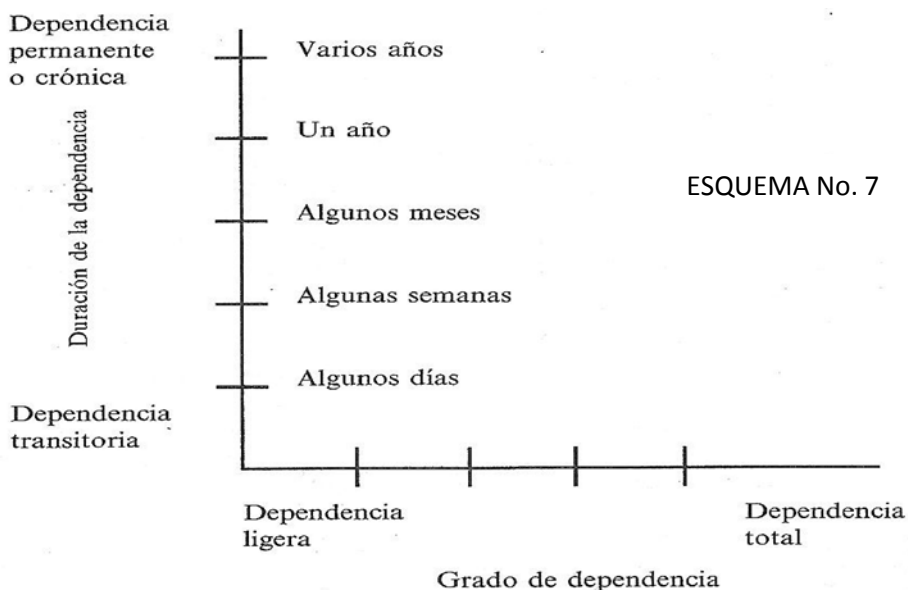
La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación a su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total transitoria o permanente. En el esquema No. 7 se presenta el gráfico de tiempo y duración, para determinar si la dependencia es ligera o total y transitoria o crónica permanente.

⁶⁹ Phaneuf, Op cit. pp. 165

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA



FUENTE: Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería. (1ª. ed.) Madrid, España: Interamericana- McGraw- Hill



SUPUESTOS PRINCIPALES

ENFERMERÍA

- Una enfermera tiene como única opción ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar u tratamiento cuando la situación así lo requiera.
- Una enfermera debe de tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA (PACIENTE)

- Las personas deben de mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

SALUD

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en dicha capacidad.

- Las enfermeras deben formarse en cuestión de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipo y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.⁷⁰

VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición.

Si nos referimos al ejercicio de la profesión, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.⁷¹

AFIRMACIONES TEÓRICAS

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

- a) La enfermera como una sustituta del paciente: En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un << sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimientos>>.

- b) La enfermera como una auxiliar del paciente: Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiere o

⁷⁰ Marrier, Op cit. pp. 108

⁷¹ Phaneuf, M., Riopelle, L., Grondin, L. (1993). Enfermería Un proceso centrado en las necesidades de la persona. (1ra. ed.) Madrid, España: Interamericana- McGraw- Hill

recupere su independencia <<independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma>>.

- c) La enfermera como una compañera del paciente: Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

LA RELACIÓN ENFERMERA MÉDICO

La enfermera tiene una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. “la enfermera no está a las órdenes del médico”. La enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada.⁷²

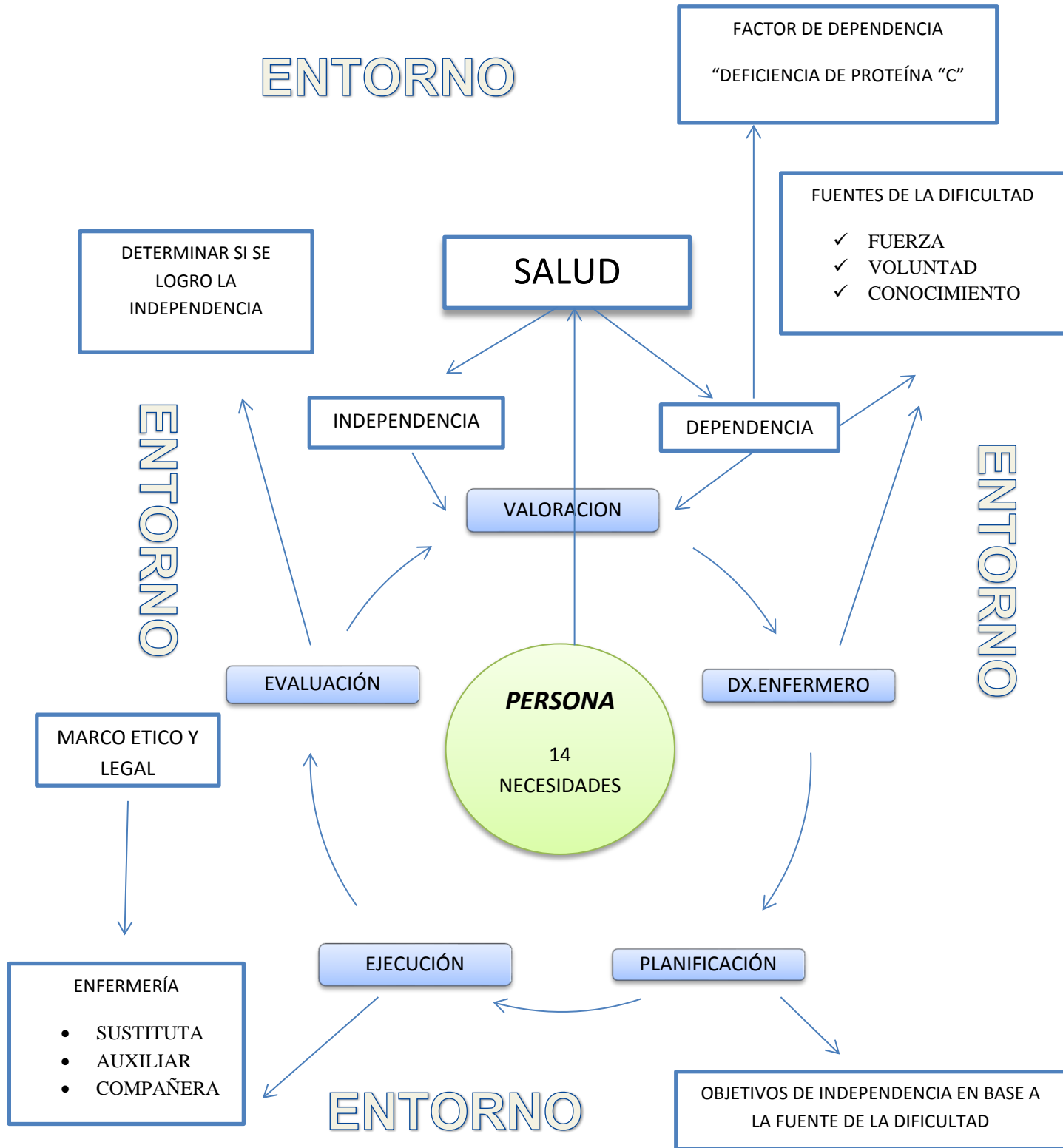
POSTULADOS

- 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 e independiente.⁷³

⁷² Ídem 71

⁷³ Phaneuf, Op cit. pp. 167

RELACION ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON - PROCESO ENFERMERO



Elaboro: Lic. en Enf. Yazmín Alejandra Gaona Vázquez 2012

MODELO V. HENDERSON - PROCESO ENFERMERO

El modelo de Virginal Henderson es completamente aplicable en el proceso enfermero, ya que este es flexible y lo permite.

Cuando en el PAE se hace la valoración observamos la salud el individuo, cuáles son sus fortalezas y sus debilidades, es decir que grado de independencia tiene.

Diagnosticamos en base a las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, tomando en cuenta las 14 necesidades básicas.

La planificación la realizamos en base a la búsqueda de los objetivos para lograr la independencia del individuo, familia o comunidad

La ejecución en el PAE, está basada en los objetivos, y debemos identificar cual va a ser el papel de la enfermera, como sustituta de la necesidad, ya sea de manera definitiva o en lo que logra su realización, si va a ser como auxiliar, para apoyar en lo que se recupera, pero el paciente también colabora o como compañera, solo para verificar que las actividades que está realizando estén bien encaminadas.

La evaluación se realizara cuando determinemos la independencia que ha logrado y el tiempo en que esta se ha alcanzado, tomado en cuenta la edad y características especiales del paciente.

Todo esto se realiza tomado en cuenta el entorno familiar y ambiental del paciente

1.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL CUIDADO

En su trabajo diario, el profesional de enfermería trata con hechos humanos íntimos y fundamentales tales como el nacimiento, la muerte y el sufrimiento; deben decidir sobre la moralidad de sus propias acciones al enfrentarse a numerosos aspectos éticos que afectan a temas tan sensibles. Por tanto el profesional de enfermería necesita:

- Desarrollar una sensibilidad hacia la dimensión ética del ejercicio de la enfermería
- Examinar sus propios valores y los del pacientes
- Comprender cómo los valores afectan a sus decisiones
- Pensar con anticipación sobre los tipos de problemas morales que pueden encontrarse⁷⁴

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS

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

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su

⁷⁴ Kozier, GB. y Blaiks, K, JM. (1999) Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Barcelona España: Interamericana. pp. 145

ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y en México⁷⁵

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.⁷⁶

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

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del *deber ser* como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la

⁷⁵ Comisión interinstitucional de enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México, DF: Secretaria de salud. pp. 2

⁷⁶ Ídem 75 pp.4

ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva. La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto *humano*, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano. La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente *malas* o *inmorales* por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.⁷⁷

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el

⁷⁷ Ídem 75 pp. 4-5

hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerarse de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.⁷⁸

DECLARACION DE LOS PRINCIPIOS

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia. De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las

⁷⁸ Idem 76 pp. 8

intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.⁷⁹

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

⁷⁹ Idem 77pp. 11

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

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

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses,

derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

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

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

-Que la acción y el fin del agente sea bueno;

-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁸⁰

ARTICULOS

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

⁸⁰ Idem 78 pp. 11-14

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

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

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

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

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

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

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.⁸¹

⁸¹ Idem 5 pp. 15-18

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁸²

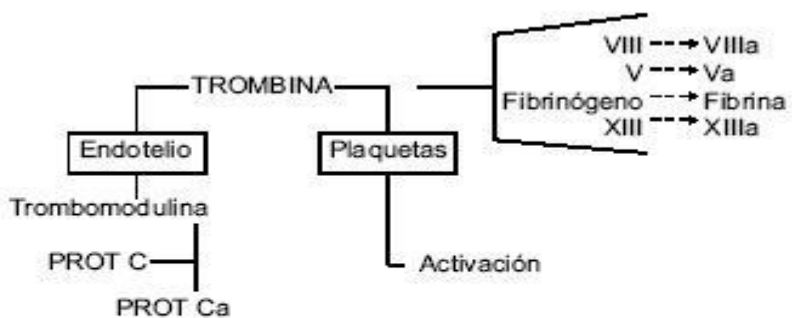
⁸² Idem 6 pp. 19

1.5 PROCESO PATOLOGICO

DEFICIENCIA DE PROTEINA "C"

La proteína C (PC) es una proteína plasmática que se sintetiza en el hígado con el apoyo de la vitamina K. Su principal acción es regular la formación de trombina y consecuentemente la prevención de una trombosis. La acción inicia cuando la trombina se une a la trombomodulina (TM), que se encuentra en la superficie de las células endoteliales, esta unión activa a la PC y simultáneamente bloquea la capacidad de la trombina de catalizar la formación de fibrina, activación del factor XIII, activación plaquetaria y retroalimentación negativa para la activación de los factores de la coagulación.

En algunos vasos sanguíneos, la activación de la PC puede ser incrementada, por la presencia de un receptor endotelial (EPCR por sus iniciales en inglés), el cual se une a la PC y a la proteína C activada, con igual afinidad, y favorece la funcionalidad de la misma. Una vez activada la PC, se une a la proteína S (PS) en la superficie de las células endoteliales y este complejo inactiva a los factores Va y VIIIa, que son esenciales para la formación final de trombina, lo cual a su vez también limita la nueva activación de la PC (Figura 1).



PROT C. Proteína C.
Modificado de referencia 1.

Figura 1. Mecanismo de acción de la trombina

La respuesta de la trombina es controlada por inhibidores plasmáticos. En el caso del complejo de activación de la PC, la trombina unida a la TM es inhibida por la

antitrombina (ATT) y este complejo de trombina ATT es rápidamente disociado de la TM para producir un cofactor anticoagulante activo (Figura 1).

La vida media del complejo trombina–trombomodulina a concentraciones fisiológicas, es de sólo algunos segundos. Mientras que la vida media de la PC activada es poco más de 15 minutos, y su inactivación en este caso está mediada por los inhibidores de la PC como antitripsina y macroglobulina.⁸³

FISIOPATOLOGÍA

El déficit congénito de PC se describe como un rasgo autosómico dominante, con una incidencia de uno por cada 16 mil recién nacidos vivos y se divide en dos tipos: el más frecuente que es el tipo I, en el que los pacientes tienen tanto disminución de la PC como de su actividad y la tipo II en la cual el paciente tiene una función alterada de la PC, pero su concentración plasmática es normal. Los pacientes homocigotos con deficiencia de PC se presentan clínicamente con un cuadro de púrpura fulminante en los primeros días de vida. A menudo presentan eventos trombóticos a nivel de sistema nervioso central, ocular, trombosis de grandes vasos y datos de coagulación intravascular diseminada (CID) y pueden morir por complicaciones de una púrpura fulminante, durante el primer mes de vida. Los neonatos heterocigotos presentan lesiones trombóticas a nivel cutáneo, renal o en vena umbilical. El criterio diagnóstico en la deficiencia congénita de PC en los pacientes homocigotos incluye disminución persistente o ausencia de la concentración de PC y heterocigocidad por deficiencia de PC en ambos padres. Las concentraciones normales de PC en recién nacidos pretérmino son de 0.28 a 0.37 u/mL y en recién nacidos a término de 0.35 a 0.43 u/mL.⁸⁴

CUADRO CLINICO:

Las manifestaciones clínicas asociadas a deficiencias de los inhibidores de la coagulación (proteínas C y S, antitrombina) así como la presencia de factor V Leiden (FV:Q 506), protrombina 20210A, etc., suceden con mayor frecuencia en territorio venoso, se localizan en miembros superiores o inferiores (Figura 2) y son

⁸³ Best Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1986.

⁸⁴ Andrew M, Brooker LA. Trastornos de la coagulación en los recién nacidos. En tratado de neonatología de Avery. Tausch HW, Ballard RA. Harcourt S.A. USA. 2000, PP 1045–1079.

generalmente secundarias a una alteración congénita (trombofilia hereditaria) con un desencadenante adquirido asociado (vías centrales, deshidratación, inmovilización prolongada, drogas, anticuerpos antifosfolípidos, etc.): trombofilia adquirida.



