



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO
CUIDADOS ESPECIALIZADOS A UNA LACTANTE MENOR CON
DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y
OXIGENACIÓN POR ONFALOCELE

PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA INFANTIL

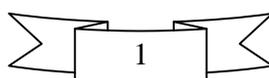
PRESENTA

LIC.ENF: VICTOR ROJAS YAÑEZ

ASESOR

E.E.I: MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

MÉXICO D.F. 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	pág
Agradecimiento.....	3
Dedicatoria.....	4
Introducción.....	5
Objetivos generales y específicos.....	6
I.-Marco teórico	
1.1.-Estudios relacionados.....	7
1.2.-Proceso de atención de enfermería.....	22
1.3.-Propuesta teórica de Virginia Henderson.....	47
1.4.-Aspectos éticos de enfermería.....	64
1.5.-Factor de dependencia.....	69
II.-Metodología	
2.1.-Descripción del caso.....	79
2.2.-Métodos e instrumentos.....	85
2.3.-Proceso de construcción de diagnósticos.....	86
2.4.-Proceso de planificación.....	95
III.- Resultados	190
IV.-Conclusiones.....	193
V.-Sugerencias.....	194
VI.-Referencias bibliográficas.....	195
VI.-Anexos.....	197
7.1.-Historia clínica.....	198
7.2.-Hoja de reporte diario.....	213
7.3.-Consentimiento informado.....	215

AGRADECIMIENTO

A mis hijos, esposa y maestros.

En la vida se nos dan pocas oportunidades para salir adelante, y contar con unos seres que nos induzcan y enseñen que no debemos darnos por vencidos para lograr nuestras metas e ideales. Dios, me ha dado la suerte y la fortuna de compartir mis fracasos, triunfos, tristezas y alegrías. Infinitamente les agradezco todo el apoyo que me han brindado para subir este escalafón con todo mi amor gracias.

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi esposa e hijos.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis maestros.

por su gran apoyo, motivación para la culminación de mi estudio de caso por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino, que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de mi estudio de caso.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería juega un papel importante en el cuidado y tratamiento de los pacientes pediátricos, ayuda a desarrollar las potencialidades del paciente sano o enfermo, detecta aspectos fundamentales en la vida de la comunidad, familia e individuo para promover la salud, prevenir la aparición de enfermedades o bien atenuar las complicaciones colaborando de forma significativa como profesional capaz de otorgar cuidados especializados con una visión más humanística.

El presente estudio de caso titulado cuidados especializados a una lactante menor con dependencia en la necesidad de nutrición y oxigenación, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Este estudio de caso se realizó durante la especialización en enfermería infantil con sede en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Se seleccionó una paciente lactante menor con dependencia en la necesidad de oxigenación y nutrición, se plantearon objetivos generales y específicos la metodología incluye la descripción del caso, métodos e instrumentos, proceso de construcción de diagnósticos de enfermería, proceso de planeación, los resultados se desarrollaron de acuerdo a los objetivos predeterminados con resultados y conclusiones del estudio de caso, las referencias bibliográficas nos dan la pauta para profundizar sobre el tema y los anexos como la hoja de reporte diario, consentimiento informado, son documentos de gran importancia que enriquecen la información de dicho caso clínico.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente lactante menor con onfalocele sustentado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, estableciendo un cuidado individualizado, integral, sistemático y humanístico que permita satisfacer sus necesidades y otorgar cuidados de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar la valoración focalizada de las necesidades básicas de la lactante menor e identificar el grado y duración de dependencia para poder llegar a la independencia.

Elaborar diagnósticos de Enfermería derivados de los problemas reales y/o potenciales que nos permitan realizar intervenciones oportunas en las necesidades afectadas.

Elaborar estrategias mediante un plan de intervenciones que nos facilite resolver los problemas detectados.

Involucrar a la familia en el cuidado y prevención de factores de riesgo sobre las posibles complicaciones de su enfermedad.

I MARCO TEÓRICO

I.I ESTUDIOS RELACIONADOS

Para el abordaje del tema que permitiera tener una mejor visión fue necesario revisar algunos artículos relacionados con la propuesta filosófica de Virginia Henderson en pacientes que requieren Cuidados Especializados de Enfermería Pediátrica, con la finalidad de contar con evidencias científicas que sustenten la elaboración del siguiente caso clínico, para esto se revisaron 10 artículos relacionados con casos clínicos en pacientes pediátricos, así como intervención de Enfermería basadas en el Proceso de Atención de Enfermería.

Los estudios descritos a continuación, fueron ordenados cronológicamente conforme a la fecha de publicación de cada caso.

El primer caso publicado en la revista “Enfermería Clínica” cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino, el objetivo de este estudio fue a través del modelo de Virginia Henderson y la valoración de las 14 necesidades básicas para obtener un conocimiento del estado de salud/enfermedad del recién nacido y la valoración sistemática, continúa que permitan detectar problemas y planificar los cuidados de forma individualizada.

Este caso se realizó en el Hospital de tercer nivel, en la unidad de Neonatología del Hospital Santa Joan de Deu Barcelona en una recién nacida pretérmino de 29 semanas de gestación con diagnóstico de bronconeumonía, soplo sistólico y un peso de 1.65 kg.

Durante los primeros días de vida fue sometido a ventilación mecánica y antibioterapia. La radiografía de tórax mostró infiltración nodular bronconeumónica, presentó hipoglucemias persistentes y sintomáticas con convulsiones.

Se confirmó hiperinsulinismo. Durante su ingreso también presento encefalopatía secundaria a las hipoglucemias, también se le realizó ecocardiografía que evidenciaba miocardiopatía hipertrófica. Se realizó pancreatectomía subtotal a los seis meses.

Las necesidades más afectadas son la de respirar, comer y beber adecuadamente, eliminar, moverse y mantener la postura adecuada, dormir y descansar.

La asistencia fue de sustitución ya que todo recién nacido precisa siempre de cuidadores para cubrir sus necesidades de forma integral, los diagnósticos que se detectaron fueron los siguientes:

Déficit para moverse y mantener una buena postura, mantener al recién nacido en diferentes posturas para facilitar la respiración.

Déficit para dormir y descansar, se protegió la incubadora con una sábana para impedir que pasara la luz, se disminuyeron los ruidos externos y se eliminaron las fuentes de estrés.

Las Enfermeras cubrieron sus necesidades del recién nacido pretérmino, la educación sanitaria se llevo a cabo con los padres, fueron integrando su conocimiento en forma progresiva para poder brindarles los cuidados necesarios en casa.¹

El segundo caso fue publicado en la revista de enfermería IMSS, cuidados básicos de enfermería de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez. En un adolescente masculino de 13 años de edad, se realiza la recolección de datos a través de un instrumento.

El objetivo del siguiente estudio fue implementar un plan de intervención de enfermería de calidad y calidez humana en la atención de un paciente con la necesidad de moverse y mantener una buena postura de acuerdo con el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

¹ Guallart I. M.M Y Roca C. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. Enfermería Clínica Vol. 8 Núm.2 1998 Pág. 44-49.

Refiere el padre que desde el inicio de la marcha el niño presento inestabilidad, motivo por el cual desde los 2 hasta los 5 años uso un tratamiento ortopédico en ambos pies con lo que logro la estabilidad aparentemente normal en la marcha, a los 8 años de edad refiere dolor articular en rodilla y pies, tratado de forma intermitente, por lo que a la edad de 13 años presento imposibilidad para la marcha con dolor en la cadera derecha, actitud forzada por la limitación del movimiento de cadera, sin poder apoyar la misma, motivo por el cual fue su hospitalización a la institución de tercer nivel.

Peso 81.5 Kg, talla 1.72 m, signos vitales estables. Se realiza tracción cutánea de 6 kg en ambos miembros inferiores y con alineamiento de rotación interna de cadera derecha de 2 kg.

Una de las necesidades más afectadas fue la de moverse y mantener una buena postura, seguidas de necesidad de higiene, vestirse y desvestirse, comunicación, evitar peligros, comer y beber, eliminación, dormir y descansar, aprendizaje, recreación y ocuparse para autorealizarse.

Se detectaron los factores de dependencia e independencia así como las fuentes de la dificultad estableciéndose las estrategias correspondientes a un plan de intervención.

Los diagnósticos que se elaboraron fueron los siguientes: Deterioro de la movilidad física relacionada con restricción impuesta (tracción cutánea) de miembros inferiores manifestada por limitación de la habilidad motora.

Alteración de la integridad de la piel a nivel maleolar relacionada con roce de elementos de fijación cutánea manifestada por cambios de coloración de la piel (azulada) en la parte superior del talón de Aquiles derecho e izquierdo y excoriación en los mismos.²

Como conclusión el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de enfermería es aplicado en cualquier etapa de la vida ayudando de forma satisfactoria a cumplir los objetivos para mejorar la independencia de manera adecuada.

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

El tercer caso fue publicado en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica sobre la valoración de Enfermería al paciente posoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson.

Este refiere la teoría de Virginia Henderson y enfoca las acciones individualizando los cuidados en el paciente partiendo del concepto que el individuo tiene: catorce necesidades básicas, las cuales deben tener satisfacción para estar sano, de ahí la importancia de establecer esquemas de valoración sistematizada, con este enfoque teórico, que permita al profesional de enfermería realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado del paciente sometido a cirugía cardiovascular.

El individuo sometido a cirugía cardiovascular se puede ubicar en diversas dimensiones desde la perspectiva del modelo teórico de Virginia Henderson.

Esto dependerá de la etapa que se encuentre durante el periodo postoperatorio y de su respuesta ante el acto quirúrgico, a través de la valoración del paciente, el profesional de enfermería determina esta dimensión y evalúa la estabilidad o la insatisfacción de las necesidades básicas planteadas, realizar un análisis de la situación y elaborar diagnósticos de Enfermería certeros y al mismo tiempo determinar las fuentes de la dificultad para planear las intervenciones con el objetivo de recuperar la independencia lo más rápidamente posible.

El objetivo planteado en la atención de enfermería es recuperar la independencia del paciente y satisfacer sus catorce necesidades fundamentales. Las necesidades que se ven afectadas dependerán en gran medida de la etapa posoperatoria que cursa el individuo, variando de una a otra e interactuando con las fuentes de la dificultad que mas predominen en él. El rol de la Enfermera se modifica según la etapa de valoración del paciente y permite determinar el tipo de intervenciones a realizar con un previo análisis de la fuente de la dificultad detectada, estas intervenciones pueden ser independientes, dependientes e interdependientes.

Como conclusión el modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería y los objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales que permite determinar la prioridad de atención la necesidad afectada y a definir las fuentes de la dificultad en la dependencia del paciente para promover que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia del paciente, ejecutando las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades y permitan establecer un vínculo entre la atención de Enfermería y la calidad de los cuidados brindados.³

El presente caso se realizó del 11 al 14 de diciembre de 2001 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a un niño preescolar internado en el servicio de infectología.

El objetivo primordial de este estudio de caso fue, realizar un plan de cuidados través de las necesidades de Virginia Henderson aplicados al cuidado de un preescolar con VIH.

El caso estudiado nació el 9 de mayo de 1997, es HIV positivo, procede de una institución que atiende a niño huérfanos con este problema de salud. Como antecedentes familiares de importancia, la madre muere por SIDA en diciembre de 1999, una hermana de 8 años de edad es portadora (HIV Positivo) y tiene un hermano aparentemente sano del que se desconoce su edad, no tienen datos de las relaciones familiares entre los niños y sus padres antes de que la madre falleciera o si ha existido contacto entre los hermanos después de este hecho.

Aparentemente fue producto de un embarazo normoevolutivo, obtenido por parto eutócico, se desconoce alergias y esquema de vacunación, acude al hospital por presentar otitis recurrente que no responde a tratamiento con antibióticos.

³ Ortega V.C. Valoración de Enfermería al paciente posoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001:9(1-4)18-23.

Se realizó la valoración focalizada de las necesidades de Virginia Henderson detectándose la necesidad de oxigenación, beber y comer, eliminación, descansar necesidad de vestirse y desvestirse, termorregulación, necesidad de higiene y protección.

A la exploración física del preescolar masculino, edad aparentemente menor a la cronológica, activo, sonriente, hiperactivo, presenta palidez de la piel, sin malformaciones aparentemente, el cráneo se palpa sin exóstosis ni hundimientos, el oído con secreción escasa, semilíquida y exudado blanquecino discreto, la membrana timpánica con pérdida de la continuidad, encías ligeramente inflamadas con hipertrofia amigdalino grado 1, con movimiento de amplexión y aplexación simétricos, se palpa frémito vocal.

A la percusión se escucha claro pulmonar, y a la auscultación murmullo vesicular con ruidos cardiacos normales, abdomen blando, sin megalias con resistencia muscular a la palpación, a la percusión, sonido mate en cuadrante superior derecho e inferior izquierdo, ruidos peristálticos presentes.

Se observa eritema vesicular y prurito en área perineal, disminución del tono muscular en miembros inferiores, no mantiene equilibrio sostenido sobre un pie, puede caminar de talones y puntas pero no en línea recta de lo que se puede decir que tiene un retraso en el desarrollo psicomotor.

De acuerdo con la escala de Denver se encontró que existe en el ámbito personal-social, motriz fino adaptativo, lenguaje y motriz grueso un retraso en el desarrollo con el nivel de un niño de tres años de edad, en tanto su edad cronológica es de 4 años y medio.

Los diagnósticos que se detectaron son los siguientes: Alto riesgo de infección a cualquier nivel relacionado con disminución de la inmunidad celular (infección por VIH).

Alteración de la integridad de la piel perineal relacionada con falta de higiene manifestada por eritema, vesículas y prurito en área genital y perineal.⁴

⁴ Franco O.M. Y Benítez T. M.A. Procesos del cuidador a un preescolar con HIV. Enfermería Universitaria 2001 Pagina 13-23

Franco y Espinoza refieren en su artículo cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía.

El objetivo principal de este estudio de caso es tener las bases teóricas que expliquen la naturaleza, metas y esencia de las intervenciones de enfermería, modelos y teorías como método de trabajo que guíe la práctica de las enfermeras con el fin de mejorar el cuidado de los pacientes a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson. En el cuidado de un lactante mayor con neumonía, para lograr su independencia lo más pronto posible.

El caso trata de un lactante de un año cuatro meses, sexo masculino, que ingreso a un hospital de tercer nivel por fiebre 38.5 grados, dificultad respiratoria (polipnea, quejido, y tiros intercostales), tos no productiva.

Durante la consulta presento deterioro de la función respiratoria, con quejidos y disociación toracoabdominal. Silverman-Anderson de 6 por lo que fue proporcionado apoyo ventilatorio. La radiografía de tórax mostró borramiento de hemitórax izquierdo y desplazamiento de la silueta cardiaca, se le practico toracocentesis obteniéndose secreción amarilla y espesa, se coloca sello de agua drenando 300 ml de material liquido amarillo, purulento, no fétido el diagnóstico médico fue neumonía con derrame y empiema pleural, se inicia tratamiento con esquema antimicrobiano.

El interrogatorio a la familia se obtuvieron los siguientes datos, el niño es único, hijo de madre de 25 años, ama de casa y padre de 30 años, electricista. Originarios del distrito federal, de nivel socioeconómico bajo, habitan en casa de los abuelos paternos, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. El periodo neonatal del niño fue sin complicaciones, el crecimiento y desarrollo del primer año de vida normal.

Los datos de dependencia e independencia más relevantes detectados a su ingreso hospitalario junto con las valoraciones focalizadas, las más afectadas fueron, la necesidad de dependencia, oxigenación, beber y comer, eliminación, mover y mantener la postura adecuada, dormir y descansar, vestirse desvestirse, termorregulación, higiene y protección, evitar peligro, comunicación, vivir de acuerdo con sus creencias y valores, recreación, aprendizaje.

Una vez realizada la valoración de cada necesidad se procedió al análisis de datos para determinar los problemas independientes e interdependientes, detectar las fuentes de dificultad y el grado de dependencia en cada necesidad para continuar con el plan de atención de enfermería (diagnóstico, intervención y evaluación).

Se elaboraron los siguientes diagnósticos. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con acumulo y aumento de las secreciones traqueobronquiales manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormal.

Las intervenciones que se proporcionaron fueron, humidificación mediante mascarilla dos veces por turno, fisioterapia pulmonar, cambios de posición y aspiración de secreciones en caso necesario, en cuanto a la evaluación paulatinamente el niño mejoro su estado respiratorio hasta un grado de independencia. Los autores concluyen que el proceso de atención de Enfermería, para brindar cuidados se requiere de conocimientos y habilidades así como análisis de datos de los cuales surjan los cuidados de enfermería, las necesidades de Virginia Henderson es conveniente aplicar al área de Enfermería Infantil.⁵

El siguiente caso fue publicado en la revista de Enfermería Clínica 2003 en Barcelona España sobre la atención de Enfermería a un niño con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Se realizó un plan de cuidados de Enfermería de forma que el paciente y la madre puedan conseguir la autonomía y la independencia en los cuidados, valorando las necesidades según el modelo de Virginia Henderson.

EL 2 de noviembre de 1999 en un hospital de tercer nivel en Barcelona España, se realizó el siguiente caso, se trata de una niña de 5 años de edad que ingreso para estudios y tratamiento. Tras diversas pruebas complementarias, se diagnóstico un quiste de colédoco tipo I complicado con colecistitis, ocho días después fue intervenida, ingresando en la unidad de cuidados intensivos

⁵ Espinosa M.V, y franco O.M. Cuidados de Enfermería a las necesidades Básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería Vol.11 Núm. 1 Enero-febrero 2003 Pág. 24-29

para control postoperatorios con dos vías centrales y dos periféricos, sonda vesical, sonda nasogástrica, y dos drenajes quirúrgicos tipo Redón, en una herida quirúrgica supraumbilical horizontal de 25 cm, el tratamiento incluyó nutrición parenteral, analgesia, sedación y antibióticos. El 14 de noviembre se intensificó el dolor abdominal, presentando fiebre, náuseas, vómitos y distensión abdominal, y se observaron signos de pancreatitis y una ascitis importante que requirió una reintervención para revisión quirúrgica y sustitución de drenajes. El 30 de noviembre presentó edema y eritema generalizado con empeoramiento clínico compatible con una reacción adversa medicamentosa con posterior descamación, se modificó el tratamiento antibiótico y la paciente mejoró a los 2 días.

Tras 35 días de ingreso a la terapia se inició la ingesta de la vía oral, hubo algunas dificultades en la reinstalación normal de la dieta debido al estado anoréxico de la niña pero finalmente fue bien tolerada, ante la mejoría fue trasladada a hospitalización. En algunas ocasiones refería dolor abdominal, lo manifestaba con expresiones verbales y no verbales (llanto, quejido, inquietud, tensión facial.) el dolor se intensificaba cuando la madre estaba con ella.

La autora incluye algunas necesidades básicas de Virginia Henderson y omite aquellas en las que no se presentan manifestaciones de dependencia.

Una de las necesidades más afectadas fue la necesidad de oxigenación. EL diagnóstico de enfermería es patrón respiratorio ineficaz secundario a la incisión quirúrgica, manifestado por dolor intenso al derrame pleural.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura adecuada, diagnóstico de enfermería. Riesgo de deterioro de la movilidad física y el tono muscular relacionado con dolor, temor e intolerancia a la actividad física.

Necesidad de higiene, aseo y protección de la piel y mucosas. Problemas de colaboración. Deterioro de la integridad cutánea secundaria al proceso patológico, los efectos secundarios del medicamento y a la intervención quirúrgica⁶

⁶.Partera L.M.S. Molina P.F. Atención de Enfermería a una niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre. Barcelona España Enfermería clínica 2003, 13(5) pag312-320

El siguiente caso fue publicado en la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica el primero de abril del 2006, refiere un paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. El caso trata de un lactante menor con 3 meses de edad, sexo masculino, producto de la segunda gestación planeado y deseado, nace a las 33 SDG., con un peso de 760 gramos que requirió intubación orotraqueal y aplicación de factor surfactante, ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatos (UCIN) del Instituto Nacional de Perinatología donde permaneció por ochenta días, durante su estancia desarrollo enfermedad pulmonar crónica asociada a ventilación mecánica, así como respuesta inflamatoria sistémica además se detecta persistencia del conducto arterioso e hipertensión arterial pulmonar moderada por lo que se traslada al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez el 17 03 05 y el día 22 03 05 se realiza corrección quirúrgica con coartectomía y ampliación del arco aórtico.

El objetivo del estudio es proponer un Plan de Intervenciones de Enfermería de alta calidad humana a un paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena en el servicio de cardiopediatría, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, para su atención postoperatorio de coartectomía con sección y sutura del conducto arterioso, utilizo el modelo conceptual de Henderson.

Se realizó la valoración focalizada de las necesidades de Virginia Henderson siendo la más afectada la necesidad de oxigenación, seguida de la necesidad de hidratación y nutrición, termorregulación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, higiene y protección de la piel, evitar peligros. Se elaboró el Plan de Atención de Enfermería refiriéndose a las intervenciones de tipo independiente, dependiente e interdependiente correspondientes a los siguientes diagnósticos de enfermería.

Respuesta disfuncional al destetar del respirador relacionado con trastornos metabólicos y dependencia prolongada del respirador manifestado por agitación, respiración no coordinada con la del ventilador y cianosis.

Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con secreciones abundantes y espesas, manifestado por ruidos respiratorios anormales.

Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración en la contractilidad cardiaca, manifestado por hipotensión sostenida, pulso acelerado, edema y disminución del volumen urinario.

La autora concluye que la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente pediátrico dirigido al éxito de su tratamiento por lo que la utilización de un plan de intervenciones de enfermería ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana, cabe mencionar que las necesidades y problemas cambian de forma constante y dinámica, por lo que el plan de atención se debe de ir modificando con respecto al problema actual, una valoración constante ayuda a que se identifiquen los problemas a resolver.

El Proceso de Atención de Enfermería ayuda a resolver satisfactoriamente el problema cardiaco, sin embargo la estancia hospitalaria del paciente puede prolongarse por complicaciones que comprometan su salud.⁷

Cruz y Martínez refieren en su publicación en la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica el 2 de mayo-agosto 2006.

El objetivo de este estudio fue Implementar un plan de intervención de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson.