Figura 2. Lesión necrótica en pie derecho sobre la línea maleolar.

El déficit puede ser congénito o adquirido (secundario a infecciones, transitorio). El déficit congénito es un rasgo autosómico dominante. La deficiencia homocigota se presenta como púrpura fulminante neonatal, es una entidad rara y se presenta con incidencia estimada de 1-2 cada 400.000 recién nacidos.

El déficit heterocigoto se presenta en la segunda década de la vida como trombosis recurrentes.

Si bien la afectación es predominantemente venosa, se ha descrito compromiso arterial.

Se han informado casos de deficiencia de PC adquirida aislada o en combinación con disminución de PS, secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal, alteración de la función renal, infecciones virales (varicela) y en pacientes hemodializados, con manifestaciones trombóticas en territorio venoso, arterial o ambos de distinto grado de severidad.

DIAGNÓSTICO:

En la determinación de proteína C se debe incluir, no sólo el método funcional sino también el inmunológico para un correcto diagnóstico y clasificación de esta deficiencia. Además, es necesario aclarar que los valores de proteína C en niños

menores de 2 años deben ser interpretados con precaución, pues son conocidas las variaciones en los niveles fisiológicos de este inhibidor durante los primeros años de la vida.

TRATAMIENTO:

En forma general el tratamiento consiste en dar el apoyo sintomático con plasma fresco, y terapia anticoagulante con Heparina y sus derivados. En fechas recientes se ha propuesto el tratamiento sustitutivo con el uso de PC monoclonal.⁸⁵

II. METODOLOGIA

2.1 DESCRIPCION DEL CASO EN ESTUDIO

Se trata de adolescente femenina de 11 años de edad que forma parte de una familia nuclear con relaciones afectivas fuertes que consta de tres integrantes; mamá, papá y ella, debido a que sus dos hermanos fallecieron, su hermana falleció a los 45 días de vida debido al mismo padecimiento que ella tiene, **deficiencia de proteína c** hace 9 años aproximadamente y su hermano falleció a la edad de 15 años en marzo de este año secundario a un golpe que recibió en la cabeza hacia ya un año, del cual no presento manifestaciones, era previamente sano. El único sostén económico de la familia es el padre que actualmente se desempeña como chofer de bici taxi, teniendo como ingresos mensuales la cantidad de \$2,800 aprox. quien se reporta sano hasta el momento, y portador del gen de deficiencia de proteína c, fuma ocasionalmente, no ingiere bebidas alcohólicas ni sustancias toxicas, estudio hasta la secundaria completa; la madre se desempeña como ama de casa y como cuidadora primaria de la paciente, es quien la lleva a sus citas hospitalarias que son cada 72 hrs., y a la escuela que se encuentra ubicada en la delegación de Coyoacán, se refiere sana hasta el momento, también es portadora del gen de deficiencia de proteína c, estudio hasta

⁸⁵ 1. Aversa L. Trombosis en Pediatría: su relación con el síndrome antifosfolipídico. Arch.argent. pediatr 2001; 99(4):293-295.

la secundaria; cabe mencionar que los padres de la paciente son primos hermanos. Sus redes de apoyo son principalmente instituciones, que se dedican a ayudar a pacientes de escasos recursos, de donde obtiene a muy bajo costo los medicamentos que la paciente necesita.

Habitan en un cuarto construido de materiales perdurables (tabique, losa y piso de cemento, el cual funciona como recamara y cocina al mismo tiempo, con poca ventilación el baño se encuentra fuera del cuarto en el patio de la casa, duermen los tres en la misma cama, debido a que Lupita no quiere dormir sola; el cuarto es prestado por la abuela materna quien habita en el mismo terreno pero en una casa independiente, también funge como red de apoyo en sus posibilidades, son procedentes del Estado de México del municipio de Ecatepec de Morelos.

La paciente nació el 4 de agosto del 2000 en el Hospital General de Ecatepec, se dio de alta con la madre el 4 de agosto del 2000, fue alimentada al seno materno, inicio su padecimiento actual a los dos días de nacida el 6 de agosto del 2000, presentando hiperbilirrubinemia por lo que fue llevada al hospital por los padres, en donde la detuvieron y a los 4 días de vida por no presentar mejoría con la fototerapia le realizaron una exanguineotransfusión el 9 de agosto del 2000, presentando mejoría; a los 11 días de vida inicia con una lesión edematosa infraumbilical, que se torna equimotica y necrótica con apariencia de vesículas con contenido transparente de evolución progresiva por lo que se inicia tratamiento antibiótico sin respuesta al tratamiento, por lo que es trasladada al HIM (Hospital Infantil de México) a los 17 días de vida el 21 de agosto del 2000, siendo recibida por el servicio de urgencias, quienes le diagnostican celulitis infraumbilical y fascitis necrosante, posteriormente en trasladada al servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) de la misma institución para continuar con su manejo, en donde continuo con la alimentación al seno materno y manejo con antibióticos, a su ingreso su somatometria era la siguiente. Talla: 46 cm Peso: 2,600 gr PC: 34 cm, y sus signos vitales FC: 139 x' FR: 48x' Temp: 37° C y T/A: 80/50 mg/dl.

Mostro mejoría por algunos días, pero el 29 de agosto del 2000 inicio con lesión de las mismas características que la anterior en cadera izquierda, por lo que se

cambió esquema antibiótico, el 31 de agosto se quedó en ayuno y se inició con NPT, debido al deterioro neurológico, el 05 de septiembre del 2000 se realizó aseo quirúrgico de ambas lesiones, el 8 de septiembre es valorada por el servicio de oftalmología por movimientos oculares horizontales y nistagmos, en donde no se observa el reflejo rojo, y desprendimiento de retina de ambos ojos, el 9 de septiembre es valorada por el servicio de hematología donde se diagnostica trombocitopenia y tiempos de coagulación prolongados, por lo que es necesario se transfunda con eritrocitos y plasma fresco congelado mostrando gran mejoría, es dada de alta del servicio de UCIN el 27 de septiembre por mejoría.

El 6 de noviembre del 2000 reingresa al servicio de urgencias por lesiones equimóticas sin remisión total de las previas, presenta también trombosis en vasos retinosos, siendo necesario fase III de ventilación por alteraciones del estado neurológico, dificultad respiratoria y TPP prolongados, con sangrado persistente.

El 7 de septiembre del 2000 se diagnostica **deficiencia de proteína c** e insuficiencia renal crónica. Quedando como tratamiento de base PFC cada 24 hrs. y enoxaparina subcutánea cada 24 hrs., a partir del 11 al 14 de noviembre del 2000 se administra el PFC cada 12 hrs., del 15 de noviembre al 12 de diciembre se administra PFC nuevamente cada 24 hrs. y del 13 de diciembre del 2001 al 2007 se administra PFC cada 48 hrs. y del 2008 a la fecha se administra cada 72 hrs. Incluyendo enoxaparina cada 24 hrs. subcutánea.

El 21/12/00 se instala catéter permanente en subclavia derecha, el 29/10/01, se reinstala catéter permanente en subclavia derecha, el 11/11/03 se reinstala catéter en subclavia izquierda, el 30/01/06 se instala catéter permanente por vía transhepática, el 16/08/06 se instala catéter permanente en yugular interna derecha y el 06/07/07 se instala catéter permanente intraatrial, por el momento está en espera de reinstalación de catéter permanente.

El caso para estudio se tomó en noviembre del 2011, previa autorización por escrito de la madre de la paciente (**ver anexo 3**)

Paciente fenotípicamente femenina, con edad aparente menor a la cronológica, con opacidad en globo ocular derecho y ausencia de globo ocular izquierda secundaria a enucleación; de complejión ectomórfica, sentada, con actitud

libremente escogida, piel rosada e hidratada, sin presencia de movimientos anormales, sin dificultad para la marcha, limpia y con olor agradable alegre platicadora con un rostro que refleja alegría, viste uniforme escolar de jumper, blusa suéter y mayas, con zapatos que van de acuerdo a su talla.

DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES:

Necesidad de seguridad y protección: Se encuentra en dependencia ya que es susceptible de cursar con cuadros de trombosis derivados de su padecimiento de base y estos pueden ser en cualquier momento y en cualquier zona del cuerpo, por lo mismo es necesaria la administración del plasma fresco congelado que es parte esencial de su tratamiento y con esto se atraviesa la primera barrera de protección que es la piel, ya que se asiste al hospital a transfundirse cada 72 hrs. Otra situación que la pone en riesgo es que aún no utiliza algunos instrumentos de apoyo como el bastón para invidentes, su casa no cuenta con las medidas de seguridad necesaria para su desplazamiento sin peligros por lo que a la inspección de la piel se observan pequeñas zonas con equimosis.

Necesidad de descanso y sueño: Se encuentra en dependencia debido que a su edad aún duerme en la misma cama que mamá y papá, lo que origina que el tiempo de sueño que es de 9 horas no sea reconfortante y en ocasiones origine aún más cansancio.

Necesidad de higiene y protección de la piel: Se encuentra en dependencia pues no acostumbra la higiene bucal tres veces al día lo que ha dado como resultado la presencia de caries en piezas dentarias, en cuanto al baño es cada tercer día y el cambio de ropa diario.

Necesidad de juego y recreación: Se encuentra en dependencia ya que sus periodos de traslado para la escuela y medio hospitalario son muy largos lo que

impide disponer de tiempo para la realización de alguna actividad, de igual forma el déficit económico que existe en la familia lo consideran una limitante para asistir a lugares públicos.

Necesidad de termorregulación: Se encuentra en riesgo ya que aunque e abrigue el área geográfica donde habita es muy fría y aún lo es más en temporada invernal.

Necesidad de movimiento y buena postura: Se encuentra en riesgo debido a que su sentido de la vista está ausente, en cuanto tono y fuerza están conservados 5/5

Necesidad de trabajar y realizarse: Se encuentra en riesgo pues la que la lleva a la escuela es la madre que cumple con el rol de cuidador primario y en ocasiones dice sentirse cansada de los traslados

Necesidad de oxigenación: Se encuentra en riesgo pues sale de su casa muy temprano y el clima es muy frío lo que pudiera ocasionar alguna manifestación de las vías aéreas superiores originadas por el medio ambiente.

Necesidad de creencias y valores: Se encuentra en riesgo pues el cuidador primario se muestra indeciso para asistir a eventos espirituales

Necesidad de eliminación: Se encuentra en total independencia pues tiene control absoluto de esfínteres.

Necesidad de vestido: Se encuentra en total independencia puesto que viste de acuerdo a su talla y es capaz de vestirse sola

Necesidad de comunicación: Se encuentra en total independencia pues ha desarrollado sus 4 sentidos restantes para la comunicación así como la escritura Braille.

Necesidad de aprendizaje: Se encuentra en total independencia pues tanto la paciente como la madre han desarrollado el aprendizaje de la escritura Braille.

Necesidad de nutrición e hidratación: Se encuentra en total independencia pues a pesar de que su talla es baja se encuentra compensado su peso para la talla.

2.2 PROCESO DE VALORACIÓN

Para la realización de dicho estudio de caso se utilizó el Proceso Atención de Enfermería (PAE), orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la recolección de información se llevó a cabo mediante fuentes primarias y secundarias, que fueron la paciente, la madre, el expediente clínico y referencias bibliográficas, validándose mediante 14 valoraciones focalizadas de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson con el formato de reporte diario diseñado por la Mtra. Magdalena Franco Orozco, en donde también se utilizaron los esquemas del continuum independencia- dependencia y la gráfica del grado de dependencia sugeridas por Phaneuf Margot (ver anexo 1).

Se utilizó como instrumento de valoración la historia clínica de niños de 6 a 12 años diseñada por las coordinadoras de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México que consta de 4 apartados que son I. Datos demográfico, II. Antecedentes familiares, III. Mapa familiar y IV. Valoración de las necesidades básicas del niño, según Virginia Henderson (ver anexo 2).

2.3 PROCESO DE DIAGNOSTICO

La realización de los diagnósticos se hizo mediante el formato PES (problema, etiología y sintomatología) y mediante la taxonomía de la NANDA versión 2009-2011, se elaboraron 14 diagnósticos enfermeros, de los cuales 6 están en dependencia, 4 en riesgo y 4 en independencia, cabe mencionar que se fusionaron las necesidades de aprendizaje y comunicación y se realiza solo un diagnóstico de ambas

JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. Dependencia en la seguridad y protección r/c alteración en la formación de trombina (deficiencia de proteína "C") m/p trombosis periférica, zonas equimóticas.
2. Dependencia en la seguridad y protección en su hogar r/c falta de conocimiento y voluntad del cuidador primario de como disminuir los riesgos m/p verbalización de la mamá y de la paciente de no saber cómo prevenir accidentes en su casa.
3. Dependencia en la necesidad de descanso y sueño, r/c falta de voluntad para dormir en su propia cama, m/p ojeras y facies de cansancio.
4. Dependencia en la necesidad de higiene (bucal) r/c falta de voluntad para realizar el aseo adecuado m/p caries en dos piezas dentarias y halitosis.
5. Dependencia en la necesidad de recreación r/c falta de conocimiento del cuidador primario para enseñarle como recrearse m/p verbalización de la niña de aburrimiento.
6. Cansancio del rol de cuidador r/c agotamiento por las continuas visitas al hospital y los largos lapsos de transportación al mismo m/p preocupación, refiere cansancio.
7. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, r/c medio ambiente de su entorno, temperaturas muy bajas en temporada invernal.

8. Riesgo en la deambulaci3n r/c falta conocimiento en el uso de instrumentos de apoyo para los d3biles visuales y ciegos.
9. Riesgo de dependencia en la necesidad de oxigenaci3n r/c exposici3n al medio ambiente frio.
10. Riesgo de alteraci3n en la pertenencia espiritual del cuidador primario.
11. Disposici3n para mejorar la eliminaci3n urinaria y fecal.
12. Disposici3n para mejorar el vestido.
13. Conductas generadoras de salud de la paciente y el cuidador primario para mejorar el aprendizaje y la comunicaci3n.
14. Disposici3n para mejorar la nutrici3n.

2.4 PROCESO DE PLANEACI3N

Para la elaboraci3n de esta tercera etapa del Proceso Atenci3n de Enfermeria se utilizaron como variables las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Se clasificaron los Dx. De enfermeria segun su jerarquizaci3n, iniciando con los reales, posteriormente de riesgo y por ultimo los de salud, derivados de las 14 valoraciones focalizadas y exhaustivas de la paciente, determinado asi la prioridad de cada uno de ellos, siendo de alta media o baja.

Derivado de los problemas en nuestros diagn3sticos de enfermeria se realizaron los objetivos para cada uno de ellos, conteniendo las partes fundamentales que son el sujeto, verbo, condici3n, criterio y tiempo, asi como a corto mediano largo plazo y cotidianos.

Posterior a esto; derivado de nuestras etiologías se determinaron las intervenciones de enfermería, apoyándonos en el NIC quinta edición, cada una de ellas con sus actividades a seguir. Cabe mencionar que las intervenciones de enfermería en su mayoría fueron independientes, pero también se realizaron interdependientes y dependientes.