El siguiente estudio de caso fue realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México D.F. 2006 a una lactante menor de 51 días de nacida. Presenta cianosis importante desde el nacimiento que se agudiza con la alimentación y el llanto, crisis de hipoxia, esta última fue el motivo de su hospitalización diagnosticándose cardiopatía del tipo de ventrículo único.

A la exploración física presenta cianosis peribucal y ungueal, disnea, tiros intercostales, estertores gruesos, presencia de tubo orotraqueal con ventilación mecánica asistida, piel pálida y fría, llenado capilar disminuido pérdida de fuerza y

⁷ Sierra P.M. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianogena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Volumen 14 núm. 1 enero abril 2006 Paginas 16-23

tonicidad muscular, con tendencia a la hipotermia. La autora realiza la valoración focalizada de las necesidades de Virginia Henderson, las más sobresalientes son la de oxigenación, nutrición, movimiento y postura, termorregulación, evitar peligros y riesgos.

Posteriormente se elaboró un Plan de Atención de Enfermería refiriéndose a las interacciones dependientes e independientes correspondientes a los diagnósticos de enfermería.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionada con hiperplasia de la mucosa de la pared bronquial, manifestada por estertores finos y gruesos, tos frecuente y cianosis.

Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con aumento de la presión capilar pulmonar, manifestado por disnea, cianosis, taquipnea, estertores grueso.

La autora concluye que la cardiopatía congénita del ventrículo único, aun con todos los avances científicos es muy difícil su tratamiento por las múltiples complicaciones que presenta y su diagnóstico. Es importante proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a sus familiares, aun cuando los cuidados que se proporcionan sean los mejores, no podemos evitar las complicaciones que se presentan por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamientos son solo paliativos.⁸

Este caso se publicó en la revista de Enfermería Basada en la Evidencias en julio-agosto 2008 refiere un plan de cuidados de un niño con parálisis cerebral desarrollo del rol del cuidador. Se trata de un adolescente de 14 años de edad que ingresa 30 08 06 al Hospital Torrecárdenas Almería España para ser intervenido el 14 09 06 de luxación congénita de la cadera derecha, donde se inserto material protésico, presenta encefalopatía hipóxica isquémica al nacer, displejía espástica y crisis epilépticas.

⁸Cruz L.L.M. Martínez P.G. Plan de Cuidados en un Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Cianógeno con Ventrículo Único. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica vol. 14 2 de Mayo –Agosto 2006 pág. 56-61.

El paciente presenta un problema de autonomía para realizar sus necesidades básicas, el papel de cuidador principal lo ha asumido su madre. Es un adolescente que presenta una incapacidad severa para moverse y mantener una postura adecuada para vestirse y desvestirse, mantener la higiene y protección de la piel, come de todo, en materia de eliminación destaca que es incontinente total, con un patrón de eliminación de una deposición diaria y cambios frecuentes de pañal de 6-8 al día presentando buen estado de la piel. No camina no se mantiene en pie, mueve los brazos y piernas. Va en silla de ruedas y necesita cuidador para pasar de la cama al sillón y viceversa, en el momento de su ingreso presenta dolor por lo que tiene alterada la necesidad de seguridad. Reconoce a sus seres queridos y se comunica por medio de gestos con la boca. Le gusta participar en eventos familiares, actividades del colegio. Se entretiene con la televisión y mantiene buena relación con sus compañeros.

El rol del cuidador principal asumida por la madre, pertenece a una asociación de la que ha recibido información y ayuda, la familia es un apoyo importante y el padre colabora siempre que su trabajo se lo permite. En su momento tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de su hijo y ha descuidado algunas relaciones sociales por este hecho. Para ella el cuidado de su hijo no supone una carga con el tiempo se ha ido adaptando a sus necesidades. Aún así las necesidades de Virginia Henderson de comunicación, sentirse útil, ocio y distracción de la madre están alterados por lo que se añadió un plan de cuidados al diagnóstico de riesgos de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.

El objetivo principal de este estudio de caso fue realizar un plan de cuidados según las necesidades básicas de Virginia Henderson en un niño con parálisis cerebral y los diagnósticos de enfermería conforme a la taxonomía de la NANDA, NIC, NOC.

Se estableció como área de dependencia la falta de conocimientos en cuanto a la identificación de los recursos, y la falta de fuerza psíquica. Se realizaron actividades encaminadas a la detección de complicaciones potenciales y control del dolor.

En los primeros días antes de la intervención se estableció un plan de cuidados, se realiza tratamiento para el dolor, teniendo buena respuesta a los analgésicos, las necesidades básicas son cubiertas por su madre, cuidadora principal, presenta buen apetito y tolerancia a los alimentos, se realiza preparación quirúrgica previo ayuno. En el posoperatorio esta consiente orientado, algo pálido, dolor controlado con analgésico, no presenta nauseas ni vomito, se inicia líquidos y posteriormente se aumenta dieta progresiva, las necesidades básicas son cubiertas por la madre, la herida tiene buena evolución sin datos de infección, se da de alta el día 24 09 06 del tratamiento.

Se pone en contacto con el servicio de Rehabilitación que inicia ejercicios pasivos con la pierna y rodilla, la madre lo realiza correctamente. El día 26 09 06 se va de alta.⁹

El último artículo fue publicado en la revista Desarrollo Científico de Enfermería en octubre 2008 sobre el Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación.

El objetivo principal del estudio fue elaborar un Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia en la necesidad de oxigenación hasta recuperar la independencia de dicha necesidad.

El Proceso de Atención de Enfermería se analiza el modelo conceptual de las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson. La función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de sus actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte digna de acuerdo a este modelo conceptual, la persona es un ser único irrepetible presenta catorce necesidades básicas, cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural, toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

⁹ Real de la Cruz M.P. y Moya L.MD. Plan de cuidados en un niño con parálisis cerebral desarrollo del rol del cuidador. Revista de Enfermería basada en la evidencia Numero 22 julio-agosto 2008 Pág. 1-8.

Este caso fue realizado en un hospital privado. Se trata de una lactante mayor con edad aparentemente igual a la cronológica de 1 año 4 meses de edad, se observa de aspecto aseado, ojos llorosos y ojerosos, miembro de una familia nuclear de tres integrantes, originarios del Distrito Federal, habita casa propia, cuenta con todos los servicios públicos, profesan la religión católica, la madre con estudios profesionales, dedicada al hogar, padre empresario, proveedor económico de la familia.

El 16 de Septiembre es llevado al médico particular por presentar vómito, fiebre, el diagnóstico médico fue amigdalitis, el tratamiento fue con antibióticos.

El 18 de septiembre es traída al servicio de urgencias de este hospital privado por continuar con la persistencia de los síntomas agregándose la dificultad respiratoria, su diagnóstico médico fue bronquitis. La mamá refiere que inició hace una semana al notarle desganada, con mirada triste, poco apetito, notó que respiraba por la boca. Se observa con piel blanca uniforme, nariz centrada con la tráquea, narinas ovaladas con presencia de secreciones verdosas a la palpación presenta sensibilidad de senos paranasales, boca seca, orofaringe con amígdalas palatinas hiperémicas, cuello cilíndrico con palpación de pulsos carotídeos sincrónicos entre sí, se auscultan focos cardíacos, discreto tiraje intercostal se auscultan sonidos crepitantes, estertores bilaterales, signos vitales F.C. 126, F.R. 45, T/A 80/50. Se realiza un Plan de Intervención de Enfermería dependientes e independientes correspondientes a los diagnósticos de enfermería.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con proceso inflamatorio manifestado por sonidos crepitantes, estertores y secreciones verdosas.

Las intervenciones son la monitorización de los signos vitales cada 2 horas, mantener la permeabilidad de las vías aéreas (oxigenoterapia), administrar medicamentos (antibióticos y mucolíticos), cambios frecuentes de posición.¹⁰

¹⁰ Solís M.M.E. Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación. Desarrollo científico de enfermería Vol.16. núm. 9 octubre 2008 Pág.414-417

En la revisión de los artículos las autoras toman el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, junto con el Proceso de Atención de Enfermería, se realizaron y planearon cuidados individualizados relacionados a cada problema del paciente, permitiendo detectar alteraciones en las necesidades básicas en cualquier etapa de la vida.

Es de gran importancia realizar un plan de cuidados que permitan llevar y satisfacer las necesidades para mejorar y disminuir la estancia intrahospitalaria también es importante contar con el apoyo de un cuidador primario (madre, padre, hermanos o familiares) que brinden toda la confianza al paciente y que le ayuden a disminuir sus miedos, temores, angustias y sentir que están con él en todo momento.

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson guiaron y llevaron a las autoras a brindar cuidados especiales y de apoyo en relación con sus investigaciones, detectando sus necesidades más afectadas así como su grado de dependencia e independencia que le permitan planear, ejecutar, y evaluar cada una de las intervenciones de enfermería en beneficio del mismo paciente.

Aplicar correctamente los cuidados especializados, los conocimientos, habilidades y destrezas de cada enfermera, da un buen resultado en su estado de salud del paciente, disminuye la estancia intrahospitalaria, los recursos económicos familiares e institucionales, el desgaste físico del paciente y del cuidador primario, la educación para la salud también debe transmitirse a los padres o familiares y hacer un seguimiento en casa.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La profesión de enfermería existe desde hace mucho tiempo, muy limitada en la antigüedad, el rol de enfermería se hizo cada vez más importante con la fundación de escuelas de enfermería en Europa en el siglo XIX. Es gracias a Florencia Nightingale, enfermera inglesa. En 1860 en Londres, fundó una escuela de enfermería con un programa de tres años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión. Siguiendo el ejemplo de esta pionera.

Otras enfermeras han clasificado el rol de la enfermera, y hoy en día tenemos numerosos escritos que explican la naturaleza de la profesión de enfermería.

Desde hace algunos años con la llegada de diversos trabajadores en el campo de la salud, los gobiernos se han visto inducidos a legislar, no la esencia de las profesiones, pero si el campo de competencia de los diferentes profesionales de la salud, localizando la descripción del ejercicio de la profesión en los artículos 36 y 37 de la ley de las enfermeras y los enfermeros:

Constituye el ejercicio de la profesión de la enfermera o enfermero todo acto que tiene como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir en los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, así como el hecho de prodigar cuidados según ordenes médicas.

La enfermera y el enfermero pueden, en el ejercicio de su profesión informar a la población sobre problemas de orden sanitario. Señalamos que en el ejercicio exclusivo de la profesión de enfermería comporta dos aspectos: uno que devuelve el aspecto autónomo de la profesión y/o la toma de decisiones, y que apunta hacia la responsabilidad de la enfermera y otros que son las acciones autónomas que lleva a cabo la enfermera, pero decididas por el médico en forma de orden médica.¹¹

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia.

En palabras de Alfaro el Proceso Enfermero “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior.¹²

¹¹Phaneuf M. Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. MC Graw-Hill. Interamericana de España 1997:3

¹² Fernández C. Navarro. M. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson 1998:3

El Proceso de Enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda. Descrito por varios autores como la aplicación del método para la solución de problemas, o método científico, a la práctica de enfermería, el proceso proporciona una estructura sistemática que pueda basarse la atención de enfermería, de manera que la enfermera brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada, de bienestar al paciente.¹³

El modelo conceptual de enfermería debe estar siempre en relación con la filosofía de la atención adoptada y con la manera de ver a la persona a la que se tiene que aplicar los cuidados; por tanto la filosofía es la que permite explicar y evaluar el servicio que se presenta a la sociedad.

En la actualidad las enfermeras se orientan hacia un paradigma globalizado (holista) en el que la relación enfermera-paciente se orienta hacia una corresponsabilidad. Es de sus cuidados, y sólo cuando necesita ayuda, la enfermera colabora centrando su atención en la persona como una entidad integral. Este método se fundamenta en el modelo de Virginia Henderson.¹⁴

Concepto Proceso de Atención de Enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizada, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales, consta de cinco etapas: **Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.**¹⁵

¹³ Du GAS Tratado de Enfermería Práctica McGraw-Hill Interamericana. Cuarta Edición Barcelona España 2001 :59

¹⁴ Fernández C. Navarro. M. Op.Cit.:58

¹⁵ Alfaro R. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, Madrid España, Mosby-Doyma 1992:6

Objetivo

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es proporcionar un sistema que cubra las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de Enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

1.-VALORACION. Es la primera fase del proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes:

Éstas incluyen al paciente, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente como fuente primaria. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.¹⁶

Tipos de datos:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado, nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física del paciente.

¹⁶ Ier PM, Taptich B.J, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de Enfermería. Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. McGraw-Hill Interamericana 1995: 35

- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

La Valoración consta de cuatro pasos. Recogida de los datos, su validación, su organización y registro.

➤ **Recogida de datos.**-Es el procesos planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario, los datos recogidos se pueden clasificar en:

- ❖ **Antecedentes o Actuales:** Según pertenezcan al pasado o al presente.
- ❖ **Objetivos o Subjetivos:** Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico. Los subjetivos se refieren a ideas, sentimientos y percepciones, por lo que no son comparables ni mensurables y se obtienen mediante la entrevista con el paciente o familiar.
- ❖ **Generales o Focalizados.** Puede tratarse de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario, o datos pormenorizados sobre una situación o aspectos concretos.

Las fuentes de datos son diversas y entre ellas la principal es el propio usuario, los métodos para obtener la información requerida son:

ENTREVISTA.-Es un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre los aspectos de salud que considera relevantes y que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevistas, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, la enfermera realiza la historia del paciente, el aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de enfermería, éstas son:

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

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

- ***Introducción:*** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ***Cuerpo:*** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- ***Cierre:*** Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.¹⁷

OBSERVACIÓN.- Es el uso sistemático de los sentidos (vista, oído, olfato, y tacto) para reunir información sobre el usuario, la familia, las personas significativas, el entorno y las interacciones entre estas tres variables:

¹⁷ Phaneuf Margot. Cuidados de Enfermería: el proceso de atención de enfermería, España. Interamericana Mc-Graw Hill 1993: 67-69

- ✓ En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.
- ✓ Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

Exploración Física.- Es la valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, la actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física, se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- I. **Inspección.** Es una observación cuidadosa y crítica para del usuario, determina características físicas, tales como el tamaño, la forma, la posición, la localización anatómica, el color, el movimiento, la simetría. Etc.
- II. **Palpación.** Se trata de usar el tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas de bajo de la piel a partir de su tamaño, su forma, su textura, su temperatura, su humedad, su pulsación, su vibración, su consistencia y su movilidad.

- III. **Percusión.-** Es decir, golpeo suave con uno o más dedos sobre la superficie corporal, y el análisis acústico de los sonidos producidos que varían según el tipo de estructura que haya debajo.
- IV. **Auscultación.-** Es la escucha de los sonidos producida por los órganos corporales: Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio para identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y la duración de los sonidos detectados.
- **Validación de los datos.-** Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de la información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar las intervenciones.
- **Organización de los datos.-** Es la organización sistemática en categorías de la información obtenida y validada, para obtener una imagen clara de la situación.
- ❖ En el tiempo de información que se recoja, el modelo biológico se centra en lo referente al funcionamiento de los órganos, de los aparatos y de los sistemas corporales, mientras que un modelo enfermero dirige la atención hacia las respuestas de la persona ante la situación de la salud.
 - ❖ En el tipo de problemas que se detecten, puesto que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros, así la recogida de datos según un modelo biológico facilita el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, mientras que la adopción de un modelo enfermero permite identificar diagnósticos de enfermeros.

- **Registro de datos.-** Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración, a fin de prevenir el olvido de información relevante, este último paso de la etapa de valoración es de importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como asegurar la continuidad de los cuidados.

2.-DIAGNÓSTICO

Es una función intelectual muy compleja para la que unas personas parecen tener mayor capacidad que otras; es posible acrecentarla y mejorarla mediante el ejercicio repetido y sistemático del juicio diagnóstico o juicio clínico.

Análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis.

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son.

La interpretación e interrelación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y los recursos de que dispone la persona, se obtiene así una imagen general en la que se pueden encontrar:

- ❖ Problemas (reales) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales.
- ❖ Problemas (riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).
- ❖ Problemas (salud) recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

Problemas de colaboración

Puede definirse como los problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y de control prescritas por otros profesionales, generalmente el médico. Se trata de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito.

Diagnósticos de enfermería

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), lo define como un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable (NANDA, 1996).

Los diagnósticos de enfermería pueden ser reales, de riesgo o de salud:

- **Diagnóstico real:** Describe la respuesta de una persona, una familia o una comunidad, a una situación de salud/proceso vital, se identifica cuando en la valoración se observan datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. Para escribirlos se aconseja un formato de tres partes, en el que el problema se une a la o las causas mediante la fórmula “relacionado con” y ésta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase “manifestado por”. Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos.
- **Diagnósticos de riesgo:** Describe la respuesta a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerable, se formula cuando el problema aún no existe, pero hay factores de riesgo que contribuyen a aumentar la susceptibilidad del usuario.
Al describirlo debe incluirse la expresión “riesgo de” antes de especificar el problema y se aconseja el formato de dos partes.
Problema r/c factor de riesgo (causa).
- **Diagnóstico de salud:** describe la respuesta del usuario que goza de un nivel estable de salud o bienestar que puede y quiere alcanzar un grado mayor, se entiende por salud estable a la práctica de medidas preventivas de la enfermedad adecuadas para la edad, al tiempo que la persona manifiesta gozar de buena o excelente salud o que en el caso de presentar signos y síntomas de enfermedad mantiene un eficaz control de éstos.¹⁸

¹⁸ Fernández C. Navarro. M. Op.Cit.:3-8

3.-PLANEACIÓN

Implica determinar lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo.¹⁹ Fijación de prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones, actividades, y registros del plan, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Una vez concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- **Estandarizado:** Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.²⁰
- **Computarizado:** Requiere la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

¹⁹ Du GAS OP.Cit :72

²⁰ ler P, Tapich B, Bernocchi-Losey D, op.cit:208-216

Establecer prioridades en los cuidados. Selección de todos los problemas y/o necesidades que puede presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Fijación de prioridades

En la etapa diagnóstica puede detectarse más de un problema que requiere la intervención de enfermería, si bien, no siempre es posible o aconsejable abordarlos todos a la vez. Es por ello necesario identificar normas que permitan decidir qué problemas deben abordarse en primer lugar y cuales pueden o deben esperar.

- Problemas que amenacen la vida de la persona
- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios, ya que pueden impedir centrar la atención en problemas que sean más urgentes o importantes, no son percibidos como tales.
- Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminara o reducirá.
- Problemas que por tener una misma causa, puedan abordarse conjuntamente, así se optimiza la utilización de los recursos y aumenta la eficiencia del trabajo enfermero.
- Problemas con una solución sencilla, puesto que la solución sirve de acicate para abordar otros más complejos o de resolución más larga.

Formulación de objetivos

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las acciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado
- Objetivos de enfermería criterios de proceso.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir. Los objetivos de enfermería se describen:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- **objetivos a mediano plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación

- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- A) abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- B) obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, cómo conductas esperadas.

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa, oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad, son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas.

- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen, el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular y habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje. ²¹

- **SUJETO** quién tiene que lograr el objetivo, dado que el plan de cuidados es del paciente.
- **VERBO** que debe hacer el sujeto para evidenciar que se ha logrado el objetivo.
- **TIEMPO** cuando hay que valorar si se ha logrado el resultado esperado o no.
- **MODO** como debe realizarse la acción del sujeto para considerar que se ha logrado el objetivo propuesto.
- **MEDIDA** hasta cuándo o hasta donde, cuando en el objetivo que debe alcanzarse sea posible identificar grado o niveles distintos.

Dentro de las intervenciones que se han de planificar para los diagnósticos enfermeros se distinguen dos grandes grupos, las que se dirigen al problema y las que guardan relación con la causa.

Intervenciones orientadas al problema:

- ❖ **Diagnósticos Reales:** van encaminados a la reducción, al control o a la eliminación de las manifestaciones, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- ❖ **Diagnóstico de Riesgo:** se dirige a la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real.
- ❖ **Diagnósticos de salud:** perseguirán el logro de mayor grado de salud y bienestar. En este caso son las únicas intervenciones posibles ya que, al no haber la causa que se desee modificar o eliminar, no es posible prescribir otras.

²¹ Iyer P. Tapttic B, Bernocchi- Losey, D, ÓP. CIT 224, 230

Intervenciones derivadas de la causa

- ❖ Serán eficaces en la medida en que consigan eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable. No obstante en algunas situaciones, ésta no se puede eliminar ni reducir pero se pueden modificar sus efectos.²²

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

- ❖ Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).
- ❖ El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.²³

4.-EJECUCIÓN

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería, durante esta ejecución la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada y establece el valor del plan de enfermería, esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del paciente.

Ayuda al paciente a cumplir los objetivos/ resultados deseados: promover la salud y el bienestar, prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud.²⁴

El personal de enfermería utiliza el razonamiento crítico para ejecutar los cuidados, por ende se está constantemente anticipado a dificultades que pudieran surgir, revisando el enfoque de cuidados, según las respuestas del paciente y resolviendo problemas para liberar obstáculos.

²²Luis M., Fernández C. Navarro. M. Op.Cit.:3-13

²³ Iyer P. Tapttic B, ÓP. CIT 224, 230

²⁴ Christensen J. P., y Griffith W. J. 1993. Proceso de atención de enfermería. aplicación de teorías, guías y modelos. México D.F: Manual Moderno SA de CV; 1993. p.193.

La fase de ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- a) **PREPARACIÓN:** incluye la revisión de acciones de Enfermería anticipadas, el análisis de los conocimientos de Enfermería y habilidades necesarias para el reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a indicaciones de enfermería específicas.

La preparación consiste también en la determinación y prestación de los recursos necesarios y en la preparación de un entorno que conduzca a los tipos de intervenciones necesarias. Además la preparación exige una serie de actividades de razonamiento crítico como son:

- Revisar las intervenciones y determinar si son compatibles con el plan establecido, valorar si son suficientes y aclarar intervenciones dudosas.
- Realizar análisis del conocimiento de enfermería y sus habilidades exigidas para determinar funciones y competencias.
- Reconocer las posibles complicaciones potenciales de los procedimientos, esto permitirá la realización de enfoques preventivos para reducir el riesgo.
- Proporcionar recursos necesarios y suficientes, en cuanto a tiempo, número de profesionales y material.
- Preparación de un entorno adecuado y seguro en que tanto el paciente como el profesional de enfermería puedan trabajar en la resolución de problemas o necesidades identificadas.²⁵

b) INTERVENCIÓN: el enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su bordaje puede incluir el uso de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales de la persona dependen de los problemas individuales específicos. La ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una serie de categorías:

²⁵ Iyer P, Taptich B, op. cit: 224-230

- Refuerzo de las cualidades del paciente, para que se deriven conductas generadoras de salud del mismo.
- Ayudar en las actividades de la vida diaria, puesto que durante la realización de estas actividades se tiene la oportunidad de valorar nuevos problemas, recoger datos sobre las dificultades existentes, valorar las cualidades del paciente, entablar una comunicación y retroalimentar el plan mediante la evaluación de la eficacia de las intervenciones.
- Supervisión del trabajo con otros miembros del equipo de enfermería, incluye definir responsabilidades del profesional y la determinación del campo de la práctica de enfermería, delegando la atención a la persona adecuada.
- Comunicación con otros miembros del equipo de salud según sea necesario, se pueden compartir datos, impresiones, objetivos e incluso estrategias para lograr una atención integral.
- Educación, el proceso de enseñanza-aprendizaje en el paciente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, habilidades y cambios de conducta relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas.²⁶

c) DOCUMENTACIÓN: la ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos. Se debe usar tinta y letra legible, realizar las notas lo antes posible en forma exacta y firmada, no se recomienda dejar espacios en blancos. Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de atención al paciente:

- *Graficas narrativas:* es la grafica tradicional se registra cronológicamente y en forma narrativa el estado de la persona.
- *Graficas orientadas hacia el problema:* orientada hacia el problema de la persona y consta de dos partes, una lista de problemas y por otra parte su evolución la cual incluye datos subjetivos, objetivos, valoración y plan de intervención.

²⁶ Iyer P, Taptich B, op. cit: 231-246

- *Graficas focus*: es un método para organizar la información, se coloca una columna de enfoque con los datos objetivos y subjetivos obtenidos de la persona, se anota la intervención de enfermería ejecutada y por último se evalúa la respuesta obtenida.
- *Graficas por excepción*: es un sistema de documentación creado por profesionales de enfermería, indican con una flecha que hallazgos significativos no han experimentado variación desde la valoración anterior.
- *Riesgos computarizados*: las notas de evaluación pueden estar estructuradas o abiertas. Otro método crea las notas de evaluación mediante la selección de datos en representaciones de la pantalla, esto permite la documentación de los datos actuales al tiempo que se añaden nuevos hallazgos.²⁷

5.-EVALUACIÓN

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al cliente. Se trata de una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad, de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

Es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud de la persona con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo del cuidado de salud. Requiere el reconocimiento de la salud, fisiopatología y las estrategias de evaluación.

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. La evaluación es, con frecuencia, la parte más olvidada del proceso de atención de enfermería. Los textos sobre este respecto son confusos y describen la evaluación de muchas maneras diferentes.

²⁷ Iyer P, Taptich B, , opcit pág 248-261

En forma ideal, la evaluación es una parte integral de cada componente del proceso de enfermería, comenzando con la valoración inicial, esta valoración inicial es comparada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso.

Las metas y los objetivos formulados en la etapa de planeación, sirven como cánones de evaluación contra los que miden los progresos del paciente. Durante la implementación, la enfermera observa la respuesta de la persona a las acciones de enfermería y decide si los planes están ayudando al progreso del paciente; al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar las prioridades en el plan de cuidados.²⁸

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.
4. En las 2 últimas décadas, la evaluación del cuidado de la salud ha cambiado de manos y de enfoque; estos cambios fueron estimulados por los intereses de los consumidores y del gobierno acerca de los costos crecientes y los servicios inadecuados. En los centros de salud, la evaluación del paciente fue inicialmente una prerrogativa de los médicos, con la nueva legislación y el interés entre todos los proveedores de cuidados de la salud, la evaluación se realiza ahora en cada profesión.
5. En la actualidad las enfermeras profesionales, están estableciendo cánones de calidad y midiendo la capacidad para alcanzarlos, es una tarea compleja.

²⁸Christensen J. P., y Griffith W. J. Opcit. p.193.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada), como se demuestra en el siguiente cuadro:

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Propósito</p> <p>La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimiento, 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 de 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 a 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</p> <p>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</p> <p>Enunciados de la</p>	<p>Concurrente</p> <p>La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus</p>	<p>Concurrente</p> <p>El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud</p>

política de la institución	habilidades.	fisiológica y psicológica.
Descripción de posiciones	La gráfica contiene la evidencia de las necesidades de enfermería realizadas.	
Planes de atención de enfermería		
Planes de orientación y programas en servicio	Retrospectivo	Retrospectivo
Nivel educativo del personal	La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente. ²⁹
Instalaciones y equipo disponibles		
Gráficas y kárdex		

Christensen J. P., y Griffith W. J. 1993. Proceso de atención de enfermería. aplicación de teorías, guías y modelos. México D.F: Manual Moderno SA de CV; 1993.

ESTRUCTURA: El enfoque de evaluación de ésta se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud.

PROCESO: La evaluación se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las hojas de enfermería en las hojas de evolución.

RESULTADO: Se centra en los cambios de conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de sus intervenciones.

La evaluación concurrente del estudio juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento.

²⁹ Christensen J. P. OP.Cit.-pag 201

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) Y (NOC)

La clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizarán los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y actuaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.

El NIC puede utilizarse en todas las situaciones unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria y en todas las especialidades desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo.

La clasificación describe las competencias de enfermería; sin embargo algunas de las intervenciones de la clasificación también las realizan otros profesionales. Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar la intervención y lecturas referidas.

Las actividades no están estandarizadas dado que, por una parte, sería prácticamente imposible ya que hay más de 12,000 y por otra, frustraría el propósito de utilizarla para los cuidados individualizados. La breve bibliografía que hay al final de cada intervención es la que se considera más útil para el desarrollo de la intervención, o para apoyar algunas de sus actividades.

Las etiquetas y las definiciones de las intervenciones son la clave de la clasificación; los nombres proporcionan una etiqueta resumen para actividades concretas y nos permite identificar y comunicar nuestro trabajo, utilizando un lenguaje claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso fisiológico: básico, fisiológico: complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

La investigación para desarrollar el NIC empezó en 1987 y ha pasado por 4 fases, que se han solapado en el tiempo:

Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992)

Fase II: Elaboración de la taxonomía (1990-1995)

Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997)

Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996).

El mejor indicador de su utilidad es la creciente lista de profesionales y de centro de salud que utilizan NIC, tiene reconocimiento nacional por la American Nurses Association (ANA).³⁰

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC

La NOC es especialmente significativa porque los lenguajes estandarizados para los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería informatizados son necesarios para el estudio de relaciones entre estos fenómenos con datos actuales de los pacientes. Además los lenguajes estandarizados representan conceptos que describen el fenómeno básico del que es responsable la enfermería como disciplina y junto con las relaciones entre los conceptos, representa una etapa importante del desarrollo de la teoría enfermera.

La clasificación actual es una lista de 330 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida. Es la clasificación los resultados se presentan para uso a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional.

El término paciente se utiliza en la clasificación para referirse a un individuo que es el destinatario de los cuidados enfermeros.

El término cliente se emplea en muchos ámbitos comunitarios y de mantenimiento de la salud. El de residente se utiliza en muchos centros de cuidados crónicos. El término de cuidador familias se emplea para referirse a un miembro de la familia, o un amigo u otra persona que cuida o actúa en nombre del paciente.

³⁰ McCloskey DJ, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid España. Elsevier. 2004; 3-5.

Una familia es una unidad de dos o más personas que están relacionadas, biológica, legalmente o por decisión personal y de la que la sociedad espera una adaptación al medio social y cuidado de sus miembros. Una población es un grupo de individuos que tienen una o más características personales.

Para la NOC un resultado a nivel comunitario caracteriza al contexto social inmediato de personas y las relaciones que surgen a medida que los miembros (individuo, familia, grupo) interaccionan, se desarrollan y utilizan agencias e instituciones comunes, los resultados a nivel comunitario de la NOC, también caracterizan a poblaciones de individuos que comparten un atributo común y que pertenecen a grupos, familias y comunidades pero que no necesariamente interaccionan entre sí.

Un resultado dependiente de enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería. Los resultados se exponen como conceptos que reflejan la condición real de un paciente, familia o comunidad en lugar de los objetivos esperados, también quiere decir que los resultados son neutros, es decir no especifican el estado deseado, esto mantiene la variabilidad del resultado y permite medir la situación del paciente en cualquier momento determinado.

Por ejemplo el resultado cognición se mide en una escala de cinco puntos desde "Gravemente comprometido" hasta "No comprometido" y el rendimiento del cuidador principal: cuidados directos se escriben en una escala de cinco puntos desde "Inadecuado "hasta "Completamente adecuado "esto permite a las enfermeras seguir los cambios en o el mantenimiento del resultado expuesto y en los individuos a lo largo del tiempo y en diferentes ámbitos. Dado que en la práctica se seleccionan y utilizan los resultados NOC estandarizados, se requerirá más información para determinar su frecuencia de uso y las condiciones con las que se seleccionan.

Debido a que comparten varias disciplinas la mayoría de los resultados NOC, se necesitaran grandes bases de datos clínicos para evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Pueden controlarse todas las variables que indican las contribuciones de otra disciplinas, los atributos del individuo familia o comunidad/población y las variables que describen el contexto medioambiente de los cuidados para conocer los efectos de enfermería.³¹

1.3 PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON

En el council of Nurses Representatives efectuado en 1975, se adopto la siguiente definición de “Enfermera “.

Una Enfermera es una persona que ha terminado un programa de educación de enfermería y que está preparada y autorizada para practicar la enfermería, es la responsable de planear, proporcionar y evaluar la atención en todos los ambientes para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención del enfermo y la rehabilitación, y funciona como miembro del equipo de salud.

La Enfermera profesional especializada es alguien que proporciona atención especializada de enfermería en una rama en particular de la práctica de enfermería: Consulta, Administración, Enseñanza, Investigación, Pediatría, Ginecología, etc., teniendo conocida preparación en el campo de la especialización.

King presentó una serie de diagramas para aclarar sus conceptos acerca de cómo trabaja la enfermera con individuos, grupos y sistemas sociales para ayudar a los individuos y a los grupos a “lograr mantener y restablecer su salud” en la siguiente definición de enfermería parece sintetizar las posiciones de Virginia Henderson, Ida Orlando, Hildegard Peplau y Martha E. Rogers.

³¹ Moorhead Sue y cols. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Tercera Edición España Madrid 2006. Pag. 20-23

Enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción mediante el cual las enfermeras ayudan a los individuos de cualquier edad y grupo socioeconómico a satisfacer sus necesidades básicas, a fin de llevar a cabo actividades de la vida diaria y a enfrentarse con la salud y la enfermedad en algún punto particular en el ciclo de la vida.

Conceptos de Enfermera que se han discutido durante este siglo.

La enfermera registrada profesional es: Una ayuda de la naturaleza para restablecer la salud del cuerpo.

1. Una madre sustituta, la madre profesional.
2. Ayuda del médico para la atención del enfermo y para prevenir la enfermedad.
3. El complemento del médico, el que se debe concentrar en la curación y la enfermera en la atención.
4. Un sustituto del médico.
5. Una coordinadora de los servicios de todos los trabajadores sanitarios.
6. Una manipuladora del ambiente, adiestrada y directora de personal con menos preparación que la enfermera profesional.
7. Una educadora sanitaria.
8. Una persona que a través del proceso de enfermería ayuda a que el paciente utilice de la mejor manera los recursos de salud.
9. Es la persona que aplica la “ciencia de la enfermería” para el bien de la humanidad.
10. La que “interviene” a nombre del paciente en una crisis o durante un momento de necesidad y ayuda del paciente y de la familia para satisfacer sus necesidades de salud.

VIRGINIA HENDERSON

REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, .originaria de Kansas city, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington, D.C donde en 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry street Visiting Nurse service de Nueva York.

En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Nortfolk Protestant Hospital de Virginia .Cinco años más tarde ingreso en el teachers college de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A., en la rama de Enfermería. En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora Pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis de enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

En los años en que fue profesora el Teachers College reescribió la cuarta edición de textbook of he principles and practice of Nursing, de Bertha Harmer, publicado en 1939.La quinta edición de este texto apareció en 1955 y contenía la definición de enfermería de Henderson. Tuvo relación con la universidad de Yale y apporto una valiosa colaboración para investigación a través de esta asociación .De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Índice se diseño como un índice de anotaciones sobre la bibliografía , análisis y bibliografía histórica de la enfermería desde 1900 a 1959.

En su obra the nature of the nursing, editada en 1966, se describe su concepto sobre enfermería la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991 por I Nacional League for Nursing .La sexta edición de the principles and practice of Nursing, publicada en 1978, fue elaborada por Henderson y Gladys Nite y editada por la primera.

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio de Christiane reimann. También recibió el premio de Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing. En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wrinht founders de la sigma theta tau international por su labor de liderazgo. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió mención de honor, especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años, su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, la educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo. Henderson se convirtió en un leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de sigma theta tau fue bautizada con su nombre. Halloran escribió sobre ella: “la señorita Virginia Henderson significo para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el XIX.”³²

FUENTES TEÓRICAS

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de the principles and practice of Nursing, de Hamer y Henderson hubo tres factores decisivos que la llevaron a juntar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado el textbook of the principles and the practice of Nursing e identifico este texto con su trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de enfermería.

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Finalmente Henderson se intereso por los resultados de 5 años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostro completamente satisfecha con la definición que adopto al respecto dicha asociación en 1955.

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias positivas y otras negativas.

³²Marrine. T.A. RAILE A.M. Modelos y Teorías en Enfermería cuarta edición Madrid España Mosby-Doyma 1994 pag.99-100

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. En su curso de psicología, usó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para mantener la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula. A partir de esta idea Henderson supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico. A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras: “Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.”

En los 14 componentes de las asistencias de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow. Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *principles and practice of the nursing care*, de 1978.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA. Henderson definió enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.

SALUD. No dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia, cito diversas definiciones de salud de varias fuentes. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar con ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como lo declaro se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción.

ENTORNO. Tampoco en este caso dio una definición propia de entorno, acudió al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

PERSONA. Pensaba en el paciente como un 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.

INDEPENDENCIA. Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que otros hacen de forma normal, de acuerdo con la fase de desarrollo y crecimiento en que se encuentra.³³

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA: Son conductas o indicadores de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud.³⁴

³³ Phaneuf M. Opcit. Pág. 30

³⁴ Luis Rodrigo MT, de la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, España 1998, pág. 38.

DEPENDENCIA: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llegan ala edad normal de hacerlo.

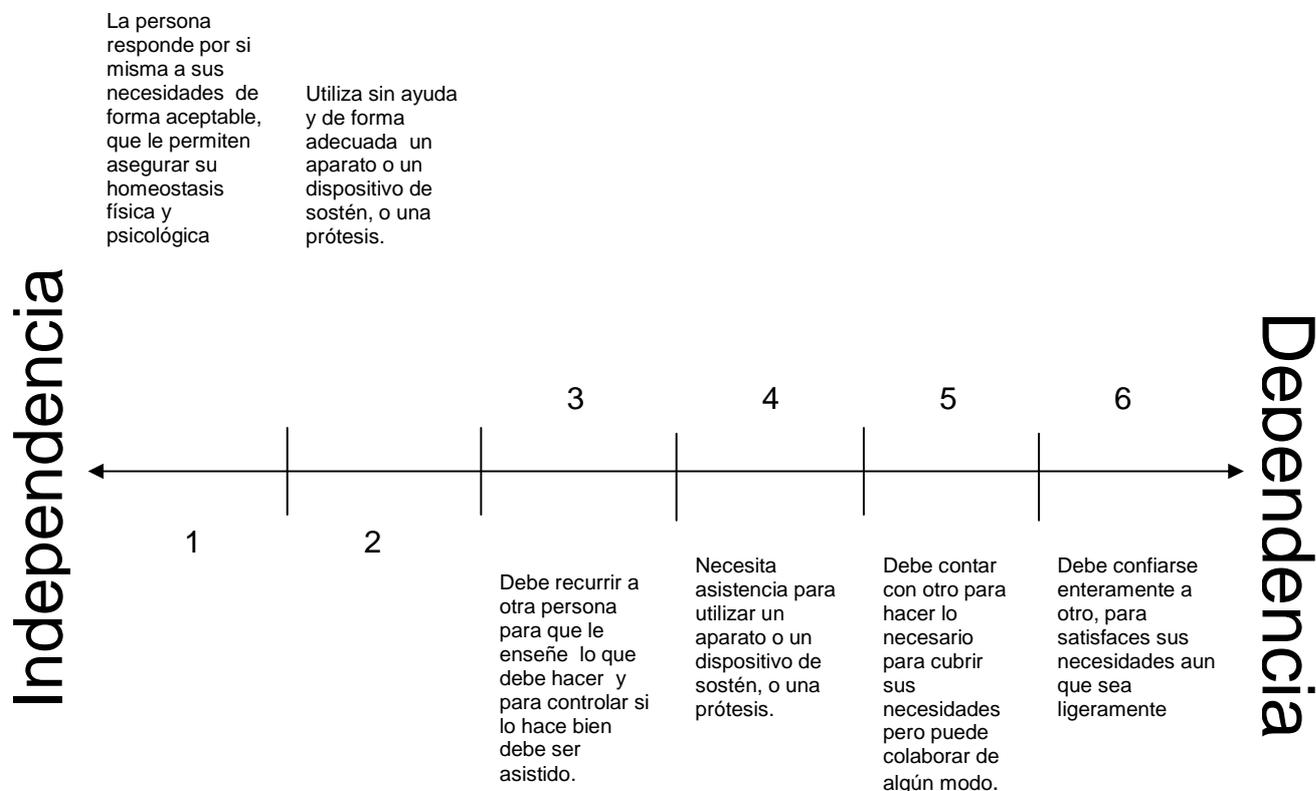
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA: Algunas manifestaciones revelan una satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia ; son indicadores de conductas de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. Pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo que sea la propia persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera. Se traduce por quejas, signos y síntomas que indique una perturbación de orden físico, psicológico, social o espiritual.³⁵

NIVELES DE DEPENDENCIA:

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

³⁵ Phaneuf. La planificación de los cuidados de enfermería. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. España 1999.pag 16

Continuum independencia – dependencia.



Fuente: Phaneuf M. cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Interamericana Mc-Graw Hill p-31.

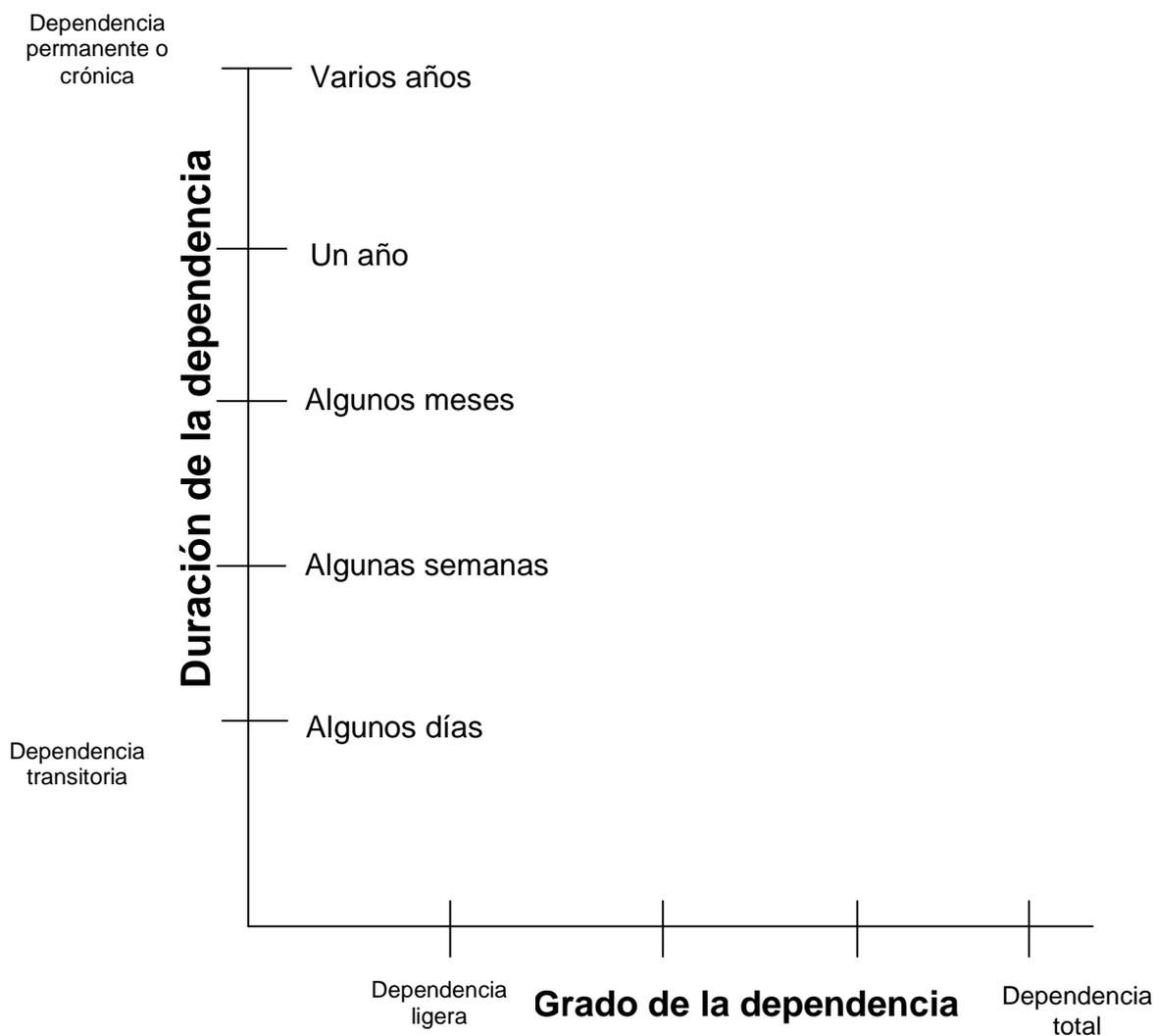
Como se ve en el gráfico existen 6 niveles de Continuum independencia – dependencia. En los niveles 1 y 2 se refiere a la independencia, que representa dos aspectos: lo que realiza por sí mismo para satisfacer sus necesidades de modo aceptable (1) y lo que realiza también de manera independiente, pero con ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o un tratamiento. (2). Los otros 4 niveles señalan una graduación progresiva de la dependencia de la persona, que va desde la prestación de una pequeña ayuda a que otra persona tenga que encargarse por completo de ella.³⁶

³⁶Phaneuf M. La planificación de los cuidados de enfermería. El proceso de atención de los cuidados de enfermería interamericana Mc Graw-Hill pág. 31

Relación entre duración y el grado de dependencia

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

Relación de grado de la duración y grado de dependencia de una persona.³⁷



Fuente: Phaneuf M. cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Interamericana Mc-Graw Hill p-32.