Para fines académicos y plasmar toda esta información se diseñó un cuadro que contiene los siguientes puntos.

- ✓ Ficha de identificación de la paciente.
- ✓ Necesidad a la que pertenece el plan de cuidados.
- ✓ Dx. De enfermería.
- ✓ Tipo de prioridad.
- ✓ Nivel y grado de dependencia.
- ✓ Objetivo.
- ✓ Intervenciones/acciones.
- ✓ Fundamentación de cada una de las intervenciones.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	De fuerza	D pr. Nivel 6	Ayuda	Alta	03/04/12

DX. de enfermería: Dependencia en la seguridad y protección r/c alteración en la formación de trombina (deficiencia de proteína "C") m/p trombosis periférica, zonas equimóticas

Objetivo: La paciente mejorará la seguridad y protección mediante la implementación de medidas preventivas específicas durante su estancia hospitalaria y en el hogar.

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Proporcionar a la paciente cuidados del embolismo: periférico cada 72 hrs. NIC 2N-4104 Directa Interdependiente	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación del pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades y de la piel en general. (NIC 2N-4104,01) ○ Observar si la paciente presenta signos de disminución de circulación en la circulación venosa; como inflamación, sensibilidad dolorosa, enrojecimiento y calor o entumecimiento y hormigueos. (NIC 2N-4104,04) 	En los estados de hipercoagulabilidad la clínica se caracteriza fundamentalmente por episodios trombóticos venosos. En el 90% de los casos ocurren en extremidades inferiores; las localizaciones inusuales como venas mesentéricas o cerebrales son muy infrecuentes pero características de estas situaciones. La relación entre estos defectos congénitos y las trombosis arteriales no está claramente establecida. Hasta el 50% de los afectados presentan episodios recurrentes de trombosis, que pueden aparecer de forma espontánea o asociados a factores de

- Administrar a la paciente medicación anticoagulante. (NIC 2N-4104,05)
 - ✓ Actividad directa dependiente.
 - ✓ Enoxoparina 20 mg. sc c/24 hrs.
- Recomendar a la paciente que en caso de lesión no se masajee la zona afectada. (NIC 2N-4104,15)

riesgo, como cirugía y traumatismos. El primer episodio trombótico suele producirse a partir de la segunda década de la vida, a excepción de los rarísimos casos de púrpura fulminante neonatal que se producen en homocigotos del déficit de proteína C. (Beutler 1995)

ENOXOPARINA: es una heparina de bajo peso molecular, no influye negativamente de forma significativa sobre los test globales de coagulación. No modifica la agregación plaquetaria ni la fijación del fibrinógeno sobre las plaquetas.
Biodisponibilidad: tras la inyección por vía subcutánea, la absorción del producto es rápida y completa, directamente proporcional a la dosis administrada en el intervalo 20-80 mg (2.000-8.000 UI), lo que indica que la absorción de la enoxoparina es lineal. La biodisponibilidad, basada en la actividad anti-Xa, está próxima al 100%.

Absorción: la actividad anti-Xa plasmática máxima se observa 3 a 4 horas después de la inyección subcutánea y alcanza 0,18, 0,43 y 1,01 UI anti-Xa/ml, tras la administración subcutánea de dosis de 20 mg (2.000 UI), 40 mg (4.000 UI) y 1 mg/kg (100 UI/kg), respectivamente. El máximo de la actividad anti-IIa se observa aproximadamente 4 horas después de la administración de 40 mg (4.000 UI), mientras que no se detecta con un nivel de dosis de 20 mg (2.000 UI), utilizando el método amidolítico convencional. Tras la administración de 1 mg/kg (100 UI/kg), el máximo de actividad anti-IIa en plasma es de 0,11 anti-IIa/ml.

Eliminación: la semivida de eliminación de la actividad anti-Xa es aproximadamente de 4 horas. La actividad anti-Xa está presente en el plasma durante 16-24 horas después de la administración subcutánea de 40 mg (4.000 UI) de enoxoparina. Con dosis de 1 mg/kg (100 UI/kg) 2 veces al día, el estado estacionario de $C_{máx}$ de actividad anti-Xa se alcanza entre el 2º y el 6º día del tratamiento.

Biotransformación: el hígado es probablemente el lugar principal de biotransformación. La enoxoparina se metaboliza por desulfatación y/o despolimerización hasta tipos con peso

	<p>molecular más bajo, consecuentemente con potencia biológica muy reducida. Excreción: en voluntarios varones sanos, con dosis única de enoxaparina de 20 mg (2.000 UI) o 40 mg (4.000 UI), por vía subcutánea, la excreción urinaria basada en actividad anti-Xa es del 7,4% y 9,3%, respectivamente, de la dosis administrada. La eliminación de la enoxaparina y sus metabolitos sucede por las vías renal y biliar. (Vademécum 2011)</p>
--	---

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2</p> <p>Administrar productos sanguíneos; plasma fresco congelado (PFC). Cada 72 hrs.</p> <p style="text-align: center;">NIC 2N-4030 Directa Dependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verificar las indicaciones del médico. (NIC 2N-4030,01) ○ Obtener la historia de transfusiones de la paciente. (NIC 2N-4030,02) ○ Obtener o comprobar el consentimiento informado del cuidador primario de la paciente. (NIC 2N-4030,03) ○ Verificar las medidas de seguridad para la administración de hemoderivados: (NIC 2N-4030,05) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente correcto ✓ Tipo de sangre correcto ✓ Dosis correcta ✓ Numero de unidad ✓ Fecha de caducidad ○ Enseñar a la paciente y al cuidador primario los signos y síntomas de las reacciones de una transfusión (picazón, vértigo, falta de aliento y dolor torácico). (NIC 2N-4030,06) ○ Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado para el PFC. (NIC 2N-4030,07) ○ Realizar venopunción con la técnica adecuada. (NIC 2N-4030,10) ○ Vigilar el sitio de punción iv para ver si hay signos de infiltración o 	<p>El plasma es la fracción líquida de la sangre completa, se separa de los eritrocitos y se congela en término de seis horas de haber sido obtenida la muestra, para así usarlo como plasma fresco congelado; éste contiene factores de coagulación en cantidades fisiológicas, factores de coagulación 11, V, VII, VIII, IX, X y XI, proteínas naturales anticoagulantes, electrolitos, albúmina, inmunoglobulinas y proteínas del complemento. (Conferencia de consenso 1195.)</p>

<p>flebitis. (NIC 2N-4030,12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tomar los signos vitales antes durante y después de la transfusión del PFC. (NIC 2N-4030,13) ○ Observar si hay reacciones a la transfusión. (NIC 2N-4030,14) ○ Administrar solución salina cuando la transfusión se haya terminado. (NIC 2N-4030,20) ○ Hacer los registros pertinentes en la hoja de enfermería. (NIC 2N-4030,22) 	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3</p> <p>Enseñar al cuidador primario y a la paciente a identificar los signos de alerta ante una trombosis estando en el hogar</p> <p style="text-align: center;">Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios en la coloración de la piel ○ Aumento de la temperatura en zonas del cuerpo ○ Aumento de volumen en algún sitio del cuerpo ○ Dolor en alguna área del cuerpo 	<p>La promoción a la salud es toda acción que se realiza con el propósito de lograr un nivel mayor de salud y bienestar. Conocer e identificar a tiempo un evento de trombosis es fundamental para evitar complicaciones agregadas al padecimiento de base de la paciente. (Kosier 1999)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4</p> <p>Instruir a cuidador primario sobre las medidas inmediatas a seguir en caso de un evento de trombosis en el hogar</p> <p style="text-align: center;">Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar heparina de bajo peso molecular (enoxoparina 20 mg sc.) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consiste en la introducción de medicamentos en el tejido celular subcutáneo mediante una aguja hipodérmica de calibre 22. ✓ Lavarse las manos ✓ Reunir el material a utilizar (jeringa de 1cc con aguja, alcohol y algodón y el medicamento) ✓ Lavarse las manos nuevamente y cargar el medicamento según la dosis indicada 	<p>La enseñanza a los cuidadores primarios juegan un papel fundamental para que este desarrollo acciones inmediatas frente a una emergencia previo a la llegada a la institución de salud (Kosier 1999)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar la limpieza del área a administrar el medicamento (región deltioidea de cualquiera de los dos miembros superiores) ✓ Introducir la aguja con el embolo hacia arriba en un ángulo de 90° ✓ Aspirar para verificar que no esté en un vaso sanguíneo ✓ Administrar el medicamento lentamente ✓ Sacar la aguja con cuidado y hacer presión en el sitio de inyección sin dar masaje. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar si la lesión está revirtiéndose ○ En caso de que la lesión continúe igual o aumente acudir inmediatamente al servicio de urgencias de la institución 	
--	--

EVALUACIÓN:

Estructura:

El hospital cuenta con un servicio ambulatorio donde se puede valorar y administrar a la paciente sus productos sanguíneos cada 72 horas, así como con el personal calificado para dichas actividades.

En el hogar de la paciente su madre tiene un lugar específico para el resguardo de su material y medicamentos para tenerlos a la mano cuando los necesita.

Proceso:

Al haber realizado las intervenciones y las actividades de enfermería la paciente logra disminuir su nivel de dependencia, así como la identificación de focos rojos para no volver a encontrarse en el nivel 6 de dependencia.

Resultado:

La paciente pasó de un nivel 6 de dependencia a un nivel 5 y es capaz de identificar los signos y síntomas de urgencia para acudir a la institución hospitalaria.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	De fuerza	Dtm. Nivel 4	Ayuda	Alta	29/04/12

DX. de enfermería: Dependencia en la seguridad y protección en su hogar r/c falta de conocimiento y voluntad del cuidador primario de como disminuir los riesgos m/p verbalización de la mamá y de la paciente de no saber cómo prevenir accidentes en su casa.

Objetivo: El cuidador primario y la paciente realizarán actividades para mejorar la seguridad y protección de la misma, a través de un programa educativo en in lapso de un mes.

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
<p>Ayudar a la paciente y al cuidador primario a identificar riesgos en el hogar NIC 4Vd-6610 Directa Independiente</p>	
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. (NIC 4Vd-6610,07) ○ Determinar los recursos económicos de la familia de Lupita. (NIC 4Vd-6610,08) ○ Determinar el nivel educativo de la familia de Lupita. (NIC 4Vd-6610,09) ○ Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. (NIC 4Vd-6610,11) 	<p>Los accidentes es la principal causa de muerte en el hogar por lo que es de vital importancia identificar a tiempo los riesgos que existen para así tomar las medidas necesarias para evitar los m ismos. (Kosier 1999.)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2</p> <p style="text-align: center;">Dar asesoramiento a la paciente y al cuidador primario para favorecer un entorno seguro NIC 3R-5240 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto con la paciente y su familia. (NIC 3R-5240,01) ○ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. . (NIC 3R-5240,02) ○ Establecer metas con Lupita y el cuidador primario. . (NIC 3R-5240,04) ○ Proporcionar información objetiva. . (NIC 3R-5240,06) ○ Ayudar a la paciente y al cuidador primario a que realicen una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. . (NIC 3R-5240,11) ○ Ayudar a la paciente y al cuidador primario a que identifiquen sus puntos fuertes y reforzarlos. . (NIC 3R-5240,17) ○ Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades. . (NIC 3R-5240,18) 	<p>La necesidad de un entorno seguro es de interés nacional, comunitario e individual, los profesionales de enfermería han concebido la seguridad en relación a un entorno inmediato del cliente, es decir lo que constituye un entorno seguro ara una persona en particular. (Kosier 1999)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3</p> <p style="text-align: center;">Enseñara a la paciente y a su mamá como puede moverse por la casa sin peligro. Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cubrir las esquinas filosas de los muebles estantes u objetos de casa. ○ Trate de mantener los muebles y las cosas en el mismo lugar, tanto dentro como fuera de su casa. Avísele a Lupita si mueve algo. ○ Advértale a Lupita sobre de los peligros como el fuego, las ollas calientes o el piso mojado y coloque una señal como un tapete por ejemplo. 	<p>Los niños ciegos pueden gozar en moverse dejándolo que se mueva de muchas maneras diferentes. Háblele mientras hace estas actividades. Eso le ayudará a sentirse menos asustado cuando haga algo nuevo. (Niemann y Jacob 2002)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Repare los hoyos o elevaciones del piso para que este lo más parejo posible ○ En el patio ponga rejas que se pueden tocar sin lastimarse y que estén a su altura en sitios donde pueda tropezarse, golpearse o caer ○ Para desplazarse por la casa usar el dorso de la mano para ir sintiendo la pared, las orillas de los muebles u otros objetos. ○ Poner fuera de su casa un letrero advirtiendo que ahí vive un niño ciego para que los automovilistas tengan precaución 	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No 4</p> <p>Enseñar a la paciente y su mamá como puede desplazarse sin peligro. Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Poner una mano frente a su cara con la palma así afuera para proteger su cara y cabeza y la otra mano a nivel de la cintura para proteger el resto de su cuerpo. ○ Enseñarle que si va a caerse debe sacar las manos y doblar las rodillas, para evitar que se lastime la cabeza. 	<p>A medida que un niño ciego empieza a moverse para aquí y para allá, él también aprende a evitar cosas que podrían lastimarlo. Los niños que ven pueden evitar muchos peligros. Pero se necesita ser especialmente cuidadoso si el niño no puede ver bien. (Niemann y Jacob 2002)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 5</p> <p>Instruir a la paciente y a su mamá como utilizar un bastón. Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El bastón debe ser liviano y delgado, pero fuerte para que no se rompa fácilmente ○ El bastón debe llegarle a Lupita a la altura de los hombros. ○ Al principio pídale a la paciente que toque el suelo frente a ella suavemente con el bastón mientras camina, no hay que dejar que se canse al principio bastara con 5 0 10 minutos. ○ A medida que se acostumbra a usar el bastón, enséñele a moverlo suavemente sobre el suelo de lado a lado, el movimiento del bastón debe ser más amplio que el ancho de sus hombros. ○ Para enseñarle a subir escaleras con el bastón debe de enseñarle a 	<p>El bastón supone para el ciego una prolongación de su cuerpo. Esta herramienta táctil, fabricada con fibras sintéticas, guía los pasos del invidente, haciéndole notar sobre qué tipo de superficie está caminando y proporcionándole asimismo información acerca de su ubicación. El bastón, no por su sencillez, deja de ser una herramienta fundamental para la orientación y movilidad del deficiente visual y ciego. Tiene tres funciones básicas: distintivo, protección e información. (Niemann y Jacob 2002)</p>

sostenerlo recto frente a ella y el escalón para comprobar la altura y la posición de cada escalón, esto le servirá también para bajar las escaleras y para subir y bajar banquetas.	
--	--

EVALUACIÓN:

Estructura:

E hogar de la paciente es muy reducido por lo que no se necesitan muchos cambios para lograr que el entorno sea seguro, y existe toda la disposición de la familia de hacer los cambios necesarios.