³⁷ Phaneuf M cuidados de enfermería .El proceso de atencio de enfermería Mc Graw-Hill interamericana; pag 32.

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

FUENTES DE DIFICULTAD

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

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

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

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

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

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

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

NECESIDADES: En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidades, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas para el paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada(para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Actuar con arreglo a la propia fé
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
13. Disfruta o participa en diversas formas de entretenimiento
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal, acudir a los centros sanitarios disponibles³⁸

³⁸ RIOPELLE L, Grondin L , y Phaneuf Margot Opcit.

LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON, SON:

NECESIDADES: Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1.- Necesidad de respirar:

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

2.- Necesidad de nutrición e hidratación:

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

3.- Necesidad de eliminar:

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

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

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

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse:

Según V. Henderson es llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. La ropa puede convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.³⁹

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

La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. El calor y el frío captados o percibidos por receptores cutáneos, transmiten los impulsos al hipotálamo, que actúa regularizando la temperatura corporal. Cuando ésta se eleva, los centros anteriores del hipotálamo inhiben la producción de calor aumentan la pérdida de calor provocando una vasodilatación de los vasos cutáneos, una relajación muscular, una estimulación de las glándulas sudoríparas (sudoración) y aumento de la respiración. Cuando la temperatura corporal desciende, los centros posteriores del hipotálamo aumentan la producción de calor y conservan el calor del cuerpo provocando una vasoconstricción de los vasos cutáneos, contracciones musculares (escalofríos) y una inhibición de las glándulas sudoríparas. La temperatura corporal se mide con el termómetro colocando en una de las cavidades del cuerpo.⁴⁰

³⁹<http://pdf.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

⁴⁰ Riopelle L., Grondi, I., Phaneuf, M. Op. Cit. p. 36.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

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

9.- Necesidad de evitar los peligros:

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

10.- Necesidad de comunicar:

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

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

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

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse:

Es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creado y utilizar su potencial al máximo.

13.- Necesidad de recrearse:

Un solo problema de dependencia está contenido en la necesidad de recrearse: el desagrado, es definido como una impresión desagradable y difícil que conduce al aburrimiento, a la desgracia y a la tristeza.

14.- Necesidad de aprender:

El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte. Durante toda la vida, el individuo aprende constantemente a medida que obtiene información, desarrolla habilidades y las aplica al ajustarse a las nuevas situaciones de vida⁴¹.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Virginia Henderson no cito directamente cuales eran los supuestos, de su teoría se han extraído los siguientes.

ENFERMERIA:

- Una enfermera tiene como única función ayudar al enfermo sano o enfermo
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico
- Una enfermera debe tener noción 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 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 dependencia 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 fuerzas, la voluntad o el conocimiento necesarios

⁴¹ Dugas, Beverly Winter. Tratado de enfermería práctica. México. D.F. Ed. McGraw-Hill interamericana; 2000. p.140.

ENTORNO

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones 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 equipos y mantenimiento
- Las enfermeras deberán conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos⁴²

AFIRMACIONES TEÓRICAS

LA RELACIÓN ENFERMERA –PACIENTE

Se pueden establecer tres niveles de relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica de independencia:

- 1) La enfermera como una sustituta del paciente
- 2) La enfermera como una auxiliar del paciente
- 3) La enfermera como una compañera 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 e independiente, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de los que se han quedado ciegos. Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. 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, etc.

⁴² Mariner T.A. OP.Cit.100-103

RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente, deben aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que la enfermera no estaba a las órdenes del médico, ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios, recalca que 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. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada.

EJERCICIO PROFESIONAL

La definición de enfermería en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones, aun que no menciona específicamente las etapas del proceso enfermería.

Al aplicar el plan la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener su salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila. Las intervenciones son especializadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental del paciente.

Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de independencia. Sin embargo un niño no puede llegar a ser independiente, como tampoco una persona inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otros.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS DE ENFERMERÍA

La ética como ciencia, posee un objeto material de estudio, en este caso corresponden a los actos humanos de los que se preocupa, no para describirlos, sino principalmente para orientarlos, por lo que se considera una ciencia principalmente práctica.

Nadie puede negar que experimente una existencia ética o moral, como un conjunto de ideas o criterios de acuerdo a los cuales conduce su vida, sus decisiones y comportamiento, lo que es posible denomina como ética natural. Sin embargo, lo que nos interesa es la ética filosófica que se define como:

“Una ciencia cuyo objetivo es esclarecer la esencia de la vida moral y las relaciones fundamentales en ella implicadas, con el propósito de formular normas y criterios de juicio que puedan constituir una válida orientación para el ejercicio responsable de la libertad personal.”⁴³

La profesión de enfermería como cualquier otra disciplina, requiere de criterios éticos, que definan y reglamenten su ejercicio profesional. En el código de ética de enfermería hacen 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.⁴⁴

⁴³ Rodríguez L. Ética y Bioética de las Ciencias de la Salud, México Interamericana 1993:pag. 35.

⁴⁴ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México diciembre 2001. Pág. 2.

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.

Con motivo de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud que la secretaria de salud emprende, el código de ética para enfermeras que constituyen en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios.

Principios éticos fundamentales del código para enfermeras:

Beneficencia y no maleficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal (primero no hacer daño).

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, efectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía: significa respeto a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de valores y convicciones personales.

Valor fundamental de la vida humana: este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o el abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo propia responsabilidad y control. Dentro de la ética podemos encontrar el consentimiento informado que a continuación se describe.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Aunque este término es muy común en la práctica médica, para las enfermeras recobra cierta significancia que en nuestro quehacer participamos indirectamente en la obtención de este consentimiento, o bien somos testigos de que el paciente lo otorgue.⁴⁵

Por consentimiento informado se entiende como un proceso de diálogo que una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, capacidades para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar, los cuidados a recibir, como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta.

Por otra parte el consentimiento informado es también un derecho del paciente y crea en el profesional de salud tres obligaciones previas:

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

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

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

De acuerdo a este artículo las funciones de enfermería son:

⁴⁵Hernández PMC, Mendoza LC Consentimiento informado de enfermería. En desarrollo científico de enfermería 2002.pag 269-271.

- Colaborar en la valoración del grado de libertad con la que el paciente otorga un consentimiento
- Colaboración en la valoración de la influencia de familiares allegados tanto a favor como en contra del mismo
- Colaborar en la valoración de la capacidad del paciente para tomar decisiones acerca de los procedimientos que le plantean
- Colaborar en la valoración de la cantidad y la calidad de la información que el paciente a recibido del médico, comprobando si existió falta de comprensión por parte del paciente
- Valorar el impacto emocional ocasionado por la información, tanto con el paciente como en sus familiares y allegados
- Colaborar en el grado de validez y autenticidad el consentimiento mediante el conocimiento de los valores del paciente, la observación y la valoración de sus actitudes a lo largo del tiempo que dura la asistencia sanitaria⁴⁶

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

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

Para las enfermeras y enfermeros de México

La observancia del código de ética, para el personal de enfermería los compromete a:

⁴⁶ Hernández PMC; Ibídem Pag.271

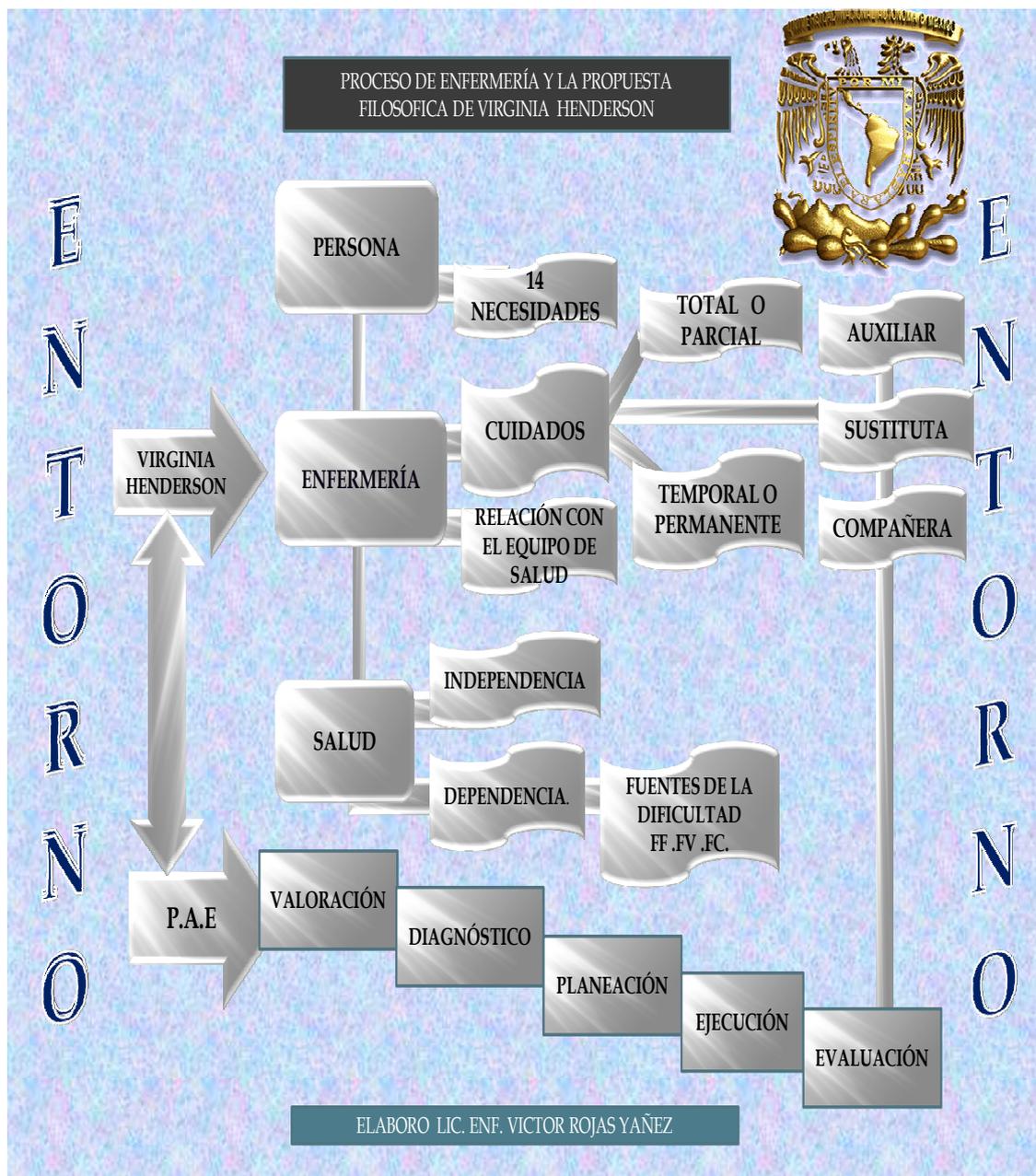
- ✚ Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- ✚ Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- ✚ Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- ✚ Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia las personas o a terceros.
- ✚ Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes forman el equipo de salud.
- ✚ Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencia y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- ✚ Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- ✚ Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- ✚ Fomentar la participación y el espíritu de grupos para lograr los fines profesionales.⁴⁷

⁴⁷ Comisión interinstitucional de enfermería, OP CIT Pag.19

Relación del proceso de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson

Este esquema representa la relación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

1.5 FACTORES DE DEPENDENCIA



1.5 FACTORES DE DEPENDENCIA

ONFALOCELE

El onfalocele (amniocele o exófalocele) tiene una frecuencia aproximada de 1/1500 recién nacidos vivos. Aparece como una tumoración formada por hernia a través del anillo umbilical agrandado recubierto por una membrana derivada del amnios en su parte exterior y del peritoneo en su parte interna con gelatina de wharton entre las mismas⁴⁸. La membrana es translúcida en las primeras horas lo que permite ver el contenido, formado siempre por asas intestinales y a veces por otros segmentos intestinales o hígado. El anillo de la implantación de la pared abdominal (anillo umbilical) tiene un tamaño variable de 2 a 15 cm., cuando mayor sea, más frecuente será la asociación con la falta de desarrollo de la pared muscular. Para algunos autores en los defectos inferiores a 4 cm no existiría hipoplasia muscular, por lo que más que onfaloceles serían hernias del cordón umbilical. La tumoración aumenta de diámetro en su parte central adquiriendo una forma esférica. El cordón umbilical se implanta en la membrana del onfalocele y según su situación (superior, medio o inferior) se puede orientar en sentido inverso la participación en el defecto de los pliegues caudal medio o superior citados en el desarrollo embrionario. El onfalocele se asocia siempre en mayor o menor grado a una disminución del tamaño de la cavidad abdominal, que no ha recibido el estímulo y presión necesaria de las asas exteriorizadas.⁴⁹

EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA

La oclusión incompleta de la pared anterior del abdomen del embrión induce una amplia variedad de defectos anatómicos al nacimiento.

Hacia la cuarta semana de vida embrionaria, el intestino medio crece y se alarga más rápidamente que el embrión, se aloja en el saco vitelino fuera del celoma embrionario. Hacia la decima semana, a medida que la cavidad del abdomen se agranda, el intestino medio regresa rápidamente al embrión y experimenta rotación y fijación. La integridad final de la pared del abdomen depende del retorno del intestino medio junto con crecimiento apropiado y fusión de los cuatro pliegues corporales. A medida que se reúnen o encuentran en el ombligo.

⁴⁸ Nelson Tratado de pediatría 17.a Edición publicación Elsevier España S.A. 2004 Madrid España pag 608

⁴⁹ Cruz.H.M Tratado de pediatría Barcelona España Espaxs publicaciones medicas 6ª edición 1988 pag212

Estos pliegues (cefálico, caudal y dos laterales) se juntan o confunden en la base del cordón umbilical.

ONFALOCELE –CELOSOMIA MEDIA

La anomalía más frecuente es el defecto de migración y fusión de los pliegues laterales, los diferentes grados de hernia de viseras abdominales ocurre a través del anillo umbilical en el interior de un saco transparente compuesto de amnios y peritoneo con gelatina de wharton entre ellos y rara vez se aprecia placas circulares de epitelio diseminadas sobre su superficie. El cordón umbilical se inserta sobre el saco más que en la pared abdominal y el defecto aponeurótico puede ser muy pequeño 2 cm o tan grande 15 cm el tamaño de saco de cubierta o envoltura es, asimismo. Variable y no relacionado necesariamente con el del defecto aponeurótico. Cuando existe una gran abertura aponeurótica y un saco externo de gran tamaño se observa protuberancia masiva del intestino medio, estomago, hígado, y bazo con una cavidad peritoneal diminuta, subdesarrollada “las vísceras herniadas han perdido su derecho de domicilio en la cavidad peritoneal, sin embargo existen todos los músculos abdominales.

El defecto del crecimiento y fusión del pliegue cefálico produce ectopia cordis, (desplazamiento del corazón fuera de la cavidad torácica) o una pentalogía de los defectos que consisten en hendiduras o ausencia de la porción inferior del esternón, ausencia del tabique diafragmático transversal junto con pericardio diafragmático, anomalías cardiacas congénitas y onfalocele en la porción epigástrica de la pared abdominal.

PENTALOGÍA DE CANTRELL

Formada por el defecto del cierre del pliegue cefálico, está constituida por

- Fisura esternal inferior
- Hernia diafragmática anterior con defecto pericárdico asociado.
- Onfalocele superior a través del orificio
- Ectopia cordis
- Ectopia cordis con graves malformaciones cardiacas

EXTROFIA. Aparece como un onfalocele por debajo del cual existe una extrofia vesical a veces como dos hemivejigas laterales en medio de las cuales aparece el intestino anterior en forma de terminaciones libres, como una ileostomía con prolapso. Existe hipoplasia del colon y agenesia anal. Muchas veces el colon hipoplásico aparece como un hemicanal evertido sustituyendo al suelo perineal hipoplásico. Se asocia asimismo a malformaciones de las extremidades (ectromelias), hemivértebras y agenesia sacra. Son niños con un mal pronóstico vital y funcional a pesar de practicar múltiples intervenciones plásticas.

SINDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN. Se asocia al onfalocele macroglosia, gigantismo, y visceromegalia como elementos más típicos en las formas completas. En ocasiones la hiperplasia de los islotes de Langerhans del páncreas da lugar a graves hipoglucemias en el periodo neonatal que deben ser tratadas precozmente o prevenidas.

EL ONFALOCELE AISLADO. Puede asociarse también a otras malformaciones no visibles externamente. Las más graves son las cardíacas (10%) y las más frecuentes las digestivas. Dentro de las últimas, los defectos de rotación son la regla, por la falta de fijación embrionaria. Con menor incidencia se observan atresias intestinales, duplicaciones y hernias diafragmáticas. Sin embargo el onfalocele aislado acostumbra a tener un buen pronóstico, con la excepción del grupo con anomalías cardíacas y el de los onfaloceles de gran tamaño.

TRATAMIENTO. Depende del tamaño del defecto abdominal y sobre todo de la cantidad de viseras herniadas. Los defectos de pequeños tamaños (por debajo de 7 u 8 cm de diámetro) y con pocas viseras en su interior son fácilmente reducibles sin aumento excesivo de la presión intraabdominal y el cierre quirúrgico. Los defectos de gran tamaño y con gran contenido visceral son difíciles de reducir, ya que las viseras no pueden ser introducidas sin presión en la cavidad abdominal hipoplásica (“han perdido su derecho a residencia”); la presión aumenta, se produce un trastorno grave en la circulación de retorno venoso, incompatible con la vida si aumenta por encima de 20 cm de agua.

También se altera la motilidad diafragmática. En niños curarizados durante la intervención quirúrgica, el aumento de presión puede aparecer únicamente en el momento de la descuerización lo que debe tenerse en cuenta. Por ello en muchas ocasiones no puede procederse el cierre primario. Gross propuso el cierre de la piel por encima de las asas, sin cierre de la musculatura, pero las grandes hernias residuales con grandes adherencias representan a veces un problema quirúrgico superior al mismo onfalocele. Gross introdujo el tratamiento con pincelaciones de mercurocromo para formar una escara que al secarse iría reduciendo propiamente el defecto. La intoxicación mercurial, la infección, la ruptura de la escara y la larga hospitalización en los mejores casos constituyen las grandes dificultades de este método.

Actualmente la tecnología más utilizada es la de Schuster o sus variantes consiste en la creación de un saco de silastic (material proteico inerte) que contiene las asas intestinales, luego se va reduciendo mediante suturas progresivas en los días siguientes a la intervención, hasta obtener la reducción total momento en que se extrae para conseguir el cierre definitivo del defecto. Es esencial mantener una asepsia completa del saco mediante la administración de antibióticos por vía parenteral, así como la irrigación del mismo con soluciones antisépticas (nitrato de plata al 1/1000) durante el periodo de la reducción progresiva (7 a 20 días) el niño debe ser mantenido en alimentación parenteral y durante los primeros días curarizados y con ventilador.⁵⁰

ONFALOPATIAS ADQUIRIDAS. Interesan las alteraciones de la cicatrización, las infecciones, las hemorragias, las hernias y los tumores, para tener un criterio claro de las modalidades anatomoclínicas en las onfalopatías del recién nacido, conviene recordar la estructura del ombligo y cordón umbilical. En el cordón umbilical, existe la vena umbilical, dos arterias umbilicales y algunos vasos linfáticos, todos ellos envueltos en la llamada gelatina de wharton, que a su vez está cubierta por una formación de origen amniótico.

⁵⁰ Manuel C. H. Nuevo Tratado de pediatría Barcelona España publicación Oceano/Ergon 2010 vol.1 pag 231-232

También van a encontrarse restos del alantoides, del conducto onfalomesentérico y del uraco. Cuando el niño nace y se corta el cordón umbilical, rápidamente las arterias se contraen y se produce en ella una oclusión anatómica y funcional, para quedar convertidas en ligamentos laterales vesicales. El uraco, que tiene una disposición media, se ocluye ya normalmente antes de que nazca el niño y se transforma en el ligamento vesical medio. La vena umbilical, que sigue una dirección ascendente y se comunica por un lado con la porta y por una pequeña manifestación con la cava inferior (conducto de Arancio), en el momento de nacer se ocluye funcionalmente; su cierre anatómico se produce 20-25 días después y se puede aprovechar esta permeabilidad para realizar transfusiones o exsanguinotransfusiones, si bien el mismo tiempo constituye una posible puerta de entrada para las infecciones generalizadas. La vena umbilical al ocluirse formara por la parte fundamental el ligamento redondo y el llamado conducto de Arancio se va a convertir en el pequeño ligamento venoso. Los demás elementos y la gelatina de wharton sufren rápidamente el proceso normal de cicatrización del ombligo o “necrosis aséptica umbilical”.

TRASTORNOS DE CICATRIZACIÓN. Se refiere fundamentalmente a la prolongación del proceso de cicatrización del ombligo, que normalmente dura de 7 a 10 días. Para favorecer esta cicatrización no se debe someter el ombligo a condiciones excesivas de humedad de cualquier naturaleza estarán siempre contraindicados, se aconseja la cura umbilical dos a tres veces al día manteniendo siempre seca la cicatriz.

En la evolución corriente de la cicatriz umbilical, la necrosis del cordón se produce lentamente y queda limitada al llegar a la pared abdominal, exactamente al anillo de implantación del Cordón umbilical en el abdomen, lugar donde se forma una cicatriz que se va ha epitelizar, dejando los pliegues característicos. Esta evolución se puede alterar por tres variantes, el llamado ombligo cutáneo, el amniótico y los trastornos cronológicos de la cicatrización. Una falta de fusión a nivel del plano muscular da lugar a la hernia umbilical simple o postnatal.

OMBLIGO CUTÁNEO. El tejido de epitelización no se limita a la parte de implantación umbilical. Sino que asciende por el cordón y motiva que la cicatriz del ombligo quede como un pequeño muñón, de esta forma se constituye el ombligo cutáneo, con aspecto de débil o dedo de guante, que a veces se confunde con una hernia umbilical, en el ombligo cutáneo no hay contenido intestinal ni abdominal: solamente está constituido por la piel, con el tiempo suele retraerse y queda a menudo una cicatriz umbilical normal.

OMBLIGO AMNIÓTICO. El proceso de necrosis es rápido e intenso, invadiendo en parte la piel de la pared abdominal, produciendo una herida amplia y posteriormente una cicatriz atrófica grande. Con el tiempo a veces disminuye hasta adoptar el ombligo una configuración normal o poco alterada, si bien esta evolución favorable espontánea es poco frecuente y suele necesitar corrección quirúrgica.

TRASTORNOS CRONOLÓGICOS DE LA CICATRIZACIÓN. Como anomalía iatrogena se debe recordar la cicatrización demasiado rápido ocasionada por medicamentos que motivan la citada falsa cicatrización del ombligo. Favorecedora de infecciones umbilicales y sus graves consecuencias. La cicatrización lenta del cordón umbilical o de la hernia umbilical debe hacer sospechar la existencia de infección o de algunas anomalías congénitas, aunque es frecuente que se produzca por una cura umbilical inadecuada o demasiado húmeda. El desprendimiento tardío del ombligo debe hacer sospechar la enfermedad Anchor donde aparecen infecciones bacterianas de repetición por alteración de la quimiotaxis neutrofila.

INFECCIONES UMBILICALES. Puede ser de origen de sepsis, infecciones localizadas en otros órganos (meningitis, etc.) trastornos digestivos y nutritivos así como ictericia neonatal, en términos generales se pueden distinguir tres tipos de infecciones en el ombligo, la infección del cordón, la infección umbilical propiamente dicha, es decir, de la herida o cicatriz umbilical (onfalitis, granuloma umbilical) y la infección de los vasos.

- **LA INFECCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL.** Se refiere aquellos casos en los que evoluciona hacia una necrosis séptica, suele estar en relación con infecciones anteparto (carioamnionitis) o durante el parto cuando se presenta precozmente. La forma más frecuente es la tardía en relación casi siempre con escaso cuidado del cordón umbilical.

- **LA INFECCIÓN DE LA CICATRIZ UMBILICAL.** Puede ser producida por gérmenes inespecíficos o específicos. La onfalitis por gérmenes inespecíficos más corriente es la llamada onfalitis catarral o blenorrea umbilical, se trata de ombligos húmedos que eliminan un ligero exudado seroso o sanguinolento, sin reacción inflamatoria importante en su base, pero que sigue manchando el apósito pasado los 8-10 días, desaparece fácilmente con los cuidados habituales del ombligo.

- **EL GRANULOMA UMBILICAL.** Es una alteración frecuente y benigna que consiste en una pequeña tumoración de color rojo vivo, que se observa al abrir los pliegues del ombligo. Suele tener un tamaño oscilatorio entre el de una lenteja y un garbanzo obligando al diagnóstico diferencial con los tumores umbilicales antes citados. Coexisten síntomas correspondientes a la blenorrea umbilical. El tratamiento indicado, unos toques de nitrato de plata sobre el granuloma.

- **LA ONFALITIS SUPURADA.** Es un grado más intenso de infección umbilical, la secreción es purulenta y se produce infiltración de la pared abdominal cercana al ombligo. Es prudente agregar al tratamiento local una terapéutica general con antibióticos. En la onfalitis necrótica, más rara aparece una ulcera por la acción de gérmenes más virulentos (anaerobios) cursan con gravedad especial y requieren un tratamiento local y general intenso. esta afección se acompaña muchas veces de la constitución de un

verdadero flemón umbilical, es decir un absceso en la pared abdominal, existen otras infecciones umbilicales como la originada en la sífilis congénita o la difteria umbilical, en la actualidad raras, entre las infecciones de los vasos umbilicales la más frecuente es la afectación de la vena umbilical, ya que permanece más tiempo abierta, suele acompañarse de onfalitis supurada importante y va a constituir un absceso generalmente en la parte superior del abdomen, que motivara un abdomen tenso, doloroso, con piel enrojecida y venas superficiales dilatadas, en algunos casos se producirá una verdadera peritonitis y cuando el trombo progresa una hepatitis supurada neonatal. Existe el riesgo de sepsis, si el trombo sobrepasa la barrera hepática, cuando el tratamiento es ineficaz hay peligro de trombosis de la vena esplénica con esplenomegalia, síntomas propios de hiperesplenismo (trombocitopenia, leucopenia, anemia.) y sobre todo gastrorragias repetidas con hematemesis y melenas, los casos de infección de las arterias umbilicales, producen también una onfalitis importante mal estado general y reacción peritoneal en la parte baja del vientre, un síntoma inicial es la aparición de un edema duro en el pubis del recién nacido. Cabe citar la infección de los linfáticos umbilicales, en la que destacara la tumefacción difusa de toda la pared abdominal sobre todo en su parte superior, con tendencia necrótica y afectación general grave.

HEMORRAGIAS DEL OMBLIGO. Por trastorno en la coagulación sanguínea concretamente la enfermedad hemorrágica por hipoprotrombinemia y más raramente por otras coagulopatías, existen también hemorragias umbilicales relacionadas con procesos infecciosos, tóxicos, pero rara vez por una mala ligadura del cordón o factores traumáticos.

HERNIAS UMBILICALES SIMPLES O ADQUIRIDAS. La cicatriz umbilical se refuerza en el plano músculo aponeurótico por la fibrosis del uraco, vena umbilical, arterias umbilicales y por la extensión de la fascie de Richet que se prolonga desde la fascia transversalis. Cuando la resistencia facial resulta insuficiente y se combina con aumento de la presión abdominal aparece una

hernia umbilical, se presenta con frecuencia en los primeros días de vida por la salida de asas intestinales o epiplón a través del anillo umbilical. Se manifiesta como una tumoración que propulsa a nivel del ombligo que aparece evertido. Es fácilmente reducible, palpándose entonces un orificio herniario rodeado de bordes duros (anillos umbilicales). Debe de ser diferenciada del ombligo cutáneo, simple eversión de la piel umbilical sin la presencia de hernias.

La incidencia a los pocos días de nacimiento es superior al de la raza negra (30%) respecto a la blanca (4%). Al año de vida las cifras se reducen a menos de la mitad demostrando la tendencia espontánea hacia la curación.

En cuanto al tratamiento, la hernia umbilical del recién nacido y lactante permiten una conducta expectante: pocas veces se encarcela o estrangula y la producción de dolor es dudosa. En casos de gran tamaño puede mantenerse la hernia reducida y próxima los bordes, con un trozo de esparadrapo amplio. Su único inconveniente es la posible irritación de la piel del abdomen, los vendajes corrientes, una simple venda o las fajas abdominales no tienen acción correctiva, los dispositivos ortopédicos a menudo son traumatizantes e incluso pueden incrementar la hernia inicial. El tratamiento es quirúrgico, solo en casos excepcionales se realizará antes de los 2 años de vida.⁵¹

⁵¹ Manuel C.H. OP CIT 234-235.

II.METODOLOGÍA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El siguiente estudio de caso trata de un lactante menor de 8 meses de edad, originaria y residente del Estado de México. La mamá durante su embarazo, únicamente acude tres veces a su consulta prenatal que fue a los 2, 6 y 7 meses de embarazo, acudió por primera vez al médico por presentar amenaza de aborto a los 2 meses. Nació por cesárea en el Hospital de la Mujer con un peso de 2.070 kg, requirió apoyo ventilatorio después de su nacimiento y se quedó 24hrs, posteriormente fue referido al Hospital Infantil de México Federico Gómez, el 14 de marzo de este año. El 5 de julio se realiza injerto de piel para cubrir el onfalocele la fecha tiene 8 meses de edad con diagnóstico de onfalocele, broncodisplasia pulmonar, procedente de una familia nuclear conformado por padre de 25 años de edad, mamá de 31 años de edad dedicada al hogar, estudios de ambos padres de secundaria terminada, dos hermanos de 10 y 8 años respectivamente de su primer matrimonio.

Su abuelo paterno de 75 años padece de problemas de próstata, abuela paterna de diabetes y problemas de corazón sin especificar de qué tipo. Comenta la mamá que su abuelo materno de Vanesa murió a los 60 años, desconoce la causa pero tenía problemas de crisis convulsivas, abuelos maternos aparentemente sanos. Padres aparentemente sanos, no alcoholismo ni tabaquismo, su hermano de 8 años posoperado de hernia testicular izquierdo, su otro hermano aparentemente sano.

Es un lactante menor sexo femenino de 8 meses de edad, aparentemente igual a la cronológica, con un peso de 5.370 kg y talla de 55 cm. con buen estado de hidratación palidez de piel, a acepción del injerto del onfalocele ya que esta se encuentra deshidratada, piel áspera y reseca en los sitios de mayor presión se encuentran ligeramente con eritema en región perianal.

DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES DE DEPENDENCIA

Necesidad de **OXIGENACIÓN**. Vanesa lactante menor con cianosis distal, que la presenta al manipularse, a la irritación, al realizar algún procedimiento como baño de esponja, curación de catéter o al realizar algún otro procedimiento que le moleste. Tiene también diagnóstico médico de broncodisplasia pulmonar, actualmente se encuentra con cánula orotraqueal conectado a ventilador mecánica con FIO₂ 70%, PIP 23, PEEP 1, FR 39, saturación de oxígeno de 97%. Gases en sangre PO₂ 74.6, PCO₂ 37.3, PH 7.35, HCO₃ 17.9, Con laboratorios HB 21.4, HTO 63.2, Leucocitos 22,400, Linfocitos 48, Monocitos 10, Plaquetas 193.000 TP 25 SEG 32%, TPT 77.6 seg. CA 6.7, Creat 1.2, NA 136, K 5.8, Cl 100, MG 1.9 BT 3.76, BD 0.44, BI 3.32, PT 5, ALB 2.3, Glob 2.7 campos pulmonares con estertores , continua con secreciones blanquecinas espesas que al aspiración de secreciones mejora su estado de oxigenación, en algunas ocasiones presenta eventos de desaturación y broncoespasmos lo que afecta la oxigenación a nivel alveolar y celular que se revierte con presión positiva y nebulizaciones con combivent mejorando su oxigenación, un procedimiento pendiente e importante para mejorar esta necesidad es la colocación de cánula de traqueotomía.

Necesidad de **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**. Mucosas orales semihidratadas con resequead de la lengua y muy poco movimiento debido a que tiene la cánula orotraqueal que no le ha permitido desarrollar el reflejo de succión por tal motivo su fórmula se pasa por sonda orogástrica en infusión continua, en ocasiones se ha quedado en ayuno para su programación a quirófano (colocación de cánula de traqueotomía) pero debido a que no le dan su espacio, es programada en otra fecha por la demanda de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en este hospital, otro factor que afectan su necesidad es la propia enfermedad de onfalocele, es un defecto de gran tamaño y con gran cantidad visceral que estuvo expuesto, al realizar el injerto la presión abdominal aumentó y afecto la motilidad diafragmática e intestinal lo que altera su absorción nutricional a través del aparato digestivo reflejado en su bajo peso y talla. Tiene 8 meses y un peso de 5.370 kgal nacimiento peso 2.070 kg lo que le corresponde para su edad un peso de 7.070 kg en cuanto a la talla es de 55 cm y al nacer midió 43 cm esto significa que no ha

crecido lo suficiente de acuerdo a su edad ya que en el primer año de vida un niño debe ir creciendo de 2 a 2.5 cm por mes.

Necesidad de **ELIMINACIÓN**. Piel ligeramente pálida continua con cánula orotraqueal conectada a ventilador mecánica con aspiración de secreciones blanquecinas espesas, tiene sonda orogástrica por donde se pasa su fórmula 105 ml para 3 hrs cada 4 hrs. Debido a su estado de salud las uresis y evacuaciones son cuantificadas a través del pañal, ella avisa a través de la irritabilidad es cuando el personal de enfermería se da cuenta que se encuentra sucia. Las evacuaciones son amarillas pastosas y en ocasiones semilíquidas teniendo una reposición del 50 % con solución fisiológica, las evacuaciones fueron durante la valoración de la necesidad de 120 gr amarillas pastosas y una uresis de 520 ml en 24 hrs.

Necesidad de **MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**. La lactante menor se encuentra con cánula orotraqueal, sonda orogástrica, catéter 3 lúmenes en yugular izquierda por donde se pasa infusión de midazolam. Constantemente se le brindan cambios de posición (decúbito dorsal, decúbito lateral izquierdo y derecho) con sujeción de miembros superiores debido a que se lleva las manos al catéter o a la cánula orotraqueal, esto impide que tenga movimiento y movilización de algunas partes de su cuerpo.

El desarrollo psicomotor de Vanesa le está afectado debido a su propia enfermedad. El personal de enfermería junto con el personal de rehabilitación hacen un buen trabajo en la movilización y ejercicios para evitar una atrofia muscular y tener una buena circulación, oxigenación y nutrición de los tejidos.

Necesidad de **DESCANSO Y SUEÑO**. Vanesa tiene una infusión de midazolam lo que le permite que mientras esté pasando el medicamento la mantenga sedada, durante el día únicamente se mantiene inquieta cuando se aspira o cuando se le realiza un procedimiento como la curación de su catéter, baño de esponja. Por el momento está con midazolam esto también le permite disminuir su dolor, stress, angustia, tensión mejorando su descanso y sueño evitando invadir su interrupción durante esta necesidad.

Necesidad de **VESTIRSE Y DESVESTIRSE**. Signos vitales estables, frecuencia cardiaca de 120, frecuencia respiratoria de 44, presión arterial de 90/60 temperatura de 36.6, el cambio de ropa de la cama y de Vanesa se realizan diariamente por el personal de enfermería y en algunas ocasiones con la ayuda de la mamá. Ella cuenta con tres mudas de ropa que se utilizan en caso de que no se encuentre en el servicio ropa de acuerdo a su talla. Nosotros como personal de enfermería estamos al pendiente de la ropa de Vanesa que sea la adecuada en cuanto a tamaño, composición, material. La ropa que actualmente tiene está compuesta 100 % algodón que le permite estar más cómoda.

Necesidad de **TERMORREGULACIÓN**. Vanesa a la inspección tiene buena coloración de la mucosa, piel morena clara a diferencia del onfalocele por su propio injerto que se le realizó en julio del presente año presenta resequedad y ligera pigmentación, también tienen algunos medios de monitorización invasiva que pueden afectar la integridad de la piel tal es el caso de la fijación de la cánula orotraqueal, catéter en yugular izquierda, a la palpación la piel es de consistencia suave, con adecuada temperatura.

La lactante presenta una temperatura de 36.8°C y posterior al baño baja la temperatura a 36°C se realiza la intervención de colocarle sabanas para que gane el calor perdido, los signos vitales son tomados cada dos horas, se verifica que exactamente se mantiene con una temperatura adecuada durante el turno, aunque existen diversos factores de riesgo que pueden intervenir en la alteración de la temperatura corporal como el clima, la ansiedad y las emociones fuertes, la ingesta de líquidos fríos o calientes, la ropa y las enfermedades de origen infeccioso, neoplasias y trastornos metabólicos.

Durante el turno no presenta ninguna alteración de la temperatura.

Necesidad de **HIGIENE**. Presenta buena coloración de piel, hidratada, con buena elasticidad aceptación del injerto del onfalocele con resequedad y ligera pigmentación, buena implantación de pelo color negro suave, fino, corto y limpio, el color de la mucosa bucal es sonrosada con ligeras lesiones provocadas por la misma cánula orotraqueal, pabellón auricular limpias y aseadas la piel en genitales con disminución de eritema de pañal, uñas de miembros superiores e inferiores limpias, cortas, y en buen estado de implantación. Por la mañana se realiza baño

de esponja para mantener a Vanesa aseada con buena apariencia y cuidada que nos permita disminuir el estado de inquietud. Después del baño se queda tranquila y relajada lo que le permite descansar y dormir durante el día, también se realiza lubricación de todo su cuerpo principalmente del injerto del onfalocele con crema lubriderm, el cambio de ropa se realiza diariamente manteniéndola limpia aseada y seca, en cuanto al área genital estamos pendientes de vigilar y cambiar los pañales después de cada evacuación y orina, así como el aseo y la aplicación de pomada (pasta lassar) para evitar que se aumente el eritema del pañal.

Necesidad de **SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**. El factor que afecta esta necesidad es que la pequeña se encuentra especialmente susceptible a infecciones recurrentes debido a los procedimientos invasivos que se realizan día con día y al tiempo de prolongación de su estancia hospitalaria por su propia enfermedad.

Necesidad de **COMUNICACIÓN**. Hasta el momento continúa hospitalizada. A pesar de su estado de salud, su edad y su propia enfermedad no ha permitido que lleve una buena comunicación con sus familiares.

La mejor comunicación de la mamá es que le habla, le canta, la besa, acaricia y le dice que la quiere mucho y está con ella en todo momento.

A la exploración física, conductos auditivos externos permeables membranas timpánicas aperladas, pabellones auriculares bien conformadas y adecuada implantación, no responde muy bien a los estímulos externos cuando se le habla, en algunas ocasiones al escuchar la voz de la mamá intenta voltear pero la cánula orotraqueal le impide que siga el sonido.

Ojos simétricos, esclerótica blanca, ligeros movimientos oculares que en ocasiones fija la mirada en un objeto. Naríz centrada integra, narinas permeables. Cavidad oral con labios resecos, mucosas orales semihidratadas, muy poca movilidad de la lengua y boca debido a la cánula orotraqueal. Hasta el momento no cuenta con ningún diente a pesar de sus 8 meses de edad, no habla ni emite sonidos, la comunicación de la mamá con Vanesa es a través del tacto y las palabras de amor que la mamá le brinda.

Necesidad de **CREENCIAS Y VALORES**. Vanesa desconoce sobre la religión, la mamá es católica, acude todos los domingos a la iglesia de su pueblo, tiene mucha fé en la Virgen de Guadalupe y en el Sagrado Corazón de Jesús les pide que ayuden a Vanesa a que mejore su estado de salud y pone en manos de todo el personal de salud que intervienen en sus procedimientos para que sean guiados por nuestro dios. La mamá les pide mucho a Dios y a la Virgen de Guadalupe que salgan las cosas lo mejor que se pueda, comenta la mamá que en casa tiene imágenes de la Virgen de Guadalupe y del sagrado corazón de Jesús. El 12 de diciembre festejan el día de las Guadalupe llevándole flores y pedirle que le ayude a que mejore su estado de salud de Vanesa.

Necesidad de **TRABAJAR Y REALIZARSE**. Su corta edad, la hospitalización, su estado de salud y los aparatos invasivos que tiene Vanesa no le permite jugar con niños de su misma edad, el desarrollo psicomotor y las inhibiciones que se han presentado como el controlar los movimientos de las manos, pasarse objetos de una mano a otra, sentarse, gatear, omitir algunas palabras o sonidos de acuerdo a su edad, son factores que se han agregado y que influyen en su etapa de crecimiento y desarrollo perjudicando las actividades que a su edad son normales. Vanesa no tiene la interacción eficaz con su entorno para aprender y realizar su propio juego.

Necesidad de **JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**. La edad, su estado psicomotor y su propia enfermedad son factores que intervienen para que la lactante menor no pueda pasar un día agradable y divertido. La cánula orotraqueal conectada a ventilador, la sonda orogástrica, la sujeción de extremidades superiores e inferiores, evitan accidentalmente que se decanule, los aparatos y procedimientos invasivos impiden a Vanesa que no pueda jugar y realizar actividades que son acorde a su edad. Como empezar a repetir silabas o palabras, si, no, papá, mamá, dormir sus ocho horas durante la noche, sentarse sola e iniciar el gateo. Debido a que tienen afectado esta necesidad no le permite llevar a cabo una ocupación agradable, así como diversiones a través del juego de acuerdo a su edad.

Necesidad de **APRENDIZAJE**. Vanesa lactante menor con piel pálida con disminución a la respuesta a estímulos externos, la cánula orotraqueal, la sonda orogástrica también son un impedimento para que pueda tener estimulación en la pronunciación y emitir sonidos que le permitan aprender y conocer actividades de acuerdo a su edad, la sujeción de miembros inferiores y superiores inhiben su diversión y su aprendizaje a través del juego. Los órganos de los sentidos están afectados principalmente el gusto (cánula orotraqueal y sonda orogástrica) tacto (sujeción de miembros inferiores y superiores,) olfato (falta de estimulación de olores). Vanesa se ha brincado varias etapas de aprendizaje acorde a su edad impidiéndole que sea más difícil la incorporación en la etapa de desarrollo bio-psico-social.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Para la realización del estudio de caso se revisaron diversos artículos que son la evidencia científica de los cuidados y acciones de enfermería especializada. También se utilizó el Proceso de Atención de enfermería (P.A.E) y las valoraciones de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Mediante estas valoraciones el profesional de Enfermería tiene la capacidad de detectar el grado de independencia o dependencia que tiene la paciente para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación ya sea biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

Estas valoraciones fueron exhaustivas y focalizadas para lo cual se requirió del formato de reporte diario utilizando la entrevista del propio paciente o de los familiares o cuidadores primarios así como la exploración física a través del método clínico, también se obtuvieron datos importantes a través del expediente clínico, e información a través de la consulta bibliográfica

Para la valoración exhaustiva se utilizo el formato "instrumento de valoración clínica en niños de 0 a 5 años" (anexo 1). Nos permitió organizar la información de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson que facilita su jerarquización, la elaboración de diagnósticos de enfermería y el plan de intervención. Se realizaron un total de 18 seguimientos.

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

La realización de las valoraciones focalizadas fue posible identificar las fuentes de la dificultad que establece el grado de independencia y/o dependencia de las necesidades básicas, lo que permitió la elaboración de diagnósticos reales, de riesgo, y de salud, para lo cual se utilizó el formato P (problema) PE (problema etiología) PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).

Las valoraciones focalizadas de las necesidades permitieron identificar situaciones de riesgo y realizar diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería se elaboraron con base a la propuesta taxonómica de la NANDA 2007-2008.