Proceso:

Se asesoró a la mamá de la paciente para disminuir los riesgos en el hogar y así identificar los factores y objetos que pudieran lastimarla.

Resultado:

Gracias a las estrategias llevadas a cabo con el cuidador primario Lupita está aprendiendo satisfactoriamente diferentes actividades para poder desplazarse de un lugar a otro sin problema y los arreglos en casa han ayudado bastante a disminuir accidentes logrando quedar en un nivel 2

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **DESCANSO Y SUEÑO**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
2/12/11	De voluntad	Dtm. Nivel 3	Ayuda	Media	

DX. de enfermería: Dependencia en la necesidad de descanso y sueño, r/c falta de voluntad para dormir en su propia cama, m/p ojeras y facies de cansancio

Objetivo: La paciente mejorará en su descanso y sueño en un lapso de dos semanas, mediante acciones para que acepte dormir en su propia cama.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de descanso y sueño en la paciente Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia. 	<p>La valoración relativa al sueño del paciente, incluyendo la historia del sueño, el diario del sueño y la exploración física brinda un panorama general sobre las necesidades del mismo. Una valoración precisa permite a la enfermera y al paciente determinar la naturaleza exacta de la alteración. (Kozier, 1999.)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Ayudar a disminuir la ansiedad en la paciente NIC 3T-5820 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratar de comprenderla perspectiva de la paciente sobre una situación estresante. (3T-5820,04) ○ Decirle al cuidador primario a que proporcione masaje en la espalda y cuello a la paciente antes de acostarse. (3T-5820,09) ○ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. (3T-5820,23) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lectura de cuentos ✓ Masajes relajantes ✓ Escuchar música instrumental 	<p>La ansiedad frecuentemente altera el sueño, una persona preocupada puede ser incapaz de relajarse suficiente mente para quedarse dormida. La ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de noradrenalina mediante la estimulación del sistema nervioso simpático. (Kozier, 1999.)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Enseñar técnicas de relajación al cuidador primario en el niño. NIC 3T-5880 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la calma cuando no quiera irse a su cama. (3T-5580,07) ○ Sentarse y hablar con la paciente. (3T-5880,08) ○ Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionalmente. (3T-5880,09) ○ Acariciar al paciente. (3T-5880,10) ○ Reducir o eliminar los estímulos que creen miedo o ansiedad. (3T-5880,11) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Muñecos ✓ Esculturas 	<p>A nivel psicológico, las técnicas de relajación son una herramienta muy importante para conseguir tranquilidad y quietud, dotándonos de estrategias para enfrentarnos a diversas situaciones de la vida cotidiana. La práctica de las técnicas de relajación va a ayudarnos a disminuir los pensamientos que nos producen ansiedad y nos llevarán a un estado de calma y paz. (M.Pino Antúnez 2003)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4 Enseñar a la paciente a mejorar el sueño en su propia cama. NIC 1F-1850 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar la importancia de dormir cómodo. (NIC 1F-1850,03) ○ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes (oír programas de TV. Violentos) antes de irse a la cama. (NIC 1F-1850,12) ○ Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño, por ej. Masajes, musicoterapia, lectura de algún libro. (NIC 1F-1850,26) 	<p>El sueño es necesario para restaurar los procesos biológicos. Durante la fase de sueño de onda lenta se secreta hormona del crecimiento para la reparación y renovación de células epiteliales y células especializadas, como las del cerebro (Born, Muth y Fehm, 1998; McCance y Huether, 1998)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 5 Enseñar al cuidador primario el manejo ambiental: confort para favorecer el descanso y sueño en la paciente NIC 1E-6482 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.(NIC 1E-6482,07) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin ruido innecesario ✓ Con objetos de su preferencia cerca de ella ○ Proporcionar un ambiente limpio y seguro. (NIC 1E-6482,08) ○ Proporcionar o retirar mantas para fomentar la comodidad en cuanto a la temperatura.(NIC 1E-6482,12) ○ Ajustar la iluminación de acuerdo a las preferencias de la paciente. (NIC 1E-6482,16) ○ Proporcionar ropa de cama y pijama de acuerdo al clima. 	<p>Un ambiente tranquilo con luz tenue, la disminución del ruido y ambiente térmico neutro favorece un sueño reposado. (Kozier, 1999.)</p>

EVALUACIÓN

Estructura:

No se cuenta con un área específica para realizar las valoraciones focalizadas de enfermería en los pacientes ambulatorios, por lo que es necesario improvisar lugares y momentos para poder llevar a cabo la misma, e cuanto a su hogar es muy pequeño por lo que no es posible que cuente con una habitación exclusiva para la paciente.

Proceso:

Las intervenciones y las acciones de enfermería que se llevaron a cabo para la resolución de esta dependencia fueron las adecuadas para lograr disminuir el nivel de dependencia de la paciente.

Resultado:

En el lapso de una semana se logró que Lupita aceptara dormir sola en su cama y refiere que ya descansa más y concilia el sueño rápidamente, logrando así el nivel 1 en el continuum de independencia- dependencia.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	De voluntad	Dtm. Nivel 3	Ayuda	Media	

DX. de enfermería: Dependencia en la necesidad de higiene (bucal) r/c falta de voluntad para realizar el aseo adecuado m/p caries en dos piezas dentarias y halitosis.

Objetivo: La paciente recuperara la independencia en la higiene oral mediante un programa de enseñanza sobre la técnica de cepillado y la rehabilitación oral en un lapso de 3 meses

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la necesidad de higiene y protección de la piel en la paciente. Directa Independiente	
♦ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	La valoración de las practicas higiénicas incluyen una historia de enfermería para determinar las prácticas de autocuidado y los problemas cutáneos pasados y presentes, así como una valoración física y la identificación del riesgo de presentar problemas cutáneos (Potter 2004)

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Ayudar a la paciente para su autocuidado NIC 1F-1800 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidados. (NIC 1F-1800,01) ○ Considerar la edad de la paciente al promover las actividades de autocuidados. (NIC 1F-1800,02) ○ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. (NIC 1F-1800,03) ○ Proporcionar ayuda a Lupita hasta que sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. (NIC 1F-1800,07) ○ Animar a Lupita a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. (NIC 1F-1800,10) ○ Alentar la independencia, pero interviniendo si Lupita no puede realizar la acción dada. (NIC 1F-1800,11) ○ Enseñar a los padres a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando Lupita no pueda realizar la acción dada. (NIC1F-1800,12) 	<p>El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud. (http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Fomentar la salud bucal en la paciente NIC 1F-1720 Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como habito. (NIC 1F-1720.01) ○ Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad. (NIC 1F-1720,02) ○ Fomentar las revisiones dentales regulares. (NIC 1F-1720,04) ○ Enseñar y estimular el uso de hilo dental. (NIC 1F-1720,05) ○ Enseñar a Lupita a evitar mascar chicle en exceso. (NIC 1F- 	<p>Los cuidados y la higiene básica de la boca son tareas fundamentales en la asistencia de los pacientes. Algunos clientes tienen tendencia a los problemas bucales, a menudo debido a la falta de conocimiento a la incapacidad para mantener la higiene bucal. (Kozier 1999)</p>

<p>1720,06)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuagues de la boca, de acuerdo con la capacidad del autocuidado de Lupita. (NIC 1F-1720,07) 	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4 Ayudar a la paciente con el mantenimiento de la salud bucal NIC 1F-1710 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer una rutina de cuidados bucales para Lupita. (NIC 1F-1710,01) ○ Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. (NIC 1F-1710,03) ○ Enseñar a Lupita a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. (NIC 1F-1710,07) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los pasos para un buen cepillado son: ✓ Utiliza una pequeña cantidad de pasta de dientes, con cantidades adecuadas de flúor. Verificar que Lupita no se trague la pasta de dientes. ✓ Los niños deben usar un cepillo dental suave. Primero se debe cepillar la superficie interior de cada diente, que es donde más se acumula la placa. Cepillar suavemente de posterior a anterior. ✓ Limpiar las superficies exteriores de cada diente, colocando el cepillo en ángulo respecto de la encía exterior. Cepillar suavemente de posterior a anterior. ✓ Cepillar la superficie de masticación de cada diente. ✓ Utilizar la punta del cepillo para limpiar la parte posterior de los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores. ✓ Al final se puede cepillar la lengua para eliminar las bacterias. 	<p>Una higiene bucal incluye la estimulación diaria de las encías, el cepillado mecánico y el pasar de la seda dental entre los dientes, el enjuague de la boca y las revisiones regulares hechas por un dentista. (Kozier 1999)</p> <p>Una buena técnica de cepillado de dientes nos garantizará la higiene correcta de nuestra boca.(http://cuidadoinfantil.net/tecnica-correcta-del-cepillado-de-dientes.html)</p>



- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis. (NIC 1F-1710,06)
- Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua. (NIC 1F-1710,14)
- Establecer chequeos dentales. (NIC 1F-1710,15)

EVALUACIÓN:

Estructura:

La paciente cuenta con un espacio adecuado en su hogar para la realización de las actividades en cuanto a sus demandas de higiene personal y sobre todo bucal, en la institución hospitalaria también cuenta con un servicio específico de odontopediatría para la atención de afecciones específicas en cuanto a salud bucal.

Proceso:

Se instruyó a la paciente y a la madre sobre la importancia del autocuidado, así como la técnica correcta del lavado de dientes, mediante la implementación de acciones específicas de enfermería para dicha necesidad.

Resultado:

Se logró que el cuidador primario obtuviera una cita con el servicio de odontopediatría para la rehabilitación oral y se sensibilizó a la paciente para realizar el aseo bucal por lo menos 2 veces al día, logrando así la independencia.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: ***JUEGO Y RECREACIÓN***

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	De conocimiento por parte del cuidador primario	Dtm. Nivel 3	Ayuda	Media	

DX. de enfermería: Dependencia en la necesidad de recreación r/c falta de conocimiento del cuidador primario para enseñarle como recrearse m/p verbalización de la niña de aburrimiento.

Objetivo: La paciente y su cuidador primario mejorarán su recreación por medio de actividades lúdicas y al aire libre por lo menos una vez a la semana.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de juego y recreación en la paciente Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. Recrearse nos ayuda a liberar la tensión. (Riopelle 1997)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Asesorar al cuidador primario sobre algunas terapias de actividad NIC 3O-4310 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar el compromiso del cuidador primario con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades. (NIC 3O-4310,02) ○ Ayudarle a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas psicológicas y sociales. (NIC 3O-4310,04) ○ Ayudarle a centrarse más en lo que Lupita puede hacer, más que en el déficit. (NIC 3O-4310,05) ○ Ayudarle a que identifique cuales son las preferencias de Lupita. (NIC 3O-4310,08) ○ Ayudarle a que programe periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria. (NIC 3O-4310,10) 	<p>La Terapia Ocupacional emplea la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, examina todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve la persona.</p> <p>La Terapia Ocupacional utiliza la ocupación como medio y como fin siendo necesario programarlas para obtener mejores resultados. (http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Asesorar al cuidador primario sobre la recreación con terapia artística NIC 3O- 4330 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Enseñarle a que le proporciones instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrumentos musicales. (NIC 3O- 4330,01) ✓ Plastilinas ✓ Papel ○ Enseñarle al cuidador primario a que incite a Lupita que le diga el significado de sus creaciones. (NIC 3O- 4330,03) ○ Enseñarle que le debe proporcionar un área suave y plana si va a dibujar. (NIC 3O- 4330,04) ○ Registrar los comentarios verbales de Lupita durante la terapia artística. (NIC 3O- 4330,07) 	<p>La terapia artística o arte-terapia, aporta un punto de vista alternativo muy interesante a la hora de tratar enfermedades físicas o emocionales. La terapia artística o arte-terapia se basa en la utilización del arte como proceso creativo que al acercarnos a algo nuevo, nos ayuda en el proceso de sanación. http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1945</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4 Asesorar al cuidador primario sobre la terapia de juego NIC 3O-4430 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. (NIC 3O-4430,01) ○ Dar el tiempo suficiente para permitir el juego efectivo. (NIC 3O-4430,02) ○ Ayudarle a estructurar una sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. (NIC 3O-4430,03) ○ Discutir las actividades de juego con los miembros de la familia. (NIC 3O-4430,04) ○ Ubicar parques cercanos a la casa o escuela para realizar juegos al aire libre ○ Invitar a otros niños que estén en el parque a compartir los juegos ○ Organizar con la familia un día a la semana para asistir todos juntos a algún parque o sitio donde la comunidad ofrezca actividades de juego gratuitamente. 	<p>La terapia del juego ofrece la posibilidad al niño de expresar sus sentimientos, emociones como ira, miedo, odio, su soledad, su fracaso, su falta de adaptación social en un medio seguro como es el juego. (Virginia M Axline)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 5 Orientar al cuidador primario sobre algunas actividades que se pueden programar para el esparcimiento de la paciente Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leer un libro por lo menos 30 minutos diarios, ya sea en casa o en los periodos de recorrido de la escuela a la casa. ○ Armar algunos rompecabezas ○ Si es posible salir a caminar con toda la familia ○ Ubicar las casas de cultura cercanas a la comunidad e informarse sobre los servicios que esta ofrece ○ Si la economía lo permite asistir al cine o teatro una vez cada mes o cada 2 meses 	<p>El esparcimiento es un fenómeno humano valorado cada vez más en el mundo. Por esparcimiento podemos entender las experiencias que derivan gozo en las personas. Las personas gozan este tipo de vivencias por sí mismas (i.e., son autotélicas) y en ellas encuentran múltiples significados positivos (Kelly, 1987). Las experiencias de esparcimiento no son solo un estado mental, sino que con ellas las personas actualmente viven y disfrutan algún tipo de acción (i.e., “algo ocurre”). Las experiencias de esparcimiento son contextuales, moldeadas tanto por el entorno</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistir una vez por semana a algún parque cercano a su comunidad. 	cultural y social de las personas, como por sus historias y ciclos de vida. Estas experiencias pueden ocurrir en todos los dominios de la vida (e.g., en la vida familiar cotidiana, en el trabajo, en el tiempo de recreación). http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/esparcimiento.html
---	---

EVALUACIÓN:

Estructura:

El cuidador primario cuenta con todo tipo de juegos de mesa, rompecabezas y libros en su hogar para el desarrollo de actividades con la paciente; así como una casa de cultura en su colonia y un parque cerca de su comunidad.

Proceso:

Las intervenciones y las actividades de enfermería con las se trabajaron fueron directamente con la mamá para que ella identifique la gran cantidad de actividades que se pueden llevar a cabo sin la necesidad de invertir recursos económicos.

Resultado:

Se logró que Lupita tuviera más tiempos de esparcimiento y juego, tanto en su hogar como al aire libre; lo que la ha puesto muy feliz y con un carácter más cordial con sus padres.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **TRABAJAR Y REALIZARSE**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	De voluntad	Dtm. Nivel 3	Ayuda	Media	

DX. de enfermería: Cansancio del rol de cuidador r/c agotamiento por las continuas visitas al hospital y los largos lapsos de transportación al mismo m/p preocupación, refiere cansancio.

Objetivo: El cuidador primario tomara periodos de descanso para disminuir el agotamiento originado por los trayectos tan largos para dirigirse al hospital y a la escuela de Lupita por lo menos cada mes.

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la necesidad de trabajar y realizarse en el cuidador primario. Directa Independiente	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad 	La enfermera debe valorar en qué medida los pacientes son autónomos o pueden llegar a serlo, y en qué medida puede ejercer sus roles. Es importante observar los sentimientos de frustración y de ira, los remordimientos y la infravaloración personal que una dificultad ocasione para la autonomía y el desempeño de sus roles. (Phaneuf 1993)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	
---	--

<p>INTERVENCIÓN No.2 Apoyar al cuidador principal de la paciente NIC 5X-7040 Directa Interdependiente</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador primario. (NIC 5X-7040,01) ○ Determinar la aceptación del cuidador de su papel. (NIC 5X-7040,02) ○ Aceptar las expresiones de emoción negativa. (NIC 5X-7040,03) ○ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. (NIC 5X-7040,05) ○ Reconocer la dependencia que tiene Lupita de su cuidador primario. (NIC 5X-7040,06) ○ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. (NIC 5X-7040,07) ○ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. (NIC 5X-7040,09) ○ Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés. (NIC 5X-7040,18) ○ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. (NIC 5X-7040,21) ○ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. (NIC 5X-7040,31) 	<p>El enfoque familiar le ayudará al profesional sanitario a dar respuestas tanto a las necesidades del paciente como de su familia.</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 3 Apoyar emocionalmente al cuidador primario de la paciente. NIC 5X- 5270 Directa Interdependiente</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comentar las experiencias emocionales con el cuidador. (NIC 5X-5270,01) 	<p>El bienestar emocional del cuidador requiere alivio, consuelo, comprensión y orientación. Suavizar el malestar de un enfermo supone altas dosis de renuncia, energía y paciencia,</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Abrazar y tocar al cuidador para proporcionar apoyo. (NIC 5X-5270,04) ○ Apoyar el uso de mecanismos de defensa. (NIC 5X-5270,05) ○ Ayudarle a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. (NIC 5X-5270,06) ○ Animarle a que exprese sus sentimientos. (NIC 5X-5270,07) ○ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. (NIC 5X-5270,09) 	<p>pero también es necesario cuidarse a sí mismo, dosificar la energía, reafirmar la autoestima, elaborar las culpas y un largo etcétera. (MARGARITA ROJAS Cuidar al que cuida 2004)</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 4 Fomentar la implicación familiar para con el cuidado de la paciente. NIC 5X-7110 Directa Interdependiente</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la paciente. (NIC 5X-7110,02) ○ Crear una cultura de flexibilidad para la familia. (NIC 5X-7110,03) ○ Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con la paciente. (NIC 5X-7110,06) ○ Anticipar e identificar las necesidades de la familia. (NIC 5X-7110,08) ○ Observar la estructura familiar y sus roles. (NIC 5X-7110,11) ○ Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado de la paciente. (NIC 5X-7110,12) 	<p>Los enfermos que pueden contar con un ambiente familiar positivo, con estabilidad afectiva y modos adecuados de enfrentarse a los problemas cotidianos, pueden adaptarse de modo más positivo a las crisis que supone el proceso de su enfermedad, con la ayuda del resto de la familia. No nos referimos únicamente a la familia nuclear tradicional, sino a todas las modalidades a las que han dado lugar las transformaciones sociales y culturales recientes de la institución familiar. (Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales)</p>

EVALUACIÓN

Estructura:

La familia de Lupita esta reducida a únicamente 3 miembros; sus padres y ella

Proceso:

Las intervenciones de enfermería se encaminaron principalmente al cuidador primario para lograr la independencia en ella y así la paciente logre también la suya

Resultado:

Desafortunadamente por lo reducida de la familia de lupita no es posible que en ocasiones alguien más se haga cargo de las actividades que esta y su padecimiento demanda, pero se buscara el apoyo necesario para que el cuidador primario reciba el apoyo psicológico que necesite.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **TERMORREGULACIÓN**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 2	Acompañamiento	Baja	

Dx. de enfermería: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, r/c medio ambiente de su entorno, temperaturas muy bajas en temporada invernal.

Objetivo: La paciente y su cuidador primario conocerán el tipo de medidas preventivas que deberán tomar para disminuir el riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de termorregulación en la paciente. Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección y palpación) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>Es importante observar las variaciones en la temperatura corporal, teniendo en cuenta que la normal se sitúa entre 36.5 y 37.5°, La termorregulación es la necesidad de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo. (Kosier 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2</p> <p style="text-align: center;">Instruir al cuidador primario sobre la regulación de la Temperatura en la paciente. NIC 2M-3900 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar el color y al temperatura de la piel. (NIC 2M-3900,05) ○ Enseñar al cuidador primario y a la paciente acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío. (NIC 2M-3900,14) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar ropa abrigadora ✓ Evitar cambios bruscos de temperatura ○ Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento adecuado de urgencia. (NIC 5X-7110,16) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Somnolencias ✓ Cianosis peri bucal y distal 	<p>Hay diferentes sitios para medir la temperatura corporal, que son oral, rectal y axilar y es de suma importancia que la persona que va a medir la temperatura las conozcan, de igual manera hay signos que nos ayudan a identificar si la temperatura corporal esta disminuida o elevada, para así saber las medidas que se tomaran (Potter2001)</p>

EVALUACIÓN:

Estructura:

No se cuenta con un área específica para realizar las valoraciones de enfermería en los pacientes ambulatorios, por lo que es necesario improvisar lugares y momentos para poder llevar a cabo la misma

Proceso:

Las intervenciones y las acciones de enfermería fueron las adecuadas para instruir a la paciente y al familiar sobre las medidas preventivas para evitar complicaciones por hipotermias

Resultado:

La paciente y el cuidador primario saben identificar perfectamente los signos y síntomas en las variaciones de temperatura y por lo tanto saben tomar medidas preventivas para evitarlos.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **MOVIMIENTO Y POSTURA**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 2	Acompañamiento	Baja	

Dx. de enfermería: Riesgo en la deambulacion r/c falta conocimiento en el uso de instrumentos de apoyo para los débiles visuales y ciegos.

Objetivo: La paciente conocerá los distintos tipos de material de apoyo para evitar riesgos a la deambulacion durante sus traslados

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la necesidad de movimiento y postura en la paciente Directa Independiente	
♦ Actividades: Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección, palpación y percusión) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	El movimiento es un acto voluntario desencadenado por el cerebro. El impulso nervioso se transmite al sistema nervioso que, a través de la placa motora, entra en contacto con el tejido muscular y comunica el impulso que desencadena el movimiento. Esta es la necesidad del organismo de ejercer movimientos y la locomoción por mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nerviosos (Phaneuf 1999)

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2</p> <p>Enseñar al cuidador primario como la paciente puede desplazarse sin peligro.</p> <p style="text-align: center;">Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Poner una mano frente a su cara con la palma así afuera para proteger su cara y cabeza y la otra mano a nivel de la cintura para proteger el resto de su cuerpo. ○ Enseñarle que si va a caerse debe sacar las manos y doblar las rodillas, para evitar que se lastime la cabeza. 	<p>A medida que un niño ciego empieza a moverse para aquí y para allá, él también aprende a evitar cosas que podrían lastimarlo. Los niños que ven pueden evitar muchos peligros. Pero se necesita ser especialmente cuidadoso si el niño no puede ver bien. (Niemann y Jacob 2002)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3</p> <p>Instruir al cuidador primario como enseñarle a la paciente a utilizar un bastón.</p> <p style="text-align: center;">Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El bastón debe ser liviano y delgado, pero fuerte para que no se rompa fácilmente ○ El bastón debe llegarle a Lupita a la altura de los hombros. ○ Al principio pídale a Lupita que toque el suelo frente a ella suavemente con el bastón mientras camina, no hay que dejar que se canse al principio bastara con 5 0 10 minutos. ○ A medida que se acostumbra a usar el bastón, enséñele a moverlo suavemente sobre el suelo de lado a lado, el movimiento del bastón debe ser más amplio que el ancho de sus hombros. ○ Para enseñarle a subir escaleras con el bastón debe de enseñarle a sostenerlo recto frente a ella y el escalón para comprobar la altura y la posición de cada escalón, esto le servirá también para bajar las escaleras y para subir y bajar banquetas. 	<p>El bastón supone para el ciego una prolongación de su cuerpo. Esta herramienta táctil, fabricada con fibras sintéticas, guía los pasos del invidente, haciéndole notar sobre qué tipo de superficie está caminando y proporcionándole asimismo información acerca de su ubicación. El bastón, no por su sencillez, deja de ser una herramienta fundamental para la orientación y movilidad del deficiente visual y ciego. Tiene tres funciones básicas: distintivo, protección e información. (Niemann y Jacob 2002)</p>

EVALUACIÓN:

Estructura:

Se contó con un espacio adecuado y personal capacitado para la enseñanza de instrumentos de apoyo para ciegos y débiles visuales.

Proceso:

En colaboración con personal de una institución educativa para ciegos y débiles visuales, se implementó un programa para que la paciente iniciara con la utilización del bastón como apoyo para poder desplazarse sin peligro.

Resultado:

Se ha iniciado la enseñanza para el uso del bastón para que la paciente pueda desplazarse sin problemas por la casa y está funcionando; ya que lo ha usado sin problemas, logando así ubicarse en un nivel 2 de independencia.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **OXIGENACIÓN**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 2	Acompañamiento	Baja	

DX. de enfermería: Riesgo de dependencia en la necesidad de oxigenación r/c exposición al medio ambiente frío.

Objetivo: La paciente y su cuidador primario identificarán signos y síntomas de dependencia en la necesidad de oxigenación, mediante la enseñanza de los mismos y medidas preventivas durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de oxigenación en la paciente. Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección, palpación, auscultación y percusión) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>En la valoración del estado de oxigenación de un paciente la enfermera utiliza las cuatro técnicas de exploración física; así se observara la frecuencia, profundidad, ritmo y calidad de las respiraciones, para observar la postura que adopta el paciente para respirar. (Phaneuf 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Monitorización respiratoria NIC 2K-1160 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. (NIC 2K-1160,03) ○ Observar si hay intranquilidad, ansiedad o falta de aire. (NIC 2 K-1160,14) ○ Comprobar la capacidad de lupita para toser eficazmente. (NIC 2 K-1160,16) ○ Anotar aparición, características y duración de la tos, si es el caso. (NIC 2 K-1160,15) 	<p>La necesidad de respirar es la 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 os tejidos (respiración interna). La enfermera debe observar la amplitud, la frecuencia y el ritmo respiratorios de la persona; la presencia de secreciones, ruidos y toses y la utilización de músculos accesorios</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal para evitar dependencia en la necesidad de oxigenación. 2M-3900 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la temperatura corporal, evitando corrientes de aire y abrigando bien a Lupita al salir de casa. (2M-3900,09) ○ Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío. (2M-3900,13) 	<p>Los cambios bruscos de temperatura, humedad y entrada de frentes fríos, pueden repercutir negativamente en la salud y provocar enfermedades como faringitis, infecciones de vías respiratorias altas, resequedad nasal, resfriados comunes.</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4 Proporcionar información higiénico dietética Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar sobre los alimentos ricos en vitamina c <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kiwi ✓ Pimiento rojo y verde ✓ Tomates ✓ Espinacas 	<p>La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (OMS) La vitamina C corresponde al grupo de las vitaminas</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guayaba ✓ Toronja ✓ Lima ✓ Limón 	<p>hidrosolubles, y como la gran mayoría de ellas no se almacena en el cuerpo por un largo período de tiempo y se elimina en pequeñas cantidades a través de la orina. Por este motivo, es importante su administración diaria, ya que es más fácil que se agoten sus reservas que las de otras vitaminas. Es una sustancia de color blanco, estable en su forma seca, pero en solución se oxida con facilidad, más aún si se expone al calor. Un pH alcalino (mayor a 7), el cobre y el hierro, también aceleran su oxidación. Su estructura química recuerda a la de la glucosa (en muchos mamíferos y plantas, esta vitamina se sintetiza a partir de la glucosa y galactosa). Se llama con el nombre de vitamina C a todos los compuestos que poseen la actividad biológica del ácido ascórbico. www.nutrinfo.com/pagina/info/vitc0.html</p>
---	---

EVALUACIÓN:

Estructura:

En cuanto a las instalaciones hospitalarias no contamos con un lugar específico para la realización de las valoraciones de enfermería, en relación a su hogar y su entorno desafortunadamente son lugares muy fríos por lo que la paciente es susceptible al clima.

Proceso:

Se llevaron a cabo intervenciones meramente preventivas, con el fin de evitar que la paciente callera en dependencia de la necesidad, también se dió orientación higiénica dietética como apoyo para ayudar a mantener sus defensas.

Resultado:

La paciente y su cuidador primario aprendieron las medidas para la prevención de problemas respiratorio, sobre todo en la época invernal.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **CREENCIAS Y VALORES**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 2	Acompañamiento	Baja	

DX. de enfermería: Riesgo de alteración en la pertenencia espiritual del cuidador primario.

Objetivo: El cuidador primario no presentara alteración en su espiritualidad al implementar medidas para el fortalecimiento de su fe continuamente.