A continuación se presenta un cuadro que expone los diagnósticos de Enfermería que fueron elaborados.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

NOMBRE. Vanesa Vargas Escobar REGISTRO 792236 EDAD 8 meses PESO 5.370 KG TALLA 55 cm

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	TIPO DE DIAGNÓSTICO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FUENTE DE LA DIFICULTAD	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD
OXIGENACIÓN	Patrón respiratorio ineficaz relacionados con la acumulación de secreciones en cánula orotraqueal manifestado por desaturación de oxígeno hasta de 70% palidez y cianosis.	Real	24 Noviembre 2009	Física y de conocimientos	Permanente o crónica Grado 6	Alta
NUTRICIÓN	Dependencia en la nutrición por defecto relacionada con disminución en la absorción de nutrientes manifestada por bajo peso con un déficit del 24 %, palidez, piel seca.	Real	25 de Noviembre 2009	Física y de conocimientos	Permanente o crónica Grado 6	Alta

ELIMINACIÓN	Riesgo de infección de vías urinarias relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario para realizar la limpieza y aseo de genitales después de cada evacuación y micción.	Riesgo	30 de Octubre 2009	Física y de conocimientos	Permanente o crónica Grado 4	Medio
MOVIMIENTO Y POSTURA	Riesgo de dependencia en la movilidad física relacionada con disminución de la movilidad de miembros inferiores y superiores.	Riesgo	22 de Octubre 2009	Conocimientos, fuerza y voluntad	Transitoria Grado 5	Media

DESCANSO Y SUEÑO	Alteración del patrón del sueño y descanso (insomnio) relacionado con múltiples procedimientos (aspiración de secreciones, toma de signos vitales) manifestado por irritabilidad, inquietud, y llanto.	Real	21 de Octubre 2009	Conocimiento, Fuerza y Voluntad	Permanente o crónica grado 4	Media
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	Conducta generadora de salud del cuidador primario para mejorar el vestido de Vanessa.	Real	27 de Noviembre 2009	Conocimiento, Fuerza y Voluntad	Transitoria Grado 3	Media

TERMOREGULACIÓN	Riesgo de hipertermia relacionada con procedimientos Invasivos.	Riesgo	26 de Octubre 2009	Fuerza	Transitoria Grado 3	Media
HIGIENE	Riesgo de dependencia en la higiene personal relacionada con falta de conocimiento de la mamá para realizar el aseo integral.	Riesgo	28 de Octubre 2009	Fuerza Conocimiento Voluntad	Transitoria Grado 4	Media
EVITAR PELIGROS	Riesgo de infección sistémica relacionada con procedimientos invasivos (toma de productos, manejo de catéter y de injerto)	Riesgo	27 de Octubre 2009	Fuerza Conocimiento Voluntad	Transitoria Grado 4	Medio

COMUNICACIÓN.	Alteración en la comunicación relacionada con falta de conocimientos del cuidador primario manifestado por no saber cómo comunicarse con Vanessa	Real	4 de Noviembre 2009	Fuerza Conocimiento Voluntad	Permanente o crónica Grado 6	Alta
CREENCIAS Y VALORES	Disposición de la mamá para mejorar la religiosidad relacionada con la expresión y deseos de reforzar sus patrones y creencia manifestada por asistir todos los domingos a misa.	Real	29 de Octubre 2009	Fuerza Voluntad	Transitoria Grado 4	Baja

<p>JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>Dependencia en la necesidad de recreación relacionada con falta de conocimiento del cuidador primario de los juguetes que debe tener en el área hospitalaria manifestado por irritabilidad, inquietud, ansiedad, de Vanessa.</p>	<p>Real</p>	<p>9 de Noviembre 2009</p>	<p>Conocimiento Fuerza Voluntad</p>	<p>Transitoria Grado 4</p>	<p>Medio</p>
<p>TRABAJAR Y REALIZARSE</p>	<p>Riesgo de deterioro de interacción con su entorno relacionado con la falta de aprendizaje y realizar su propio juego</p>	<p>Riesgo</p>	<p>11 de Noviembre 2009</p>	<p>Fuerza</p>	<p>Transitoria Grado 4</p>	<p>Baja</p>

APRENDIZAJE	Dependencia en la necesidad de aprendizaje del cuidador primario r/c falta de conocimientos sobre las habilidades que debe tener su hija de acuerdo a su etapa de desarrollo m/p verbalización de la mamá de no conocer las estrategias de aprendizaje de su hija en esta etapa.	Real	20 de Noviembre 2009	Conocimiento Voluntad Fuerza	Transitoria Grado 4	medio
-------------	--	------	----------------------	------------------------------------	------------------------	-------

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN ESPECIALIZADA

Para la planeación especializada se realizó la jerarquización que favorecen las necesidades alteradas en la lactante menor para brindarle cuidados especializados de enfermería.

Las normas utilizadas para planear las intervenciones fueron, establecer las prioridades, marcar los objetivos para el paciente, seleccionar las estrategias de enfermería y finalmente desarrollar un plan de cuidados.

Las intervenciones se clasificaron en independientes que son aquellas que la enfermera (o) realizan con autonomía. Intervenciones dependientes aquellas que derivan de una indicación médica o personal de salud y por último las intervenciones interdependientes son aquellas acciones que se realizan en conjunto con otros profesionales de la salud en beneficio del paciente.

El formato de planeación está conformado por ficha de identificación, datos subjetivos, datos objetivos, diagnóstico de enfermería, objetivo de la planeación, nivel de dependencia, grado de dependencia, prioridad, tipo de asistencia, plan de intervenciones (intervenciones de enfermería, actividades de enfermería, fundamentación científica) y finalmente la evaluación.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Patrón respiratorio ineficaz relacionados con la acumulación de secreciones en cánula orotraqueal manifestado por desaturación de oxígeno hasta de 70% palidez y cianosis.

OBJETIVO

Vanessa Mejorara el patrón respiratorio mediante un plan de fisioterapia respiratoria durante las siguientes 6 horas.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA

Dependencia grado 6

TIPO DE PRIORIDAD Alto

FECHA DE IDENTIFICACIÓN 24 DE NOVIEMBRE 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>A) Monitorización respiratoria para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de oxígeno adecuado (NIC 2K-3350)</p>	<p>Vigilar la frecuencia, ritmo, esfuerzo, profundidad, oximetría, (NIC 2K 3350,01)</p> <p>Vigilar los movimientos torácicos, observando la simetría (NIC 2K 3350,02)</p> <p>Auscultar los campos pulmonares para determinar la presencia de crepitación ronquidos (NIC 2K 3350,03)</p> <p>Palpar los movimientos del torax (expansión) (NIC 2K 3350,05)</p> <p>Realizar percusión torácica en torax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral (NIC 2K 3350,06)</p> <p>Auscultación de los sonidos respiratorios(NIC 2K 3350,09)</p> <p>Informar a Vanessa de la necesidad de realizar la aspiración de secreciones(NIC 2K 3350,10)</p> <p>Controlar la lectura del ventilador anotar los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente. (NIC 2K 3350,13)</p>	<p>La valoración del estado respiratorio proporciona datos basales para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería. La vigilancia del estado respiratorio facilita la detección precoz de complicaciones.</p> <p>Kozier,2002,</p>

<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</p> <p>B) Ayudar a Vanessa con la fisioterapia respiratoria a expulsar las secreciones de las vías aéreas altas y facilitar la expectoración y/o aspiración (NIC 2K-3230)</p>	<p>Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. (NIC 2K 3350,14) Auscultar los sonidos pulmonares después de la aspiración y anotar las características de las secreciones (NIC 2K 3350,17) Documentar los datos pertinentes: registro del procedimiento, cantidad de secreciones, color, olor, y la situación respiratoria de Vanessa antes y después del procedimiento (NIC 2K 3350,18)</p> <p>Realizar la percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos facilitando la expectoración (NIC 2K-3230,05) Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural(NIC 2K-3230,06) Lavarse las manos Colocar al paciente con la cabeza elevada a 30 o 45° para que drene un área pulmonar.</p>	<p>La fisioterapia pulmonar ayuda a movilizar y eliminar la mucosidad que puede estar obstruyendo las vías aéreas y la eliminación de secreciones ayuda a limpiar los bronquios y por lo tanto mejora el intercambio gaseoso. (Morgan p-6)</p> <p>Con la percusión se realiza una transmisión sonora, realizando un efecto que moviliza las secreciones del árbol bronquial. Esta ha de ser más duradera en tiempo cuando mas distal sea el acumulo de secreciones del árbol bronquial principal. El material usado es: dedos manos en posición ahuecadas, percutores electrónicos. (www.aibarra.org/.../FISIOTERAPIA%20RESPIRATORIA.doc)</p>
--	--	---

	<p>Para drenar los segmentos/lóbulos pulmonares superiores colocar al paciente recostado sobre el dorso inclinado sobre el lado izquierdo</p> <p>Mantener al paciente hasta ver completado la percusión y vibración torácica (aproximadamente 5 minutos)</p> <p>Percusión y vibración</p> <p>Juntar los dedos con el pulgar y flexionarlos ligeramente formando una concavidad poco profunda con las palmas</p> <p>Golpear el área blanca usando las palmas ahuecadas, manteniendo las muñecas rígidas y alternando las manos (se debe producir un sonido hueco)</p> <p>Efectuar vibraciones en el sitio. Asistir en el sitio para expulsar las secreciones y colocar al paciente en posición para la nueva área blanca.</p> <p>Repetir la secuencia de percusión, vibración y tos/aspiración hasta comprobar que se ha producido el drenaje del campo pulmonar.</p> <p>Realizar nebulizaciones con salbutamol(NIC 2K-3230,08)</p>	
--	---	--

<p>INDEPENDIENTES</p> <p>C) Monitorización de los signos vitales (NIC 4V-6680)</p>	<p>Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, y estado respiratorio (NIC 4V-6680,01)</p> <p>Anotar tendencias y fructuaciones de la presión sanguínea(NIC 4V-6680,02)</p> <p>Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar (NIC 4V-6680,05)</p> <p>Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura(NIC 4V-6680,07)</p> <p>Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia(NIC 4V-6680,08)</p> <p>Observar la presencia y calidad de los pulsos(NIC 4V-6680,09)</p> <p>Tomar pulsos apicales y radiales al mismo tiempo y anotar las diferencias(NIC 4V-6680,10)</p> <p>Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso (NIC 4V-6680,13)</p> <p>Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca(NIC 4V-6680,14)</p> <p>Controlar periódicamente los tonos cardíacos(NIC 4V-6680,15)</p>	<p>Los signos vitales o cardinales (pulso, respiración, temperatura corporal, tensión arterial y el dolor como otro signo vital, estos signos se consideran como un todo, se registran para vigilar las funciones del cuerpo, debe ser una valoración reflexible, científica, deben evaluarse en relación con el estado de salud presente y pasado del paciente, y deben ser comparados con los habituales del paciente y los valores considerados normales.</p> <p>Fundamentos de enfermería 7a edición vol. 1 kozier pag 539</p>
--	--	--

	<p>Controlar periódicamente los sonidos pulmonares(NIC 4V-6680,17)</p> <p>Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (cheyne-Stokes, kussmaul, biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos.(NIC 4V-6680,19)</p> <p>Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel(NIC 4V-6680,20)</p> <p>Observar si hay cianosis central o periférica(NIC 4V-6680,21)</p> <p>Observar si hay llenado capilar normal(NIC 4V-6680,22)</p> <p>Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales(NIC 4V-6680,24)</p> <p>Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. (NIC 4V-6680,25)</p>	
--	--	--

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>D)Extraer las secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral, por cánula orotraqueal (NIC 2K-3160)</p>	<p>Aspiración de secreciones por narinas, boca y cánula orotraqueal(NIC 2K-3160,01)</p> <p>Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal</p> <p>La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril. Se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si el paciente está conectado a un monitor, vigilar constantemente la frecuencia cardiaca y presión arterial, así como valorar los resultados de gases arteriales. Es importante valorar las condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspenderse para administrar oxígeno a través de la respiración asistida manual. 	<p>La aspiración de secreciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio por medio de succión de esta manera se eliminarán las secreciones que obstruyen total o parcialmente la vía aérea, la permeabilidad de la vía aérea permite que haya una correcta ventilación. <p>http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4... - 29k</p>

	<ol style="list-style-type: none">2. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, cuando esto sea posible.3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo NIÑOS 95 a 110 mmHg (fijos) 5 a 10 mmHg (portátiles)4. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.5. Colocar al paciente en posición semi-fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.6. Lavarse las manos.7. Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.8. Colocarse el cubrebocas9. El paciente está sometido a respiración mecánica, probar para asegurarse, que no existe dificultad para desconectarse con una mano del ventilador.10. Activar el aparato de aspiración (o del sistema de pared).	
--	--	--

	<ol style="list-style-type: none">11. Colocarse guante estéril en la mano dominante. Puede colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.12. Con la mano dominante, enrollar la sonda en la mano dominante.13. Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.14. Desconectar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal, dispositivo de CPAP u otra fuente de oxigenación. Poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo de la misma para evitar el escurrimiento, con esta medida se previene la contaminación de la conexión.15. Ventilar y oxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ambú de 4 a 5 respiraciones, intentando alcanzar el volumen de ventilación pulmonar del	
--	--	--

	<p>paciente. Este procedimiento de preferencia debe realizarse por dos enfermeras (os).</p> <ol style="list-style-type: none">16. Lubricar la punta de la sonda con la jalea lubricante.17. Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia.18. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una espiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula de presión) utilizando la mano no dominante. <p>Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento.</p>	
--	--	--

	<p>19. Oxigenar al paciente utilizando la bolsa mascarilla conectado al sistema de administración de oxígeno al 100%, realizando de 4 a 5 ventilaciones manuales, antes de intentar otro episodio de aspiración.</p> <p>20. En este momento se puede administrar en la tráquea la solución para irrigación estéril a través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas. Inyectar de 3 a 5 cm de solución durante la inspiración espontánea del paciente y posteriormente oxigenar al paciente con el propósito que al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegar las secreciones.</p> <p>(La utilidad de este procedimiento es muy controvertida).</p> <p>21. Aspirar las secreciones de acuerdo a las instrucciones anteriores.</p> <p>22. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación.</p>	
--	---	--

	<p>23. Continuar con la aspiración de secreciones, hasta que la vía aérea queden sin secreciones acumuladas, realizando la reanimación manual entre cada aspiración. Otorgar de cuatro a cinco ventilaciones, con esto se permite la expansión pulmonar y previene la atelectasia.</p> <p>24. Conectar nuevamente al paciente al ventilador</p> <p>25. Aspirar las secreciones orofaríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.</p> <p>26. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.</p> <p>27. Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo, anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.</p>	
--	--	--

Consideraciones especiales en la aspiración de secreciones

- No intentar forzar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que puede ocasionar traumatismos de las membranas o pólipos nasales. Si existen datos de hemorragia notificar al médico
- La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción.
- Determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueobronqueal, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones.
- Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.
- El procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar.

	<ul style="list-style-type: none">• Tener ambú para oxigenar los pulmones del paciente antes y después de aplicar la técnica, para reducir el riesgo de hipoxemia, disritmias y microatelectasias.• Control de los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disritmias e hipotensión.• Evitar los traumatismos de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples orificios (las sondas con un solo orificio pueden adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local).• Utilizar solución estéril para el lavado traqueal cuando las secreciones están espesas. http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4... - 29 <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración(NIC 2K-3160,02) Utiliza guantes y cubrebocas con mascarilla (NIC 2K-3160,06) Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual (NIC 2K-3160,09)</p>	
--	--	--

	<p>Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento en la aspiración de secreciones(NIC 2K-3160,11)</p> <p>Seleccionar un catéter de aspiración que sea $\frac{3}{4}$ menor al diámetro interior del tubo orotraqueal o vía aérea de Vanessa (NIC 2K-3160,12)</p> <p>Dejar a Vanessa conectada al ventilador durante la aspiración si se utiliza un sistema de aspiración orotraqueal cerrado (NIC 2K-3160,14)</p> <p>Disponer la mínima cantidad de presión de aspiración necesaria para extraer la secreción 95 a 110 mmHg. (NIC 2K-3160,15)</p> <p>Aspirar la orofaringe después de terminar la succión de la cánula orotraqueal (NIC 2K-3160,19)</p> <p>Determinar la succión orotraqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, o desaturación (NIC 2K-3160,21)</p> <p>Anotar las características de las secreciones obtenidas cantidad, color, olor, consistencia(NIC 2K-3160,23)</p> <p>Enseñar al cuidador primario la técnica de aspiración de secreciones(NIC 2K-3160,25)</p>	
--	---	--

<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>E) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (NIC 2K-3300)</p>	<p>Obtener la evaluación basal de cuerpo entero del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador (NIC 2K-3300,04)</p> <p>Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas (NIC 2K-3300,06)</p> <p>Explicar a los familiares las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos (NIC 2K-3300,07)</p> <p>Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilados, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado (NIC 2K-3300,08)</p> <p>Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador (NIC 2K-3300,09)</p> <p>Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria (NIC 2K-3300,10)</p> <p>Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos prescritos (NIC 2K-3300,11)</p> <p>Controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno (fiebre, escalofríos, dolor) que puedan sustituir los ajustes de soporte del ventilador y causar una desaturación de oxígeno (NIC 2K-3300,12)</p> <p>Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilados(cabecera de la cama bajada, muesca en el tubo endotraqueal, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos) (NIC 2K-3300,13)</p>	<p>Asegurar que el paciente reciba mediante la ventilación pulmonar, el volumen minuto apropiado requerido para satisfacer las necesidades respiratorias del paciente, sin provocar daño a los pulmones, ni dificultar la función circulatoria, ni tampoco aumentar el discomfort del paciente.</p> <p>(www.aibarra.org/.../FISIOTERAPIA%20RESPIRATORIA.doc)</p>
---	---	--

	<p>Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental) (NIC 2K-3300,14)</p> <p>Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente (NIC 2K-3300,15)</p> <p>Poner en marcha técnicas tranquilizadoras (NIC 2K-3300,16)</p> <p>Proporcionar cuidados para aliviar el distrés del paciente (posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia) (NIC 2K-3300,17)</p> <p>Vaciar el agua condensada de las trampillas (NIC 2K-3300,19)</p> <p>Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 hrs (NIC 2K-3300,20)</p> <p>Vigilar la lectura de presión del ventilador ,la sincronicidad paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente (NIC 2K-3300,22)</p> <p>Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de presiones de inspiración (NIC 2K-3300,23)</p>	
--	---	--

	<p>Detener la alimentación nasogastrica durante la aspiración y de 30 a 60 minutos antes de la fisioterapia torácica (NIC 2K-3300,26)</p> <p>Silenciar las alarmas del ventilador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de falsas alarmas (NIC 2K-3300,26)</p> <p>Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (NIC 2K-3300,28)</p> <p>Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave. (NIC 2K-3300,37)</p> <p>Asegurar la presencia del equipo de emergencia a pie de cama en todo momento (bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión. (NIC 2K-3300,43)</p>	
--	---	--

Evaluación

Vanessa tiene una dependencia grado 6, depende del ventilador, la saturación de oxígeno es mejorado a través de una buena aspiración de secreciones y mantenerla en una posición adecuada ayudo a mejorar la saturación de oxígeno. La participación del cuidador primario también ayudo a que Vanessa estuviera tranquila, la irritabilidad y la manipulación constante o procedimientos invasivos como la toma de productos, curación de catéter son procedimientos que no favorecían su buena oxigenación.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

NUTRICIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEÍA

Dependencia en la nutrición por defecto relacionada con disminución en la absorción de nutrientes manifestada por bajo peso con un déficit del 24 %, palidez, piel seca.

OBJETIVO

Vanessa mejorará su estado nutricional e incremento de su peso de 50 gr por semana a través de un plan nutricional proporcionado por el equipo multidisciplinario durante su estancia hospitalaria.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD alto

FECHA DE IDENTIFICACION 25 de Noviembre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>A) Proporcionar un aporte de nutrientes (alfaré) a través de una sonda orogástrica 105ml cada 4 horas (NIC 1D-1056)</p>	<p>Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción de aire (NIC 1D-1056,04)</p>  <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicarle al paciente y al cuidador primario en qué consiste la técnica que vamos a realizar. ➤ Colocar al paciente en posición de Fowler (con el cabecero de la camilla o de la cama en posición de sentado o semisentado). 	<p>La alimentación por sonda le permite al bebé llevar algo o todo el alimento al estómago, lo cual es la forma más eficiente y más segura de brindar una buena nutrición. Una sonda de alimentación se coloca suavemente a través de la nariz o la boca hasta el estómago.</p> <p>http://www.fisterra.com/material/tecnicas/sng/sng.asp - 55k</p> <p>Alfaré es una fórmula semi-elemental hipoalergénica para el tratamiento dietético de lactantes y niños con intolerancia alimentaria y/o alergia a las proteínas de la leche de vaca.</p>

- Cubrir el pecho del paciente con la toalla y colocar cerca la bata (por si se produce algún vómito al introducir la sonda) así como todo el material que hemos preparado previamente.
- Lavarnos las manos y enfundarnos los guantes.
- Examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad.
- Determinar la cantidad de tubo que debemos introducir para llegar al estómago. Ayudándonos de la propia sonda, mediremos la distancia que va desde la punta de la nariz del paciente al lóbulo de la oreja, y de aquí al apéndice xifoides del esternón. Las sondas suelen presentar unas marcas que nos pueden servir de orientación, pero es conveniente que tras realizar la medida hagamos nosotros una señal en el lugar deseado.



- **Con proteínas extensivamente hidrolizadas de gran valor nutricional**
Las proteínas de Alfaré están constituidas por un hidrolizado extensivo de proteínas séricas ultrafiltradas.
- **Con nucleótidos para la regeneración celular**
Repara y regenera la mucosa intestinal dañada.
- **Sin lactosa ni sacarosa**
Para **no empeorar la diarrea** y permitir la recuperación de la actividad lactásica.



- A la hora de **realizar el sondaje nasogástrico**, procederemos de la siguiente manera:
- Una vez lubricado el extremo distal de la sonda, la introduciremos por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio. Nos ayudará que el paciente incline la cabeza un poco hacia atrás.
- Una vez hayamos pasado la resistencia de los cornetes, habremos llegado a la orofaringe. En estos instantes, el enfermo suele experimentar náuseas. Le diremos que se relaje, *que incline la cabeza hacia delante* (con este movimiento se

➤ **Indicaciones:**

Realimentación de lactantes con diarrea crónica, malabsorción, desnutrición severa, alergia a la proteína . Realimentación de lactantes de alto riesgo con diarrea aguda . Dermatitis atópica, problemas donde los sistemas de absorción y digestión estén afectados.