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la necesidad de creencias y valores en el cuidador primario. Directa Independiente	
♦ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	La enfermera debe tratar de averiguar si la persona desea asistir a los servicios religiosos y observar su capacidad de acudir a ellos, es decir, su fuerza física, el buen funcionamiento de sus sistemas neuromusculares. En esta necesidad la persona realiza actos y toma decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones. (Phaneuf 1999)

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2</p> <p style="text-align: center;">Facilitar el crecimiento espiritual del cuidador primario. NIC 3R-5426 Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la conversación que ayude al cuidador primario a separar los intereses espirituales. (NIC 3R-5426,01) ○ Ayudarle a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento. (NIC 3R-5426,04) ○ Ofrecer el apoyo de la oración; según sea conveniente. (NIC 3R-5426,05) ○ Fomentar la participación en servicios piadosos, retiros y programas especiales de oración. (NIC 3R-5426,06) ○ Fomentar la relación con los otros para el compañerismo y el servicio. (NIC 3R-5426,07) ○ Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales. (NIC 3R-5426,08) ○ Ayudarle a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu. (NIC 3R-5426,10) 	<p>El concepto espiritualidad es uno multidimensional que penetra la totalidad del ser humano. Los profesionales de enfermería son parte esencial en proveer ese cuidado espiritual, pero la falta de conocimiento hace que este cuidado no se le brinde al cliente. Muchas veces se piensa que esta parte del cuidado debe ser provista por sacerdotes, pastores o personal clerical, de acuerdo a las prácticas religiosas de cada persona. Sin embargo el profesional de enfermería reconoce que para algunos clientes sus creencias y prácticas religiosas pueden ser parte importante de una espiritualidad individual. Otro aspecto importante a considerar son las creencias y prácticas religiosas del profesional de enfermería, esto ayudará al cliente que necesita recibir ayuda en el área espiritual. Cuando los profesionales de enfermería adquieren conocimiento sobre las diferentes prácticas religiosas y sobre diferentes doctrinas, facilitará el hacer un estimado inicial adecuado y por consiguiente ayudará en la planificación e intervención del cuidado espiritual del cliente. Los aspectos espirituales no son considerados o se pasan por alto en muchos escenarios y por muchos proveedores de cuidados de salud, aunque los servicios religiosos o personal clerical pueden estar disponibles en dichos escenarios. Sin embargo, el cuidado espiritual generalmente no se integra dentro de la práctica de cuidados de salud (Treloar, 2000).</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Facilitar la práctica religiosa del cuidador primario. NIC 3R-5424 Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar sus inquietudes respecto a la expresión religiosa. (NIC 3R-5424,01) ○ Coordinar para proporcionarle servicios de curación, comunión, meditación u oración. (NIC 3R-5424,02) ○ Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud. (NIC 3R-5424,03) ○ Siempre tratarle con dignidad y respeto. (NIC 3R-5424,05) ○ Dar oportunidad para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo. (NIC 3R-5424,06) 	<p>Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas ayudan al individuo a aceptar su enfermedad y compartir con otras personas su condición de salud. Otros individuos ven la enfermedad como una prueba de fe y piensan que si esta es suficientemente grande van a sentirse mejor. Viéndolo desde otra perspectiva, la enfermedad es aceptada usualmente por el cliente y familiares, pero no mezclan sus creencias religiosas. Usualmente las creencias religiosas o espirituales ayudan los individuos a aceptar sus enfermedades y a planificar su futuro. La religión puede servir de ayuda al individuo en el proceso de la muerte, y lo ayuda a fortalecerse durante la vida (Kozier, 1995).</p> <p>A los profesionales de enfermería se les dificulta la manera en que realizan el estimado espiritual para luego brindar el cuidado espiritual que el paciente o la familia necesita. Se requiere que el profesional de enfermería inicie una conversación directa con el paciente y/o la familia sobre este aspecto. Se presentarán unas preguntas guías que ayudarán a iniciar la conversación sobre el tema de espiritualidad para lograr hacer un estimado sobre las necesidades espirituales.</p>

EVALUACIÓN:

Estructura:

En la institución se cuenta con servicios religiosos, que en este caso fueron de mucha ayuda para el cuidador primario, ya que la religión que profesa es católica. Pero sería importante contar con otras alternativas ya que no todos los pacientes profesan la misma religión.

Proceso:

Las intervenciones y acciones de enfermería se dieron en tiempo y forma lo que fue de gran ayuda para el fortalecimiento espiritual del cuidador primario.

Resultado: El cuidador primario fortaleció su fe lo que le ayuda a disminuir la carga que le crea la situación de la paciente.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: ***ELIMINACIÓN***

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1	Acompañamiento	Baja	

DX. de enfermería: Disposición para mejorar la eliminación urinaria y fecal

Objetivo: La paciente mantendrá sus prácticas para evitar caer en dependencia en la necesidad de eliminación urinaria y fecal siempre.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de eliminación en la paciente. Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección, palpación, percusión y auscultación) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>Eliminar es la necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. (Phaneuf 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Instruir para los autocuidados: aseo NIC 1F1894 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar la cultura de la paciente y su cuidador primario al fomentar las actividades de autocuidados. (NIC 1F-1894,01) ○ Considerar su edad al fomentar las actividades de autocuidados. (NIC 1F-1894,02) ○ Considerar la respuesta de Lupita a la falta de intimidad. (NIC 1F-1894,05) ○ Disponer intimidad durante la eliminación. (NIC 1F-1894,06) ○ Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. (NIC 1F-1894,07) ○ Explicarle que tiene que accionar el W.C. después de la eliminación. (NIC 1F-1894,09) ○ Enseñarle a la paciente y su cuidador primario la rutina de aseo. (NIC 1F-1894,10) 	<p>El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego <i>áuro</i> que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín <i>cogitātus</i> que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de <u>Enfermería</u>.</p> <p>El autocuidado es una forma propia de cuidarse así mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo. http://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado.</p>

EVALUACIÓN:

Estructura:

La paciente cuenta con un servicio sanitario en su hogar para poder cumplir a la perfección su necesidad de eliminación; de la misma manera cuando acude al hospital dispone de instalaciones adecuadas para cumplir con dicha necesidad, lo que le ayuda a continuar en independencia.

Proceso:

Gracias a las intervenciones de enfermería se reforzaron los conocimientos de la madre y de la paciente para continuar en dependencia de la necesidad.

Resultado:

La paciente continúa en independencia en la necesidad de eliminación.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **VESTIDO Y DESVESTIDO**

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1	Acompañamiento	Baja	

DX. de enfermería: Disposición para mejorar el vestido.

Objetivo: Lupita continuara con el uso adecuado de sus prendas de vestir de acuerdo a sus costumbres en el hogar y al clima siempre.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de vestido y desvestido en la paciente. Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>El cuerpo humano tiene la necesidad de estar protegido contra el frío, el viento, la humedad, el calor, los rayos ultravioleta y las inclemencias del tiempo. Protege el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales. (Phaneuf 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Ayudar a la paciente con los autocuidados: vestir/arreglo personal NIC1F-1802 Directa Independiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Considerar la cultura de la paciente al fomentar las actividades de autocuidados. (NIC 1F-1802,01) ○ Considerar la edad de la paciente al fomentar las actividades de autocuidado. (NIC 1F-1802,02) ○ Informar a Lupita de la vestimenta disponible que puede seleccionar. (NIC 1F-1802,03) ○ Comentar al cuidador primario que siempre tenga en una zona accesible las prendas de la paciente. (NIC 1F-1802,04) ○ Tener disponibilidad para ayudar a vestir a la paciente. (NIC 1F-1802,06) ○ Facilitar el peinado de la paciente. (NIC 1F-1802,07) ○ Mantener la intimidad de la paciente mientras se viste. (NIC 1F-1802,09) ○ Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo(NIC 1F-1802,18) 	<p>El psiquismo y el vestido están interrelacionados. El vestido refuerza la confianza en uno mismo y el sentimiento de identidad personal y social. El entorno representa, sin duda, uno de los elementos más determinantes en materia de vestido. (Phaneuf)</p>

EVALUACIÓN:

Estructura:

La paciente cuenta con un amplio guardarropa lo que le ayuda a tener ropa para todo tipo de clima y situación.

Proceso:

La intervenciones llevas a cabo fueron encaminadas más que nada para seguir conservando su autocuidado y arreglo personal.

Resultado:

La paciente sigue conservando su independencia en la necesidad.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: **APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN**


Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1	Acompañamiento	Baja	

Dx. de enfermería: Conductas generadoras de salud de la paciente y el cuidador primario para mejorar el aprendizaje y la comunicación.

Objetivo: La paciente y su madre continuarán con el aprendizaje y la comunicación por medio del fortalecimiento con su mamá para con el sistema Braille siempre.

INTERVENCION No. 1	FUNDAMENTACIÓN
Valorar las necesidades de aprendizaje y comunicación en la paciente y el cuidador primario. Directa Independiente	
♦ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	Aprender es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. Comunicarse es la necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas. (Phaneuf 1999.)

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Facilitar el aprendizaje en la paciente y el cuidador primario. NIC 3S-5520 Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer metas realistas objetivas con la paciente y su cuidador primario. (NIC 3S-5520,02) ○ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos medibles. (NIC 3S-5520,03) ○ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de Lupita y su cuidador primario. (NIC 3S-5520,04) ○ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. (NIC 3S-5520,06) ○ Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje. (NIC 3S-5520,07) ○ Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida de Lupita. 	<p>El ser humano está constantemente en situación de aprender. La experiencia diaria le proporciona una multitud de conocimientos diversos, de los cuales, algunos, más útiles, son almacenados en los circuitos de su memoria, dispuestos para ser recuperados en el momento oportuno. (Phaneuf 1999.)</p>
<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 3 Mejorar la comunicación de la paciente y el cuidador primario: déficit visual NIC 3Q-4978 Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificarse al entrar en el espacio de Lupita. (NIC 3Q-4978,01) ○ Ayudar a Lupita y al cuidador primario a establecer nuevas metas para aprender a <<ver>> con los otros sentidos. (NIC 3Q-4978,04) ○ Proporcionar material de lectura en braille. (NIC 3Q-4978,14) 	<p>La comunicación es esencial para el equilibrio del ser humano. Se trata de un proceso verbal y no verbal que permite entrar en relación con el prójimo e intercambiar sentimientos, opiniones, experiencias e información. Esta importante necesidad del ser humano se manifiesta desde la infancia hasta la vejez. (Phaneuf 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No. 4</p> <p style="text-align: center;">Perfeccionar el sistema de escritura braille en la paciente y su cuidador primario</p> <p style="text-align: center;">Directa Interdependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para leer en Braille, un niño pasa las yemas de los dedos sobre unos grupos de puntitos en relieve que representan las letras del abecedario. ○ Hay diferentes instrumentos que un niño puede usar para escribir en Braille. Éstos son los instrumentos que se usan más comúnmente: una tabla especial y un estilo (punzón). ○ El niño usa la tabla para sostener un papel grueso que él va marcando con el estilo. Para hacer las marcas, él empuja el estilo contra el papel. Así se van creando puntos que sobresalen del otro lado del papel. Él puede voltear la hoja para leer los puntos con los dedos. 	<p>El sistema braille no es un idioma, sino un alfabeto. Con el braille pueden representarse las letras, los signos de puntuación, los números, la grafía científica, los símbolos matemáticos, la música, etc. El braille suele consistir en celdas de seis puntos en relieve, organizados como una matriz de tres filas por dos columnas, que convencionalmente se numeran de arriba a abajo y de izquierda a derecha, tal y como se muestra en la siguiente figura:</p> <div style="text-align: center;">  <p>① ④ ② ⑤ ③ ⑥</p> </div> <p>Disposición de los puntos.</p> <p>La presencia o ausencia de puntos permite la codificación de los símbolos. Mediante estos seis puntos se obtienen 64 combinaciones diferentes. La presencia o ausencia de punto en cada posición determina de qué letra se trata. Puesto que estas 64 combinaciones resultan claramente insuficientes, se utilizan signos diferenciadores especiales que, antepuestos a una combinación de puntos, convierten una letra en mayúscula, bastardilla, número o nota musical. En el braille español, los códigos de las letras minúsculas, la mayoría de los signos de puntuación, algunos caracteres especiales y algunas palabras se codifican directamente con una celda, pero las mayúsculas y números son representados además con otro símbolo como prefijo.</p>

EVALUACIÓN:

Estructura: La paciente y su cuidador primario cuentan con una institución educativa donde se les enseña y perfecciona cada día más el sistema de lecto escritura Braille.

Proceso:

Las intervenciones que se llevaron a cabo fueron en coordinación con profesores capacitados en este sistema de escritura y la paciente y su madre cada vez lo perfeccionan más.

Resultado:

La paciente y su cuidador primario han perfeccionado cada día más el sistema braille por lo que su aprendizaje y su comunicación cada día son más productivos.

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre del niño: D. M. G. Edad: 11 años Reg. de Exp: 747672 Servicio: Hematología Dx. Médico: Deficiencia de proteína C

Valoración focalizada de la necesidad de: ***NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN***

Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
28/11/11	Sin fuente de la dificultad	Nivel 1	Acompañamiento	Baja	

DX. de enfermería: Disposición para mejorar la nutrición.

Objetivo: Lupita continuara con una dieta equilibrada de por vida.

INTERVENCION No. 1 Valorar la necesidad de nutrición e hidratación en Lupita. Directa Independiente	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar e interrogar datos objetivos y subjetivos ○ Observar Habitus externo ○ Realizar exploración física de la necesidad (inspección ,palpación) ○ Corroborar fuentes de la dificultad ○ Corroborar Dx. De enfermería ○ Corroborar nivel y grado de dependencia 	<p>El ser humano está en continuo proceso de absorción de las sustancias nutritivas que sirven para el funcionamiento de su organismo y de eliminación de los residuos producidos. Por lo que es de vital importancia valorarla periódicamente. (Phaneuf 1999)</p>

<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN No.2 Proporcionar asesoramiento nutricional a Lupita y su cuidador primario. NIC 1D-5246 Directa Dependiente</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>◆ Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto con Lupita y su cuidador primario. (NIC 1D-5246,01) ○ Establecer la duración de la relación de asesoramiento. (NIC 1D-5246,02) ○ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de Lupita. (NIC 1D-5246,03) ○ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deben cambiar. (NIC 1D-5246,04) ○ Establecer metas realistas acorto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. (NIC 1D-5246,05) ○ Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar a Lupita a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. (NIC 1D-5246,06) ○ Determinar el conocimiento por parte de Lupita y el cuidador primario de los 4 grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. (NIC 1D-5246,09) ○ Discutir las necesidades nutricionales y la percepción de la paciente de la dieta prescrita. (NIC 1D-5246,10) ○ Comentar los gustos y aversiones alimentarias Lupita. (NIC 1D-5246,11) ○ Ayudar a Lupita registrar lo que come en un periodo de 24 hrs. (NIC 1D-5246,12) 	<p>El asesoramiento nutricional incluye: recopilar e interpretar los datos relevantes del solicitante, revisar los hallazgos en la evaluación, clarificar y sintetizar datos, identificar riesgos dietarios y otros datos relacionados. Se discuten con el participante padre o encargado de infante o niño las prácticas de nutrición, el estilo de vida identificado y las necesidades priorizadas establecidas por el participante. Este asesoramiento se documenta para darle continuidad en el seguimiento. Ofrece al participante la oportunidad de realizar mejoras a su salud, adquiriendo conocimiento, destrezas y confianza para que alcance las metas de salud personal establecidas por el. http://www.salud.gov.pr/Programas/Pwic/Pages/AsesoramientoNutricional.aspx</p>

EVALUACIÓN:

Estructura: En la institución se cuenta con un servicio de nutrición para poder llevar a cabo una orientación nutricional a los pacientes del hospital.

Proceso:

Con la ayuda del personal de nutrición de la institución se logró dar orientación nutricional a la paciente y su familiar para continuar en independencia de la necesidad y reforzar sus conocimientos.

Resultado: La paciente continúa en independencia en la necesidad de nutrición e hidratación

PLAN DE ALTA:

Nombre de la paciente: G.D.M.

Edad: 11 años Sexo: Femenino Fecha de ingreso: 21 de agosto del 2000

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

Nunca mover los objetos de lugar o si lo hace avisarle a Lupita

Proteger las esquinas de los muebles o aparatos para evitar que se lastime si llega a tener contacto con ellas por accidente.

Siempre hablarle para que sepa cuál es la ubicación de cada individuo que se encuentre a su alrededor.

2.- Orientación dietética:

Se proporciona información general acerca del plato del buen comer para que su dieta este equilibrada y continúe en independencia.

CEREALES Y TUBÉRCULOS



Principalmente aportan fibra y energía por medio de hidratos de carbono a nuestra dieta.

CEREALES	RACIÓN	KCAL
Arroz	½ taza	79
Avena	½ taza	49
Bolillo s/migajón	½ pieza	69
Camote	1/3 taza	60
Cereal	½ taza	133
Elote	½ taza	35
Galletas Marías	5 piezas	101
Galleta salada	5 piezas	87
Granola	1/4 taza	81
Papa	1 pza. med.	77
Pasta hervida	½ taza	99
Tortilla de maíz	1 pieza	64
Tortilla de harina	1 pieza	88
Tostada	1 pieza	49
Hot cake	1 pza. chica	86
Pan dulce	½ pieza	132
Palomitas naturales	3 tazas	84
Harina de arroz	¼ taza	115
Fideo	½ taza	78
Crepas	2 piezas	69
Baguete	¼ pieza	96
Nachos	½ taza	126
Totopos	4 piezas	127
Waffle	1 pieza	87

COMER DE 6 A 10 RACIONES AL DÍA

LEGUMINOSAS Y ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL



Aportan principales proteínas. Se recomienda comer pocos productos de origen animal por su alto contenido de grasas saturadas y colesterol.

PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL	RACIÓN	KCAL
Atún en agua	30 gr.	35
Barbacoa	40 gr.	80
Comarones cocidos	30 gr.	33
Carne de res	40 gr.	59
Pescado	30 gr.	52
Pechuga de pollo s/piel	40 gr.	44
Queso cotagge	30 gr.	22
Queso fresco	30 gr.	59
Requesón	5 cditas.	55
Queso amarillo	2 reb.	57
Queso chihuahua	30 gr.	89
Salchicha de pavo	1 pza.	57
Jamón de Pavo	2 reb.	32
Huevo	1 pza.	65
Leche descremada (1%)	1 taza	102
Yogurt s/azúcar	1 taza	147

LEGUMINOSAS	RACIÓN	KCAL
Alubia cocida	½ taza	127
Frijol cocido	½ taza	132
Garbanzo cocido	½ taza	134
Habas secas cocidas	½ taza	128
Lentejas cocidas	½ taza	115
Soya texturizada seca	3 cdas.	141

COMER DE 2 A 4 RACIONES AL DÍA

FRUTAS Y VERDURAS



Estos alimentos aportan vitaminas, minerales, fibra y agua.

VERDURAS	RACIÓN	KCAL
Acelgas cocidas	½ taza	12
Betabel rallado crudo	1/4 taza	21
Brócoli crudo	1 taza	24
Coliflor cocida	½ taza	14
Col	2 tazas	36
Chayote cocido	1 taza	15
Chile poblano	1 pieza	38
Hongos cocidos	1 taza	23
Jicama cruda	½ taza	19
Zanahoria cruda	1 taza	27
Jugo de zanahoria	1/4 taza	24

FRUTAS	RACIÓN	KCAL
Chabacano	4 piezas	61
Durazno	2 piezas	65
Fresa	1 taza	58
Guayaba	3 piezas	63
Mango	½ pieza	40
Manzana	1 pieza	62
Melón	1 taza	42
Papaya	1 taza	55
Naranja	1 pieza	36
Plátano	½ pieza	47
Sandía	1 taza	24
Taranja	½ pieza	37

COMER DE 3 A 5 RACIONES AL DÍA



3.- Medicamentos indicados:

Enoxaparina 20 mg. SC cada 24 hrs.

Citratos 12 ml. VO cada 8 hrs.

4.-Registro de signos y síntomas de alarma: (Que hacer y adonde acudir cuando se presenten):

En caso de presencia de signos de trombosis como son enrojecimiento dolor calor y cambio de coloración en cualquier sitio del cuerpo, ministrar inmediatamente la enoxaparina si no se ha administrado aún y posteriormente esperar máximo 30 minutos, si no desaparece acudir inmediatamente al servicio de urgencias de la institución; en caso de que ya se hubiese administrado acudir inmediatamente al servicio de urgencias.

Como medidas generales en caso de fiebre vómito y diarrea acudir a la institución de salud más cercana al domicilio.

5.- cuidados especiales en el hogar:

Esos se brindaran de acuerdo a las necesidades especiales en Lupita.

6.- Observaciones:

Se le proporciona al cuidador primario un tríptico con información acerca del uso de accesorios para los ciegos o débiles visuales. (Ver anexo 4)

CONCLUSIONES:

La aplicación del Proceso atención de Enfermería con una base teórica, que en este caso en la de las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite que el personal de enfermería otorgue una atención personalizada a cada paciente.

Con las estrategias tomadas se logró que nuestra paciente llegara a la independencia según la gráfica del continuum independencia dependencia propuesta por Phaneuf.

Es indispensable que el cuidador primario se comprometa para lograr en conjunto que la paciente logre una independencia total.

SUGERENCIAS:

Es fundamental que los profesionales de enfermería demos a conocer los estudios de caso que se realizan durante el proceso de especialización; puesto que son trabajos que contienen información muy importante y relevante para la continuidad de nuestra profesionalización.

De igual manera promover la difusión y aplicación de los modelos de enfermería para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería para así poder otorgar un cuidado íntegro e individualizado a cada uno de los pacientes en todas las instituciones de salud.

Capacitar al personal que ya labora en las instituciones con el fin de homologar la atención de enfermería que se brinda en cada una de las instituciones de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Iyer, P. W., Taptich, B. J. y Bernocchi-Losey, D. (1997). Proceso y diagnóstico de enfermería (3ª. ed.). D.F. México: McGraw-Hill Interamericana.
2. Alfaro, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero (5ª ed.) Barcelona. España: Elsevier.
3. Potter, P. y Perry, A. (s/a). Fundamentos de enfermería (5ª ed.) Barcelona. España: Harcourt/Océano
4. García, G. JJ (2010) El mensaje epidemiológico del habitus exterior del paciente. Revista de la Facultad de medicina. 53, (6): 11
5. Engel, J., (1994), Guía clínica de enfermería exploración pediátrica. (Trad. Doirki, Servicios Integrales de Edición). (pp. 29). España: Mosby.
6. Henry. M Sede, Manual de exploración física (5ª. ed.). España: Mosby.
7. Griffith, J. y Christensen, P. (1993). Proceso de atención de enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos. D.F. México: Manual Moderno.
8. NANDA Internacional. (2009-2011) Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. Elsevier. Barcelona España.
9. Kozier, GB. y Blaiks, K, JM. (1999) Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica: Interamericana.
10. Bulecher, G., Butcher, H. y Mc Closkey H. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier, España.
11. Moorhead, S. (2009) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier. Barcelona España.
12. Marrier, A. y Raile, A. (1999). Modelos y teorías en enfermería (4ª ed.). México: Harcourt.
13. Phaneuf, M. (1999). La planificación e los cuidados enfermeros. (1ª. ed.)). D.F. México: Interamericana- McGraw- Hill.
14. Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería. El proceso atención de enfermería. (1ª. ed.) Madrid, España: Interamericana- McGraw- Hill.
15. Phaneuf, M., Riopelle, L., Grondin, L. (1993). Enfermería Un proceso centrado en las necesidades de la persona. (1ra. ed.) Madrid, España: Interamericana- McGraw- Hill.
16. Comisión interinstitucional de enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México, DF: Secretaria de salud.
17. Andrew M, Brooker LA. Trastornos de la coagulación en los recién nacidos. En tratado de neonatología de Avery. Taeusch HW, Ballard RA. Harcourt S.A. USA. 2000, PP 1045–1079.
18. Aversa L. Trombosis en Pediatría: su relación con el síndrome antifosfolípídico. Arch.argent. pediatr 2001; 99(4):293-295.

19. Niemann, S y Jacob, N. Ayudar a los niños ciegos. Apoyo familiar y comunitario para niños con problemas de la vista. California EE.UU: La fundación Hesperian; 2002.
20. Conferencia de consenso .Ortiz P, Mingo A, Lozano M, Vesga MA, Grifols JR, Castrillo A, Algora M, Romón I, Cárdenas JM Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos. por la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea .Madrid. España: Med Clin; 2005;(10):389-96.
21. Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F.(2005) "Concepciones de Nightingale a Parse" (Trad.Por Mercé Arqué Blanco) Capitulo 2, en: **El Pensamiento Enfermero**. Edit. Masson. Barcelona, España. Pp. 23-58
22. Fernández Ferrín, C.; Novel Martí, G. (1993) "el modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. Pp.1-10
23. www.vademecum.es/
24. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
25. <http://cuidadoinfantil.net/tecnica-correcta-del-cepillado-de-dientes.html>
26. <http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion>
27. <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1945>
28. <http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/esparcimiento.html>
29. www.nutrinform.com/pagina/info/vitc0.html
30. <http://es.wikiversity.org/wiki/Autocuidado>.
31. <http://www.salud.gov.pr/Programas/Pwic/Pages/AsesoramientoNutricional.asp>

x

ANEXOS

ANEXO 1



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

Reporte Diario (seguimiento)

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____

Nombre del niño _____ Edad: _____ Reg. de Exp. _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ F.C: _____ F.R: _____ TA: _____ Temp: _____

Otros:

A) Observación General

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda):

Tipo de relación:

Acompañamiento:

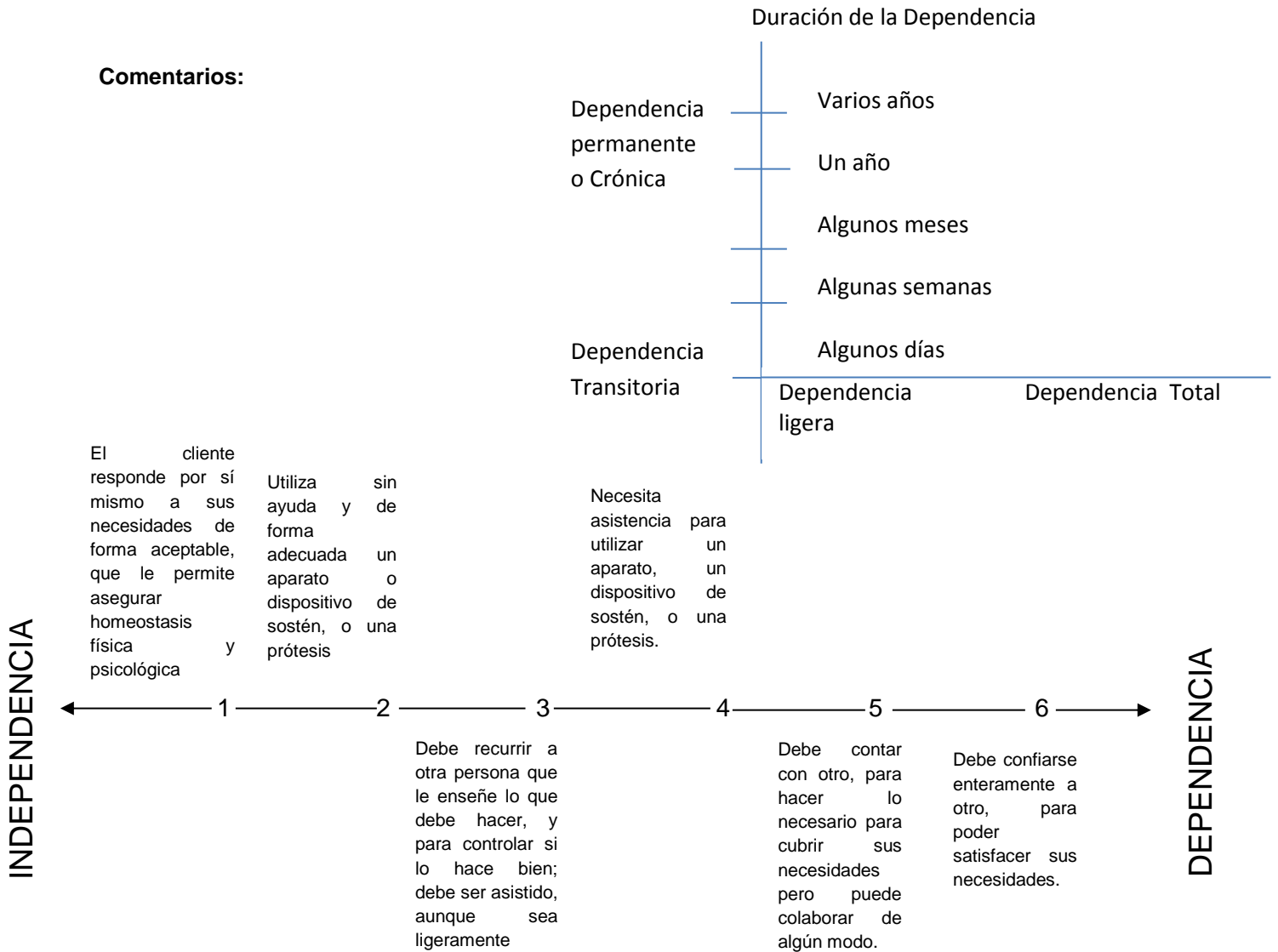
Suplencia:

Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de enfermería

Comentarios:



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de enfermería. Madrid España McGraw-Hill Interamericana.

Elaboró: Mtra. Magdalena Franco Orozco

ANEXO 2

Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia División De Estudios De Posgrado Plan Único De Especialización De Enfermería

Instrumento de valoración

Clínica en niño de 6 a 12 años

Especialización en Enfermería Infantil



Elaboró:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001



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

Instructivo para el Alumno:

Para el alumno:

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados, que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V), y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención y (VIII) el plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de Atención de Enfermería I, se hará énfasis en la valoración y el diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las de la planeación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.