INGREDIENTES

Maltodextrina, proteína del suero enzimáticamente hidrolizada, triglicéridos de cadena media, almidón de papa, oleína de palma, aceite de colza bajo en ácido erúrico, aceite de girasol, aceite de girasol alto en ácido oleico, mono y diglicéridos de ácido cítrico, aceite de grosella negra, glicerolfosfato de calcio, cloruro de sodio, fosfato de potasio, cloruro de magnesio, aceite de pescado, cloruro de calcio, vitamina C (ascorbato de sodio), bitrato de colina, nucleótidos, taurina, inositol, sulfato ferroso, sulfato de zinc, vitamina E (acetato de alfa-tocoferol), L-carnitina, cloruro de

	<p>cierra la vía aérea)</p> <p>➤ <i>Con la cabeza inclinada hacia adelante</i> y aprovechando los momentos en que el paciente realiza la deglución, iremos progresando suave y rotatoriamente la sonda hasta la señal previamente realizada.</p> <p><i>Si en algún momento el paciente presenta tos</i>, es señal de que hemos introducido el tubo en la vía respiratoria, por lo que procederemos inmediatamente a retirarlo totalmente o hasta situarnos nuevamente en la faringe, tras unos minutos de descanso, reiniciar el procedimiento. Otro hecho que puede suceder es que la sonda se enrolle sobre sí misma y no avance, con lo cual procederemos de la misma manera: retirar, descansar y reiniciar.</p> <p>➤ Cuando la marca que hemos hecho en la sonda llegue a la nariz, es de suponer que ésta se encuentra en el estómago. Para comprobarlo podemos hacer varias maniobras: si se consigue aspirar jugo gástrico es señal de que la sonda se encuentra en el estómago.</p>	<p>potasio, nicotinamida, pantotenato de calcio, fosfato de calcio, fosfato de sodio, vitamina A, vitamina B₂, (riboflavina), sulfato de cobre, vitamina B₁(tiamina), vitamina B₆ (piridoxina), yoduro de potasio, sulfato de manganeso, ácido fólico, vitamina K₁, biotina, vitamina D₃ (colecalfiferol), selenato de sodio, vitamina B₁₂(cianocobalamina)</p> <p>➤ Osmolaridad de 194 mosm/l</p> <p>http://www.nestlebaby.es/nestle-leches-infantiles/prod_alfar... - 9k</p>
--	--	--

	<p>Si se aspira un líquido amarillento, es indicio de que el tubo está en el intestino delgado o de que existe un reflujo duodenogástrico. Si el intento de aspiración resulta negativo, se puede introducir una <i>embolada de aire</i> con la jeringa y oír el burbujeo que se produce mediante un fonendoscopio colocado sobre el epigastrio.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Una vez colocada la sonda, procederemos a fijarla a la nariz con el esparadrapo, lo cual se suele hacer de la siguiente manera: se coge una tira de esparadrapo de unos 10 cm de largo y se corta longitudinalmente hasta la mitad. El extremo que no está dividido se fija a la nariz. <p>Los extremos que están divididos se enrollan alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro. Posteriormente tiraremos suavemente de la sonda para comprobar que no se desplaza.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Una vez fijada la sonda a la nariz, es conveniente también fijar el extremo abierto de la sonda en el hombro del paciente, para así evitar el arrancamiento si se produce un tirón.➤ Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora	
--	---	--

	<p>o realizar lavados.</p> <p>Para retirar la sonda nasogátrica, se ejecutan los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que no es necesario que sean estériles. ➤ Colocar al paciente en posición de Fowler.➤ Pinzar o taponar la sonda.➤ Quitar el esparadrapo de fijación.➤ Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.➤ Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido.➤ Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.➤ Cuando la finalidad del sondaje es la nutrición enteral, en el extremo abierto del tubo se coloca un tapón y se actuara de la siguiente manera.➤ Se cambiará la posición de la sonda cada que sea necesario➤ Con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola un centímetro.	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">➤ Con el mismo fin, se cambiará diariamente el esparadrapo, variando igualmente la zona de fijación. Se limpiarán los orificios nasales y luego se les aplicará un lubricante hidrosoluble.➤ Se llevará a cabo la higiene de la boca diariamente, manteniendo los labios hidratados.➤ Se mantendrá al enfermo en posición de Fowler en el momento de dar el alimento y hasta una hora después.➤ Antes de dar el alimento, se aspirará el contenido gástrico. Si el volumen es superior a 150 ml, es necesario volver a introducirlo y esperar a la siguiente toma, repitiendo la misma operación.➤ La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente de si es administrado en bolo (jeringa), por declive o en bomba de infusión.➤ Después de la administración de cada alimentación o medicación, conviene hacer irrigaciones de la sonda con agua, para evitar cualquier posible bloqueo del tubo.➤ El cambio de la sonda varía según el material de ésta: cada 7-14 días para las de polietileno, cada 2-3 meses para las de poliuretano y cada 3-6	
--	--	--

	<p>meses para las de silicona.</p> <p>Confirmar la colocación de la sonda orogástrica antes de administrar su alfaré o medicamentos (NIC 1D-1056,06)</p> <p>Colocación de alfaré 105 ml para pasar en 3 horas, cada 4 horas por sonda orogástrica. Observar si hay presencia de ruidos intestinales cada 4 a 8 horas (NIC 1D-1056,07)</p> <p>Vigilar el estado de líquidos y electrolitos(NIC 1D-1056,08)</p> <p>Consultar con otros miembros del equipo de cuidados a cerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral. (NIC 1D-1056,09)</p> <p>Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 grados durante la alimentación. (NIC 1D-1056,10)</p> <p>Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal. (NIC 1D-1056,13)</p>	
--	--	--

	<p>Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. (NIC 1D-1056,15)</p> <p>Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómito. (NIC 1D-1056,19)</p> <p>Comprobar la existencia de residuos cada 4 a 6 horas durante las primeras 24 horas, después cada 8 horas durante la alimentación continuada. (NIC 1D-1056,20)</p> <p>Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.(NIC 1D-1056,21)</p> <p>Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. (NIC 1D-1056,26)</p> <p>Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas. (NIC 1D-1056,28)</p>	
--	--	--

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B)Facilitar el aumento de peso corporal a través de la administración adecuada de formula (alfaré) (NIC 1D-1240)</p>	<p>Pesar al paciente diariamente debido a que su peso es de 5,370, en relación a su peso debe ser de 7,070 kg(NIC 1D-1240,02)</p> <p>Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.(NIC 1D-1240,03)</p> <p>Observar si hay náuseas y vómitos.(NIC 1D-1240,04)</p> <p>Controlar periódicamente el consumo de calorías (NIC 1D-1240,07)</p> <p>Disponer periodos de descanso. (NIC 1D-1240,14)</p> <p>Asegurarse de que el paciente esté sentado antes de alimentarse.(NIC 1D-1240,15)</p> <p>Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.(NIC 1D-1240,18)</p> <p>Enseñar al cuidador primario los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso. (NIC 1D-1240,25)</p> <p>Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un lugar estratégico. (NIC 1D-1240,31)</p>	<p>El aporte calórico debe cubrir las necesidades para el metabolismo basal, la actividad física y el crecimiento, siendo los requerimientos diarios variables, aunque se calcula que necesita de 20 a 30 calorías/Kg./día.</p> <p>http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/5.pdf - -1k -rescatado el día 6 de Abril 2010</p>

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>C)Prevenir y tratamiento de restricciones severas en la fórmula (NIC 1D-1030)</p>	<p>Establecer la cantidad de ganancia de peso diario que se desea.(NIC 1D-1030,03)</p> <p>Vanessa mantendrá una buena ingesta de alfaré cada 4 horas, para 3 horas y descansado 1 hora.(NIC 1D-1030,04)</p> <p>Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar) (NIC 1D-1030,09).</p> <p>Vigilar la ingesta diaria de calórias. (NIC 1D-1030,11)</p> <p>Apoyar la ganancia de peso y las conductas que promueven la ganancia de peso. (NIC 1D-1030,21)</p>	<p>Las fórmulas especiales se preparan para cubrir necesidades especiales y concretas en pacientes enfermos como los prematuros, recién nacidos, lactante menor y mayor con peso bajo o en casos de alergias, intolerancias, diarreas, reflujo.</p> <p>Las fórmulas especiales son para situaciones especiales y no para recién nacidos especiales.</p>
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>D) Monitorización nutricional (NIC 1D-1160)</p>	<p>Pesar al paciente a los intervalos establecidos. (NIC 1D-1160,01)</p> <p>Vigilar la tendencia de pérdida y ganancia de peso (NIC 1D-1160,02)</p> <p>Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación (NIC 1D-1160,08)</p> <p>Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias. (NIC 1D-1160,11)</p>	<p>La nutrición representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume. Los nutrientes son las sustancias orgánicas e inorgánicas que se encuentran en los alimentos y que son necesarios para el funcionamiento del organismo. Los nutrientes tienen tres funciones principales:</p>

	<p>Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito. (NIC 1D-1160,14)</p> <p>Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos(NIC 1D-1160,15)</p> <p>Comprobar el crecimiento y desarrollo(NIC 1D-1160,17)</p> <p>Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo. (NIC 1D-1160,19)</p> <p>Controlar la ingesta calórica y nutricional(NIC 1D-1160,20)</p> <p>Observar si las uñas tienen forma de cuchara, están quebradizas, con aristas. (NIC 1D-1160,21)</p> <p>Observar si la boca /labios están inflamados enrojecidos y agrietados. (NIC 1D-1160,22)</p> <p>Realizar consulta dietética (NIC 1D-1160,26)</p>	<p>proporcionar energía para los procesos corporales y el movimiento, proporcionar material estructural para los tejidos corporales, y regular los procesos que se producen en el organismo.</p> <p>Fundamentos de enfermería 7a edición vol. 1 kozier pag 1281</p>
--	--	---

Evaluación

A Vanessa se logró dar alfaré en cantidad y calidad en horarios establecidos a través de la sonda orogástrica a pesar de que no ganó mucho peso durante su hospitalización se tomaron las medidas necesarias para llevar a cabo con exactitud la colocación de su alfaré y la cantidad correspondiente por parte del personal de enfermería, no gana mucho peso de acuerdo al objetivo planteado ella tiene ocho meses y un peso de 5:370 kg y al nacimiento peso 2.070 gr , lo que le corresponde para su edad un peso de 7.070 por lo que se continuo vigilando el aumento de peso.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

ELIMINACIÓN

Riesgo de infección de vías urinarias relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario para realizar la limpieza y aseo de genitales después de cada evacuación y micción

OBJETIVOS

Vanessa No presentara datos de infección de vías urinarias a través de medidas preventivas que se aplicaran durante su estancia hospitalaria.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD medio

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

30 octubre 2009

INTERVENCIÓN	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>DEPENDIENTE A)establecer y mantener una evacuación intestinal de manera regular (NIC 1B-0430)</p>	<p>Auscultar si hay sonidos intestinales (NIC 1B-0430,03)</p> <p>Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos(NIC 1B-0430,04)</p> <p>Informar si hay disminución de sonidos intestinales(NIC 1B-0430,05)</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de diarrea estreñimiento e impactación (NIC 1B-0430,06)</p>	<p>Los sonidos abdominales (sonidos intestinales) son hechos por los movimientos de los intestinos a medida que impulsan el alimento. Debido a que los intestinos son huecos, los sonidos que producen pueden hacer eco a través del abdomen con sonidos similares a los que producen las tuberías del agua. La gran mayoría de los sonidos intestinales son benignos y simplemente sugieren funcionamiento del tracto gastrointestinal y son evaluados al escuchar el abdomen con un estetoscopio (auscultación).</p> <p>La reducción de los sonidos intestinales (sonidos hipoactivos) implica una reducción de la fuerza, tono o regularidad de los sonidos intestinales. Ellos indican un retraso en la actividad intestinal. Los sonidos intestinales hipoactivos son normales durante el sueño o poco tiempo después de tomar ciertos medicamentos o de una cirugía abdominal. Con frecuencia, la disminución o ausencia de los sonidos indica estreñimiento.</p>

		<p>El incremento de los sonidos abdominales (hiperactivos) a veces hasta se puede escuchar sin necesidad de un estetoscopio. Los sonidos intestinales hiperactivos reflejan un incremento en la actividad intestinal, algunas veces se presentan en casos de diarrea y después de comer.</p> <p>Siempre se evalúan los sonidos abdominales junto con los síntomas de náuseas, vómitos, presencia o ausencia de movimientos o gases intestinales. La evaluación continua es importante si los sonidos intestinales son hipo o hiperactivos y existen síntomas anormales. Por ejemplo, la ausencia de sonidos intestinales después de un período de sonidos intestinales hiperactivos es un hallazgo importante que puede indicar una ruptura o estrangulación de los intestinos con muerte subsecuente de los tejidos intestinales.</p>
--	--	--

INTERVENCIÓN	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INTERDEPENDIENTE</p> <p>B) Emplear precauciones universales para minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. (NIC 2I-6540)</p>	<p>Enseñar al cuidador primario el procedimiento del lavado de manos cuantas veces sea necesario (NIC 2I-6540,09)</p> <p>Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. (NIC 2I-6540,10)</p> <p>Utilizar solución antimicrobiana para el lavado de manos(NIC 2I-6540,11)</p>	<p>Los episodios infecciosos son la principal causa de morbimortalidad en los individuos que reciben antineoplásicos, hoy en día un individuo no sólo fallece por la actividad tumoral sino se han agregado las complicaciones infecciosas graves; la mayoría de los agentes son capaces de producir mielosupresión en mayor o menor grado, lo cual propicia neutropenia, que es el factor inmunosupresor más frecuente y más importante en este tipo de pacientes. (Rivera Luna, 2006)</p>

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>C) Aseo perineal de Vanessa (NIC 1B-1804)</p>	<p>Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación(NIC 1B-1804,03)</p> <p>Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación (NIC 1B-1804,07)</p> <p>Cambiar el pañal después de cada micción y/o evacuación(NIC 1B-1804,08)</p> <p>Controlar la integridad cutánea (NIC 1B-1804,14)</p>	<p>Aseo diario, con agua y jabón, de la región genital y perineal. Una vez al día debe emplearse agua y un jabón suave (de glicerina, de pepita o de bebés), en el resto de oportunidades emplear sólo agua tibia. El empleo excesivo de jabón también es perjudicial.</p> <p>http://www.infanciaysalud.unlugar.com/EnfPiel1.html - 22k</p>

Evaluación

Vanessa no presentó infección de vías urinarias a pesar de estar en riesgo de infección. Una higiene adecuada de la región perineal favoreció a Vanessa a prevenir infecciones de vías urinarias así como a mantener limpia y seca la región perineal, se contó con el apoyo del personal de enfermería, que se mantuvo al tanto de los cuidados preventivos de esta necesidad, la infraestructura fue adecuada y la mamá estuvo también pendiente en el aseo perineal de su niña.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de dependencia en la movilidad física relacionada con disminución de la movilidad de miembros inferiores y superiores

OBJETIVOS

Vanessa continuará realizando sus movimientos de extremidades superiores e inferiores durante la supervisión del personal de enfermería durante su hospitalización.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 5

TIPO DE PRIORIDAD medio

Fecha de identificación

22 de octubre 2009

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTE A) Realizar sujeción terapéutica a Vanessa para evitar el riesgo y daños a su salud.</p>	<p>Mantener la dignidad y la autoestima del paciente porque la pérdida de control y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preservar la intimidad del paciente. ❖ Explicar la situación al cuidador primario el objetivo de la sujeción. Que se retire accidentalmente la cánula orotraqueal, El catéter, Las soluciones. ❖ Mantener contacto físico y verbal con intervalos regulares mientras se halle despierta. ❖ Auxiliar a Vanessa en su higiene personal. ❖ Implicar al cuidador primario en planes para poder retirar la sujeción mecánica. 	<p>LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad.</p> <p><small>http://www.terapia_ocupacional.com/articulos/Artsujecion.shtml - 23k</small></p>

	<p>Mantener la integridad física en sus necesidades fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprobar las constantes vitales periódicamente• Ayudar al paciente en la higiene personal• Baño de esponja• Regular y controlar la temperatura de la habitación• Realizar los cambios posturales necesarios• Almohadillar las sujeciones.• Ofrecer su alfaré• Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno	
--	---	--

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>C) Dejar y ayudar a Vanessa a que realice movimientos articulares (NIC 1A-0224)</p>	<p>Determinar las limitaciones del movimiento articular(NIC 1A-0224,01)</p> <p>Determinar el nivel de motivación de Vanessa para mantener o restablecer el movimiento articular(NIC 1A-0224,03)</p> <p>Poner en marcha medidas de control del dolor mediante analgésicos, movimientos suaves al realizar el ejercicio(NIC 1A-0224,06)</p> <p>Vestir a Vanessa con prendas adecuadas para realizar ejercicios activos y pasivos(NIC 1A-0224,07)</p>	<p>Movimiento articular: Recorrido de un segmento corporal o palanca ósea desde una articulación específica, normalmente axial o angular (alrededor de un eje particular) y paralelo a un plano, o alrededor de un eje y plano oblicuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arco de movimiento: La amplitud de movimiento (grado de recorrido) o desplazamiento angular/axial total permitido por cualquier par de segmentos corporales (o palancas óseas) adyacentes. • Arco de movimiento normal: La cantidad o excursión total a través del cual porciones/segmentos corporales pueden moverse dentro de sus límites anatómicos de la estructura articular, antes de ser detenidos por estructuras óseas ligamentosas o musculares.

	<p>Ayudar al paciente a colocar en una posición óptima para el movimiento articular pasivos(NIC 1A-0224,09)</p> <p>Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento (NIC 1A-0224,10)</p> <p>Realizar movimientos que mejoren su circulación sanguínea (NIC 1A-0224,11)</p> <p>Enseñarle al cuidador primario a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento(NIC 1A-0224,12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad: El alcance total (dentro de los límites de dolor) de una parte del cuerpo a través de su arco de movimiento potencial. La habilidad de un músculo para relajarse y producir una fuerza de estiramiento. La extensibilidad de tejido periarticular (estructuras que circundan y cruzan las articulaciones) para permitir un movimiento normal o fisiológico de una articulación o extremidad corporal. • Flexibilidad adecuada: El estado ideal de longitud y elasticidad de las estructuras cruzando las articulaciones y afectando un movimiento articular sencillo o doble (tal como los músculos posterior al muslo cruzando la cadera y las articulaciones de la rodilla). • Estiramiento: Descripción de una actividad que aplica una fuerza deformadora a lo largo del plano de un movimiento.
--	--	---

	<p>Ayudar en el movimiento articular, regular, rítmico y resistencia en la movilidad articular(NIC 1A-0224,16)</p> <p>Dar apoyo positivo al realizar ejercicios articulares. (NIC 1A-0224,120)</p>	<p>Ejercicios de Flexibilidad: Término general utilizado para describir ejercicios ejecutados por una persona para los tejidos blandos (músculos, aponeurosis, tejido conectivo, tendones, ligamentos, cápsulas articulares y la piel) de forma pasiva (aplicación manual o mecánica de una fuerza externa para estirar los tejidos blandos) o activamente (el estiramiento de los tejidos blandos se lleva a cabo por el mismo individuo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilización: Describe la aplicación de una fuerza a través de planos rotatorios o translatorios de un movimiento articular. • Mobilización articular: Tracción pasiva y/o movimientos de deslizamientos aplicados en las superficies articulares que mantienen o restauran el juego normal articular permitido por la cápsula, de manera que puede llevarse a cabo el mecanismo de rodar-deslizar mientras se mueva el individuo.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Estabilidad: La habilidad de una articulación/armazón óseo para amortiguar y resistir/aguantar movimientos sin ocasionar lesiones en las articulaciones y a sus tejidos circundantes, tales como lesiones de dislocación articular, esguinces (desgarres) de los ligamentos, o desgarres del tejido muscular.• Laxitud (o flojedad): Describe el grado de estabilidad de una articulación, la cual depende de sus estructuras de soporte (ligamentos, cápsula articular y continuidad ósea). El grado de movimiento anormal de una articulación. http://www.ejercicios.org/ejercicios-movimientos-articulares... - 36k
--	--	---

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCION DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>D) Movimiento deliberado de Vanessa o de una parte corporal para proporcionar el bienestar físico y/o psicológico. (NIC 1A-0840)</p>	<p>Colocar sobre un colchón de agua/cama terapéutica adecuada(NIC 1A-0840,01)</p> <p>Cambiar a Vanessa de posición cada 2 o 3 hrs. (NIC 1A-0840,03)</p> <p>Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición(NIC 1A-0840,05)</p> <p>Colocar en posición de alineación corporal correcta (posición semifowler) (NIC 1A-0840,09)</p>	<p>La presión constante en la piel oprime pequeños vasos sanguíneos que proveen a la piel de nutrientes y oxígeno. Cuando la piel no recibe nutrientes y oxígeno por un tiempo, los tejidos se mueren y se forma una úlcera.</p> <p>El enrojecimiento de la piel que desaparece en cuanto se quita la presión es normal.</p> <p>Las escaras se forman en las áreas del cuerpo en donde el hueso presiona fuertemente a la piel y el tejido contra una superficie exterior. Esto puede suceder cuando las partes en donde los huesos sobresalen del cuerpo están en contacto con otras partes del cuerpo o con el colchón mucho tiempo.</p>

	<p>Poner apoyos en la zonas de presión (almohadas debajo de los brazos, talón, coxis, (NIC 1A-0840,13)</p> <p>Colocar en una posición que facilite una buena ventilación (NIC 1A-0840,14)</p> <p>Minimizar el roce al cambio de posición al paciente. (NIC 1A-0840,19)</p> <p>Al cambiar la cama girar mediante la técnica de rodar tronco(NIC 1A-0840,21)</p>	<p>Las escaras por contacto también se pueden presentar en las rodillas, los tobillos, los omóplatos (parte de atrás del hombro), la parte de atrás de la cabeza y la columna vertebral.</p> <p>Los factores que contribuyen al desarrollo de estas escaras son el estar mucho tiempo en cama sin poderse mover, mala nutrición. Su riesgo de sufrir depende del número y gravedad de los factores que contribuyen a la formación de úlceras</p> <p>http://salud.cibercuba.com/las_temibles_escaras_como_preveni... - 32k -</p>
--	--	---

Vanessa a pesar de estar mucho tiempo en cama y su limitación de sus movimientos la enfermera brindo movimientos asistidos y cambios de posición esto ayudo a Vanesa a que no presentara atrofia muscular ni úlceras por presión.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración del patrón del sueño y descanso (insomnio) relacionado con múltiples procedimientos (aspiración de secreciones, toma de signos vitales) manifestado por irritabilidad, inquietud, y llanto.