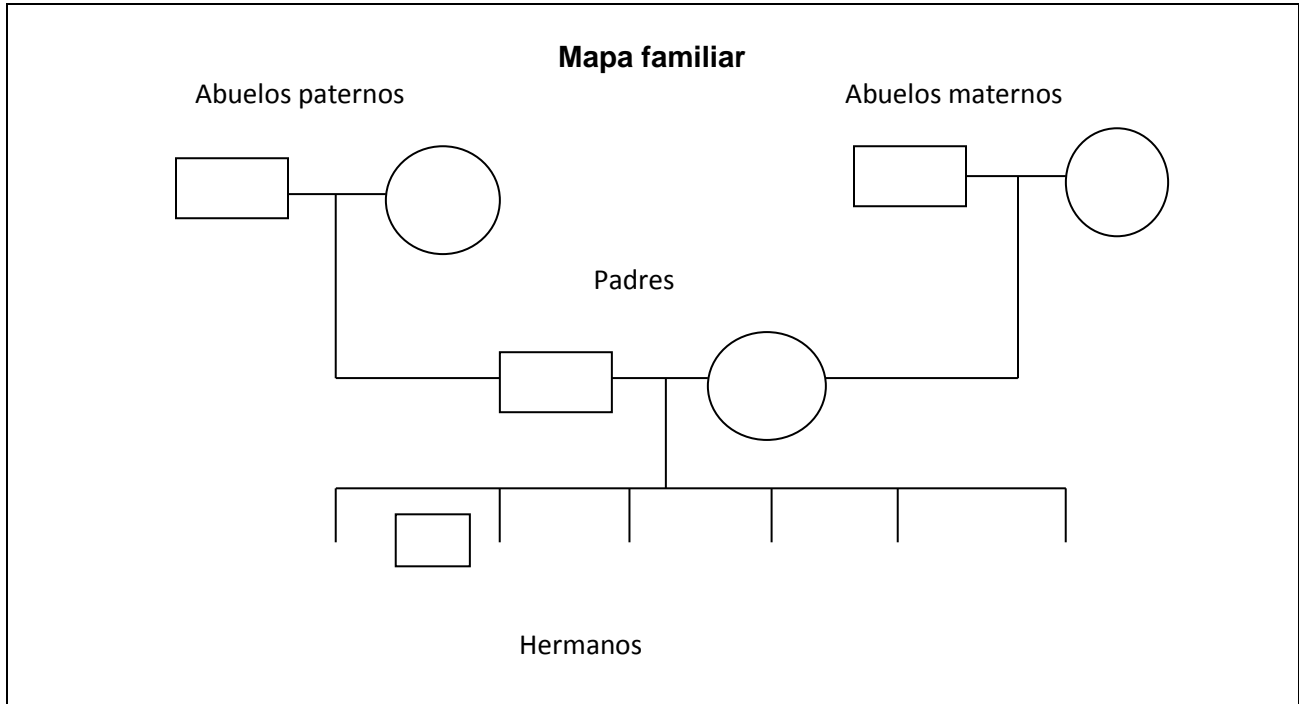
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL ESCOLAR

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio: _____

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



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectivas	Enfermedades

Símbolos

□ Hombre	○ Mujer	⊙ Paciente problema
◻ Fallecimiento	⇄ Relaciones fuertes	
≡ Relaciones débiles	⚡ Relaciones con estrés	

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar:

IV A N T E C E D E N T E S	<p>Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____ Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? <u>No</u> ¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico: Sí: ___ No: ___ Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____ Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p>												
1	<p>Alimentación</p>												
	<p>Peso: ___ Talla: ___ Perímetro abdominal: ___ Torácico: ___ Del brazo: _____ El niño fue alimentado con: Leche materna: ___ Biberón: ___ Vaso: _____ ¿Considera usted que el niño tiene poco: ___ buen o mucho: ___ apetito? ¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">En el desayuno</td> <td style="width: 33%;">En la comida</td> <td style="width: 33%;">En la merienda</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Los alimentos y bebidas que les disgustan son: _____ Tiene dieta especial: _____ Tiene alergias alimentarias: _____ Con quién acostumbra comer: _____ Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____ Tiene problemas en mucosa oral: _____ Cuál es el estado y cantidad de las piezas dentarias: _____</p>	En el desayuno	En la comida	En la merienda	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
En el desayuno	En la comida	En la merienda											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											

2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Orina: Clara:___ Con sangre:___ Turbia:___ Cantidad: ___ Cuántas veces orina al día: _____</p> <p>Presenta molestias para orinar: __ Cuáles: _____</p> <p>Se orina en la cama por la noche: __</p> <p>Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____</p> <p>Consistencia de las heces: Formadas: ___ Pastosa: __ Blanda:___ Líquida:_____</p> <p>Semilíquida: __ Espumosa: _____ Con sangre:___ Con parásitos___ Grumosa: __</p> <p>Color: Amarilla: __ Verde:_____ Café: ___ Negra: _____ Blanca:_____</p> <p>Olor: Ácida: ___ Fétida:___ Otros:___ Moco: _____ Sangre: ___ Restos alimenticios: ___</p> <p>Dolor al evacuar: ___ Hábitos para evacuar: _____</p>															
3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____</p> <p>Regular: ___ Irregular: __ Respiración: ___ Regular: __ Irregular: __ Aleteo nasal: __</p> <p>Retracción xifoidea: ___ Disociación torácico-abdominal: ___</p> <p>Ruidos respiratorios: <u>Murmullo vesicular</u> Lado izquierdo: ___ Lado derecho: _____</p> <p>Ventilación: ___ Respiración asistida: _____ Controlada: _____</p> <p>Secreciones bronquiales</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Consistencia</th> <th style="width: 10%;">Color</th> <th style="width: 5%;">Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo traqueal/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Por cavidad Oral/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p> <p>Tiene dificultad para respirar: _____ Cuando camina: ___ Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____</p> <p>Petequias: ___ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo traqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____	Por cavidad Oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Por tubo traqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____												
Por cavidad Oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____												

	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> <p>Horas de sueño: ____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguetes: _____</p> <p>A qué hora se duerme: ____ A qué hora se levanta: ____ Cuántas horas duerme con luz: _____ Con música: ____ Otras costumbres: _____</p> <p>Con quién duerme: _____ Tiene cuarto separado: _____</p> <p>4 Despierta de noche: ____ Es sonámbulo: Sí ____ No: ____ Tiene pesadillas: _____</p> <p>Duerme siesta: ____</p> <p>Valoración neurológica: Actividades motora, Activo: __ Letárgico: __ Tranquilo: __</p> <p>Dormido: __ Respuesta a estímulos: Dolorosos: __ Calor: __ Frío: __</p> <p>Reflejos: _____</p> <p>Respuesta pupilar: _____</p>
	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa del niño: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____</p> <p>5 Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____</p> <p>¿Cómo quién te gustaría vestir?: <u>Como Hannah Montana</u></p> <p>¿Tiene suficiente ropa en el hospital?: ____ ¿Te vistes sola?: Sí: ____ No: ____</p> <p>Con ayuda: ____</p>
	<p style="text-align: center;">Temperatura</p> <p>Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:</p> <p>6 Templada: __ Fría: ____ Caliente: ____ ¿Su niño es friolento?: ____ Está acostumbrado a que le tomen la temperatura: Sí: ____ No: ____ Si la respuesta es sí, ¿Cómo se la toman?: _____</p>

7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijo la mirada: ____ Siguió los objetos con los ojos: ____</p> <p>Se sentó con ayuda: ____ Se sentó solo: ____ Se paró: ____ Caminó: ____</p> <p>Saltó: ____ Subió escaleras: ____ Camina con ayuda de algún aparato ortopédico: ____</p> <p>Qué postura adopta al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormirse: _____ Al pararse: _____</p> <p>Cuando está enfermo adopta una postura especial: ____ ¿Cuál?: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____</p> <p>Cuántos hermanos son: ____ Hermanas: ____ Hay otras personas que viven en casa: ____</p> <p>El niño vive con sus padres: ____ Papá: __ Mamá: __ Hermano: __ Pariente: ____</p> <p>El niño usa anteojos: __ Aparato auditivo: __ Algún otro aparato: _____</p> <p>Describe el carácter de su hijo: _____</p> <p>¿Con quién acude el niño cuando le falta algo?: _____</p> <p>¿Con quién hace la tarea?: _____</p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: _____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>A qué hora acostumbra el baño: _____ Se baña solo: _____ Con ayuda: _____</p> <p>Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____</p> <p>Tiene prótesis dental: ____ Cuando fue la última visita al dentista: _____</p> <p>Se peina solo (a): _____ Con ayuda: ____</p>

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencias tiene el niño con los juguetes?: _____</p> <p>Los objetos: _____</p> <p>Con mascotas: _____</p> <p>Las personas: _____</p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño:</p> <p>_____</p>
11	<p style="text-align: center;">Creencia y religión</p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia?: _____ Cómo participa el niño en esa práctica: _____</p> <p>para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: _____</p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____</p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste?: _____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo:</p> <p>_____</p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí: ____ No: __ Si la respuesta es sí ¿Cómo?: _____</p> <p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____</p> <p>Enfermedad crónica de algún familiar: _____</p>

	<p>Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: ___ Escuela: ___ Con vecinos y amigos de la familia: Sí: ___ No: ___</p> <p>Toma medicamento en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left; width: 20%;">Dosis</th> <th style="text-align: left; width: 20%;">Vía</th> <th style="text-align: left; width: 20%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño?: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>¿Su hijo está acostumbrado a ir a la escuela?: Sí: ___ No: ___</p> <p>Le gusta estar en casa: Sí: ___ No: ___ En la escuela: Sí: ___ No: ___</p> <p>Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____ El niño estuvo hospitalizado antes: Sí: ___ No: ___ A qué edad: _____</p> <p>¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización?: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué dice el niño sobre la hospitalización?: _____</p> <p>¿Qué costumbres nuevas tiene su niño?: _____</p> <p>De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería:</p> <p>Enfermedad: _____</p> <p>Tratamiento del niño: ___ Procedimientos: _____</p> <p>Convalecencia: _____</p> <p>Otros: _____</p>												

Realización

¿Qué espera usted de su hijo?: _____

¿Qué esperas de tus padres?: _____

¿A quién de la familia su hijo imita?: _____

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud:

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Sí: ___ No: ___

¿Cuál o cuáles?: _____

Otros datos:

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital: _____

Opiniones:

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

14

Análisis

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

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual)

Elaboró Mtra. Magdalena Franco Orozco

Necesidad	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Ingreso: _____

Fecha de Egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Registro de signos y síntomas de alarma:
(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.)

6. Fecha de su próxima cita: _____

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Magdalena E. Mejía, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Guadalupe Domínguez participe en el estudio de caso Adolescente femenina con dependencia en la necesidad de seguridad y protección por deficiencia de Proteína "D", cuyo Objetivo principal es: Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con la propuesta filozofica de Virginia Henderson y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Interrogatorios, exploración física y valoración focalizada así como toma de algunas fotografías. y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Lic. Enq. Yecenia Alejandra Gaura V.

Firma

Nombre del padre o Tutor: Magdalena Elizabeth Mejía Lopez

Firma

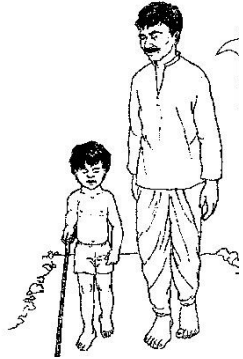
Testigos

Nombre: Carmen Salinas Uribe
Firma: [Firma]
Domicilio: México D.F.

Nombre: Susana Nava
Firma: Nava Susana
Domicilio: México D.F.

México, D.F. a 7 de Noviembre del 2011

Al principio, pídale a su niño que toque el suelo frente a él suavemente con el bastón mientras camina. No deje que él se canse. Al comienzo, basta con 5 o 10 minutos.

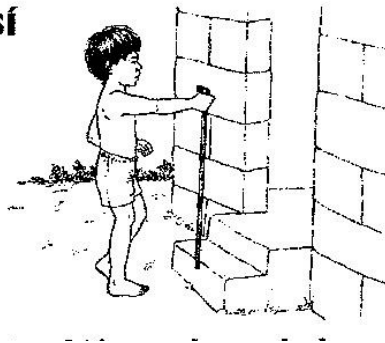


A medida que se acostumbre a usar el bastón, enséñele a moverlo suavemente sobre el suelo, de lado a lado. El movimiento del bastón debe de ser un poco más amplio que el ancho de los hombros del niño.



El bastón también puede ayudarle a su niño cuando necesite subir y bajar las escaleras y las banquetas.

SÍ



Él no debe sostener el bastón así. El bastón podría chocar de repente con un escalón y golpear al niño en la barriga.

NO



En caso de emergencia acudir al Hospital Infantil de México Federico Gómez al servicio de urgencias tel. 52289917

Elaboró: Lic. Enf. Yazmín Alejandra Gaona Vázquez

ANEXO 4



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

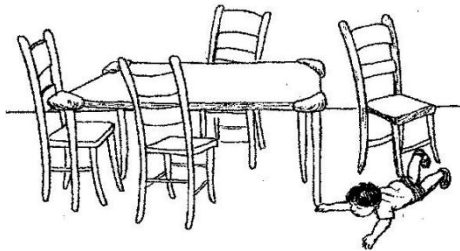
"CUIDADOS DE LA NIÑA EN EL HOGAR"



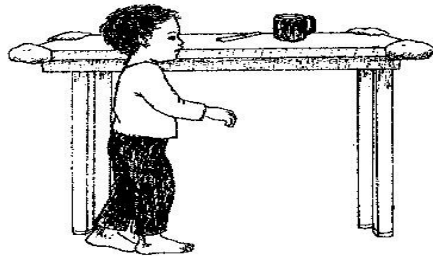
Hay muchas medidas que usted puede tomar para hacer que su casa sea más segura y para enseñarle a su niño a evitar diferentes peligros.

CUIDADOS EN EL HOGAR

A medida que un niño empieza a moverse para aquí y para allá, él también aprende a evitar cosas que podrían lastimarlo.



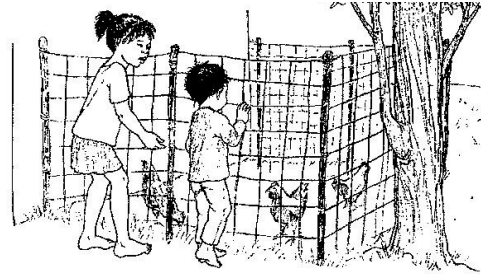
Cubra las esquinas filosas de los muebles, los estantes y los objetos. Recuerde que no todas las esquinas y orillas peligrosas están al nivel del suelo.



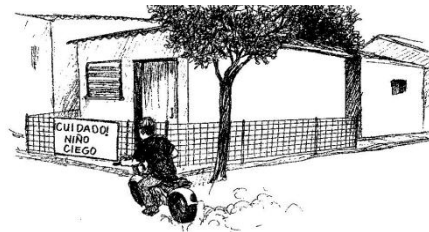
Trate de mantener los muebles y las cosas en el mismo lugar, tanto dentro como fuera de su casa. Avísele a su niño si mueve algo.

Ponga cercas y rejas que uno puede tocar sin lastimarse.

Asegúrese de que sean bastante altas para que su niño no pueda tropezarse con ellas. Muéstrelle dónde están las cercas y las rejas, y dígale para qué son

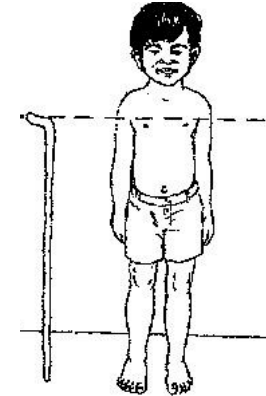


Si vive en una calle transitada, ponga una barrera entre su casa y la calle, hasta que su niño aprenda a no acercarse al tráfico. Un letrero también puede recordarle a la gente que debe manejar despacio.



EL MOVIMIENTO: USO DEL BASTÓN

Un niño puede empezar a aprender a usar un bastón en cuanto parezca estar listo generalmente a los 3 o 4 años de edad. Un bastón ayuda a su niño a sentirse más confiado cuando camine en lugares que no conozca. Con la práctica, el bastón también puede ayudarle a caminar más rápido, con pasos más largos y seguros. Eso es porque él podrá sentir más allá con el bastón que con las manos o con los pies



El bastón debe ser delgado y liviano, pero fuerte para que no se rompa fácilmente. El mango del bastón puede ser curvo o recto.

El bastón debe llegarle a su niño casi a la altura de los hombros.