OBJETIVOS

Vanessa mejorará su patrón de sueño y descanso respetando su horario de su necesidad por el personal multidisciplinario durante su hospitalización.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Media

FECHA DE IDENTIFICACIÓN 21 de Octubre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A). Manejo del ambiente para favorecer el descanso y sueño de Vanessa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de fuentes de irritación física. • Mantenimiento de las sábanas secas y suaves. • Utilización de ropa holgada para dormir. • Dar un masaje dorsal de tipo relajante • Estimular la evacuación antes de dormir. • Proporcionar una temperatura adecuada. • Control de la temperatura de la habitación. • Mantenimiento de la piel limpia y seca. • Mantener una alineación o posición anatómicas correctas • Cambiar frecuentemente de postura. • Eliminación de las distracciones ambientales. Cerrar las puertas del servicio Proporcionar una ventilación adecuada. • Reducir el volumen de los teléfonos y los monitores. 	<p>El sueño infantil nos referimos al período diurno o nocturno durante el cual los niños descansan, asimilan y organizan lo visto y aprendido, maduran física y psíquicamente, e inician y ejercitan su independencia del mundo exterior y de sus padres, por un tiempo que es variable según su edad y conducta.</p> <p>http://www.dormirsinllorar.com/sueno_infantil.htm - 39k</p> <p>El sueño cumple una función reguladora y reparadora en el organismo. Es esencial para el control de la energía y la temperatura corporal. El sueño reabastece y restaura los procesos corporales que se han dañado durante el día.</p> <p>http://www.guiainfantil.com/sueno/indice.htm - 45k</p>

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B) Realizar técnicas de relajación en Vanessa y enseñarle al cuidador primario a estimularla antes de la hora del sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ruidos fuertes y repentinos como desplazamiento de mobiliario • Mantener conversaciones sin levantar la voz, apagar el radio • Evitar despertarlo para realizar intervenciones médicas o de enfermería cuando no es absolutamente necesario • Planificar el horario de la medicación y toma de constantes vitales • Asegurarse de que el entorno es seguro. <ul style="list-style-type: none"> • Reducir y eliminar los estímulos, los sonidos de los monitores y las bombas de infusión así como las luces de su unidad. • Estimulación táctil(masajes en forma gentil, besos , abrazos, presión palmar) • Estimulación visual (aproximación de rostro de la madre, objetos) 	<p>El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis.</p> <p>http://www.guiainfantil.com/sueno/indice.htm - 45k</p>
---	--	---

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>C) Utilizar la musicoterapia para ayudar a conseguir el inicio de su descanso y sueño(NIC 3Q-4400)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado del macroambiente (luces, ruidos, temperatura) • Acariciar la frente de Vanessa ya que le gusta. • Permitir que la Mamá de Vanessa la acaricie y cante ya que su presencia pueda ayudarle a conciliar el sueño. • Colocar a Vanessa en forma segura en su cama con barandales arriba. • Permanecer con Vanessa • Frotar la espalda. <p>Identificar las preferencias musicales de Vanessa antes de dormir(NIC 3Q-4400,03)</p> <p>Ayudar a Vanessa a elegir una posición cómoda antes de dormir(NIC 3Q-4400,06)</p>	<p>La musicoterapia es el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.</p>
--	--	--

	<p>Limitar los estímulos externos como luces, sonidos, visitas, llamada telefónicas durante la experiencia de escucha y durante el sueño(NIC 3Q-4400,07)</p> <p>Asegurarse que el volumen es adecuado y no demasiado alto(NIC 3Q-4400,11)</p> <p>Evitar dejar la música puesta durante largos periodos(NIC 3Q-4400,12)</p> <p>Facilitar la participación activa del cuidador para cantar si lo desea(NIC 3Q-4400,13)</p>	<p>La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.</p> <p>http://es.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia - 94k</p>
--	--	---

Evaluación

Se proporcionó con el material y equipo para proporcionar los cuidados necesarios, se logro la participación del personal de salud para respetar el mayor tiempo posible su descanso y sueño, la acumulación de secreciones por cánula orotraqueal y la aspiración de la misma se realizo gentilmente con el fin de evitar complicaciones en la vía aérea.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

VESTIRSE Y DESVESTIRSE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conducta generadora de salud del cuidador primario para mejorar el vestido de Vanessa.

OBJETIVOS

La mamá aprenderá a elegir el tipo de ropa que Vanessa deberá usar durante su estancia hospitalaria.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 3

TIPO DE PRIORIDAD bajo

FECHA DE IDENTIFICACION 27 de Noviembre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Ayudar al cuidador primario a elegir, poner y quitar la ropa a Vanessa (NIC 1F-1630)</p> <p>INDEPENDIENTE.</p> <p>B) Reafirmar acerca de la importancia de utilizar ropa adecuada para las diferentes épocas del año en su casa.</p>	<p>Vestir a Vanessa con ropa adecuada (NIC 1F-1630,07)</p> <p>Cambiar la ropa a Vanessa antes de dormir (NIC 1F-1630,09)</p> <p>Mostrar las opciones que hay para vestirse de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra.</p> <p>a) Primavera. Por lo regular se utiliza ropa de algodón, pantalón de mezclilla, playeras, faldas (mujeres) Se usan colores muy vivos.</p>	<p>La ropa asegura también la integridad del individuo perseverando su integridad.</p> <p>El vestir preocupa cada vez más, puesto que forma parte de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente la comunicación. www.efdeportes.com.</p> <p>La temperatura corporal varía según la edad, el individuo debe proporcionarse la ropa adecuada para protegerse de los cambios de temperatura ambiental. Los niños y las personas mayores, tienen una temperatura corporal más baja que la de los adultos, deben utilizar por lo tanto ropas más cálidas educ.ar/.../Regulación%20de%20la%20temperatura</p>

<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>C) La enfermera aconsejara sobre la elección de la ropa después del baño</p>	<p>b) Verano. Por la temperatura del ambiente se utilizan pantalones cortos de tela fresca, blusas sin manga, vestido, shorts, bermudas, pantalón, vestido, sudadera, Se usan colores no tan llamativos.</p> <p>c) Otoño. Comienza el uso de chamarras, pantalón, falda larga pero alterna con ropa fresca, se utilizan colores secos.</p> <p>d) INVIERNO. Uso de abrigo, suéter, pantalón de pana mezclilla, ropa térmica, sudaderas, medias, guantes, se usan colores azul, rojo, verde, blanco en predominio y por la época y sus festividades.</p> <p>Vestir a Vanessa después de completar la higiene personal. (NIC 1F-1630,03)</p>	<p>Es difícil intervenir en los gustos, pero se pueden hacer recomendaciones para el uso de sus prendas. Los accesorios van a variar dependiendo de los gustos y costumbres del cuidador primario, se le puede mostrar la variedad de accesorios que existen como los vestidos.</p> <p>www.mipediatra.com</p>
---	---	---

Evaluación

Esta necesidad se encuentra en independencia, Vanessa necesita ayuda para vestirse y desvestirse, se contó con toda la ropa necesaria dentro del hospital, así como la ropa de cama limpia a una temperatura adecuada.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

TERMOREGULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de hipertermia relacionada con procedimientos Invasivos

OBJETIVOS

Vanessa Mantendrá su temperatura corporal entre 36.5 a 37.2 °C a través de intervenciones de enfermería específicas durante su hospitalización

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 3

TIPO DE PRIORIDAD Medio

FECHA DE IDENTIFICACION 26 de Octubre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Mantenimiento la temperatura corporal de Vanessa entre 36.5° a 37.2(NIC 2M-3900)</p>	<p>Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. (NIC 2M-3900,01)</p> <p>Dar terapia no farmacológica como baños con agua tibia, lienzos húmedos en axilas e ingles.</p> <p>Vigilar la temperatura de Vanessa hasta que se estabilice(NIC 2M-3900,02)</p> <p>Observar el color y la temperatura de la piel (NIC 2M-3900,05)</p> <p>Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia(NIC 2M-3900,06)</p> <p>Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente (NIC 2M-3900,18)</p> <p>Administrar la medicación adecuada para controlar la temperatura(NIC 2M-3900,20)</p>	<p>La termorregulación es la capacidad del cuerpo para regular su temperatura.</p> <p>La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su <u>sexo</u>, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día. La temperatura corporal normal, de acuerdo con la Asociación Médica Americana (<u>American Medical Association</u>), puede oscilar entre 36,5 y 37,2 °C.</p> <p>El tratamiento de la fiebre reduce la producción de calor, aumenta la pérdida de calor y previene complicaciones.</p> <p>Mecanismos externos de pérdida de calor</p> <p>Radiación</p> <p>Como todo cuerpo con temperatura mayor que 26,5 °C, los seres vivos también irradian calor al ambiente por</p>

	<p><i>Controlar la temperatura por medios físicos o baño con agua tibia (NIC 2M-3900,21)</i></p> <p>Dar terapia no farmacológica para la fiebre como baños con agua tibia en tina o con esponja, lienzos húmedos en axilas e ingle métodos utilizados para la pérdida de calor por evaporación, conducción y convección.</p>	<p>medio de ondas electromagnéticas.</p> <p>Es el proceso en que más se pierde calor: el 60%. La radiación es la propagación de energía a través del espacio vacío, sin requerir presencia de materia. Así es como el Sol, que está mucho más caliente que los planetas y el espacio de alrededor, nos trasmite su energía y nos transmite su calor a si nosotros logramos estar en una temperatura normal.</p> <p>Conducción</p> <p>Es la transferencia de calor por contacto con el aire, la ropa, el agua, u otros objetos (una silla, por ejemplo). Si la temperatura del medio circundante es inferior a la del cuerpo, la transferencia ocurre del cuerpo al ambiente (pérdida), si no, la transferencia se invierte (ganancia). En este proceso se pierde el 3% del calor, si el medio circundante es aire a temperatura normal. Si el medio circundante es agua, la transferencia aumenta considerablemente porque el coeficiente de transmisión térmica del agua es mayor que el del aire.</p>
--	--	--

		<p>Es el flujo de calor por gradiente. El fundamento físico es la transferencia de energía calorífica entre moléculas.</p> <p>Convección</p> <p>Este proceso, que ocurre en todo fluido, hace que el aire caliente ascienda y sea reemplazado por aire más frío. Así se pierde el 12% del calor. La tela(ropa) disminuye la pérdida. Si existe una corriente de aire (viento o ventilador mecánico) se produce una convección forzada y la transferencia es mayor. Si no hay aire más fresco para hacer el reemplazo el proceso se detiene. Esto sucede, por ejemplo, en una habitación pequeña con muchas personas.</p> <p>Evaporación</p> <p>Se pierde así el 22% del calor corporal, mediante el sudor, debido a que el agua tiene un elevado calor específico, y para evaporarse necesita absorber calor, y lo toma del cuerpo, el cual se enfría. Una corriente de aire que reemplace el aire húmedo por el aire seco, aumenta la evaporación.</p>
--	--	---

		<p>Para que se evapore 1 g de sudor de la superficie de la piel se requieren aproximadamente 0,58 kcal las cuales se obtienen del tejido cutáneo, con lo que la piel se enfría y consecuentemente el organismo. La evaporación de agua en el organismo se produce por los siguientes mecanismos:</p> <p>Evaporación insensible: se realiza en todo momento y a través de los poros de la piel, siempre que la humedad del aire sea inferior al 100%. También se pierde agua a través de las vías respiratorias.</p> <p>Evaporación Superficial: formación del sudor por parte de las glándulas sudoríparas, que están distribuidas por todo el cuerpo, pero especialmente en la frente, palmas de manos, pies, zona axilar y púbica.</p>
--	--	--

		<p>Mecanismos internos de pérdida de calor</p> <p>Sudoración</p> <p>Cuando el cuerpo se calienta de manera excesiva, se envía información al área preóptica, ubicada en el cerebro, por delante del hipotálamo. Éste desencadena la producción de sudor.</p> <p>Vasodilatación</p> <p>Cuando la temperatura corporal aumenta, los vasos periféricos se dilatan y la sangre fluye en mayor cantidad cerca de la piel para enfriarse. Por eso la piel se enrojece, ya que está más irrigada.</p>
--	--	--

		<p>Mecanismos internos de ganancia de calor</p> <p>Vasoconstricción</p> <p>En el hipotálamo posterior existe el centro nervioso simpático encargado de enviar señales que causa una disminución del diámetro de los vasos sanguíneos cutáneos; ésta es la razón por la cual el paciente palidece con el frío.</p> <p>Piloerección</p> <p>La estimulación del sistema nervioso simpático provoca la contracción de los músculos erectores, ubicados en la base de los folículos pilosos, lo que ocasiona que se levanten. Esto cierra los poros y evita la pérdida de calor. También crea una capa densa de aire pegada al cuerpo, evitando perder calor por convección.</p>
--	--	--

Evaluación

Se conto con todo el apoyo por parte del personal de enfermería, la infraestructura fue la adecuada, Vanessa continuo sin presentar fiebre durante esta valoración, se logro que el cuidador primario comprendiera la importancia de las medidas preventivas y el uso de termómetros digitales para tomar la temperatura.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

HIGIENE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de dependencia en la higiene personal relacionada con falta de conocimiento de la mamá para realizar el aseo integral

OBJETIVOS

Vanessa continuará con buena higiene con la participación de la mamá y el personal de enfermería de este servicio diariamente.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Media

FECHA DE IDENTIFICACION 28 de Octubre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Ayudar a mamá con la higiene personal de Vanessa(NIC 1F-1804)</p>	<p>Tener a la mano toalla, jabón, champú, para el baño(NIC 1F-1804,04)</p> <p>Fomentar la participación de los padres/familia durante el aseo personal(NIC 1F-1804,13)</p>	<p>La higiene es una forma de estar saludable, sano. Una manera de encontrarnos bien. Es necesario prestar atención a los cambios corporales, olores y sudor. Esta observación nos ayudará a eliminar posibles gérmenes que provocan mal olor en nuestro cuerpo.</p> <p>Mantener la higiene es importante no solo para prevenir infecciones y/o inflamaciones, e incluso enfermedades. http://www.guiainfantil.com/salud/higiene/banos.htm - 39</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B) Ayudar a la mamá a elegir ropa adecuada para Vanessa(NIC 1F1801)</p>	<p>Facilitar el peinado de cabello de Vanessa(NIC 1F1801,07)</p> <p>Vestirse con ropa limpia (NIC 1F1801,15)</p> <p>Seleccionar la ropa de acuerdo al clima(NIC 1F1801,03)</p>	<p>Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias, también estimula la circulación, un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales y aporta más sangre y nutrientes a piel, también aporta una sensación de bienestar, refresca y relaja y suele mejorar el ánimo, el aspecto y la autoestima</p> <p>Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. Kozier vol 1 pag768-769</p>

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>C) Realizar Baño corporal a Vanessa(NIC 1F-1610)</p>	<p>Ayudar al baño de esponja de Vanessa(NIC 1F-1610,01)</p> <p>Lavar el cabello con champú (NIC 1F-1610,02)</p> <p>Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable(NIC 1F-161003)</p> <p>Lavar bien la región perineal (NIC 1F-1610,05)</p> <p>Aplicar crema hidratante en todo el cuerpo(NIC 1F-1610,09)</p> <p>Inspeccionar el estado de la piel durante el baño(NIC 1F-1610,12)</p> <p>Recomendar el uso de jabones con pH neutro, que no son agresivos para la piel, y que tengan un aroma suave.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar primero la carita, la cabeza y después el cuerpo. - Evitar el agua en el oído para no causar dolor del mismo. - Lava el cuerpo con agua y jabón. - Evita el uso de champús y colonias de bebé en los muy pequeñitos. - No colocar talcos ni otros polvos. - Después del baño, aplícale una loción hidratante. 	<p>Durante los primeros meses el bebé no es necesario que se realice un baño diario, tres o cuatro a la semana bastan, porque lo más importante es que se cambie de pañal y se mantenga limpia.</p> <p>http://www.facemama.com/bebe/articulos-para-el-bano-del-bebe.html#ixzz0nVKkFDAH</p>
--	---	--

Evaluación. Se logro la participación del cuidador primario durante el baño y el aseo personal de Vanessa proporcionando una higiene adecuada mejorando su bienestar en el descanso y el sueño.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección sistémica relacionada con procedimientos invasivos (toma de productos, manejo de catéter y de injerto)

OBJETIVOS

Vanessa no presentará datos de infección a través de medidas de prevención durante su estancia hospitalaria.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Medio

FECHA DE IDENTIFICACION 27 de Octubre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Curación de catéter venoso central</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se debe reunir el material y equipo necesarios para la curación y un lugar adecuado donde se realizará el procedimiento. ➤ Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de realizar la curación. ➤ Se deberá evitar la manipulación innecesaria del catéter. ➤ Preparación de la piel: ➤ Los antisépticos recomendados para la asepsia de la piel son: alcohol al 70%, iodopovidona al 10% y gluconato de clorhexidina al 2%. Estas soluciones antimicrobianas pueden ser utilizadas como agentes simples o en combinación. ➤ Todos los materiales que estén en contacto con el sitio de punción deben ser estériles. 	<p>Las infecciones del torrente sanguíneo tienen gran cantidad de factores de riesgo siendo los principales el uso de catéteres venosos, la inmunosupresión severa y las edades extremas de la vida. Los agentes etiológicos más frecuentes son <i>S. Coagulasa negativo</i> en servicios pediátricos. El riesgo de infección del torrente sanguíneo asociado a catéteres depende del tipo de catéter, la duración de su uso y de aspectos relacionados con la técnica aséptica en su instalación y manipulación. Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central representan un aumento de la morbilidad, de los costos de la atención de pacientes.</p> <p>Las infecciones asociadas a catéter venoso central pueden ser provocadas por la migración de microorganismos cutáneos desde el sitio de inserción y la contaminación de las conexiones del catéter.</p> <p>www.hurtadohosp.cl/intranet/comites/.../prevencioncateresintra.pdf</p>

	<ul style="list-style-type: none">➤ El sitio de inserción debe cubrirse con gasa o apósito estéril transparente.➤ Los materiales para la fijación del catéter deben ser, hipoalergénicos y semipermeables. ➤ El catéter se deberá fijar sin interferir el flujo de la infusión.➤ Ante la sospecha de contaminación de un catéter central o de infección asociada al mismo, se procederá al retiro inmediato de dicho dispositivo.➤ Se deberá enviar a cultivo la punta del catéter cuando se sospeche de infección.➤ La limpieza del sitio de inserción del catéter venoso central, se realizará cada 7 días, o antes, en caso de que el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter.➤ Dejar cómodo al paciente.	
--	---	--

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B) Cuidar y prevenir complicaciones en la zona de injerto (NIC 2L-3583)</p>	<p>Evitar fricción en la zona del injerto (NIC 2L-3583,07)</p> <p>Limitar las actividades de Vanessa en cama hasta que el injerto se adhiera (NIC 2L-3583,08)</p> <p>Controlar el calor, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto (NIC 2L-3583,11)</p> <p>Enseñar al cuidador primario a aplicar regularmente lubricante artificial en la zona del injerto (NIC 2L-3583,18)</p> <p>Enseñarle al cuidador primario que debe ser necesario proteger la zona del injerto durante años después del injerto. (NIC 2L-3583,19)</p> <p>Evite recibir golpes en el sitio receptor.</p> <p>No exponga la zona del receptor a la luz solar por tiempo prolongado.</p>	<p>El injerto de piel es un procedimiento quirúrgico que se trasplanta una porción de piel de un área a otra. Con frecuencia, se toma la piel de áreas no afectadas en la persona lesionada y se utiliza para cubrir un defecto. Si el área donde se encuentra el defecto en la piel es especialmente grande, la piel obtenida puede ser distribuida para hacer un parche más grande. Si el defecto implica una pérdida grande de tejido, puede ser necesario un injerto más profundo con porciones de piel con músculo subyacente y vasos sanguíneos. Tomar el injerto de la propia persona lesionada reduce la posibilidad del rechazo del tejido. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepag...</p> <p>- 18k</p>
---	--	---

<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>c) Emplear precauciones universales para minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. (NIC 2I-6540)</p>	<p>Enseñar al cuidados primario el procedimiento del lavado de manos cuantas veces sea necesario (NIC 2I-6540,09)</p> <p>Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. (NIC 2I-6540,10)</p> <p>Utilizar solución antimicrobiana para el lavado de manos(NIC 2I-6540,11)</p> <div data-bbox="759 906 936 1054" data-label="Image"> </div> <p>Mójate las manos con agua</p>	<p>Las precauciones universales, es decir, las técnicas que deben aplicarse a todos los pacientes para reducir el riesgo de transmisión de patógenos.</p> <p>Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. Kozier vol 1 pag 706</p>
--	--	--



Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano



Frótate las palmas de las manos entre sí



Frótate la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa



5 Frótate las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados



6 Frótate el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándote los dedos



7 Frótate con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



Frótate la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



Enjuágate las manos con agua



Sécatelas con una toalla de un solo uso



Usar la toalla para cerrar el grifo

y tus manos son seguras

<p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>D)Regular y prevenir complicaciones derivadas de la toma de productos a través del catéter(NIC 2G-2080)</p>	<p>Obtener muestra se sangre a través del catéter para el análisis en el laboratorio (NIC 2G-2080,02)</p> <p>Realizar la toma de productos con técnica estéril (NIC 2G-2080,13)</p> <p>Vigilar los resultados de laboratorio cuando se sospeche de procedimientos invasivos (NIC 2G-2080,14)</p> <p>Corregir la deshidratación e hipotensión a través de soluciones intravenosas indicadas(NIC 2G-2080,20)</p>	<p>Un catéter venoso central es una cánula que se inserta quirúrgicamente, permite al personal de salud administrar medicamentos y otros líquidos por vía intravenosa (IV), además de extraer sangre. Un catéter puede ser de ayuda para eliminar parte del estrés asociado con el tratamiento y evitar el deterioro de las venas de los niños debido a los pinchazos frecuentes. Además, puede permanecer en el cuerpo dependiendo del material y el tiempo necesario para su tratamiento.</p> <p>http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/man-nosocomia... - 101k</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>E)Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos(NIC 4V-6540)</p>	<p>Limpiar el ambiente y material con detergente enzimático (alkacime) adecuadamente después de cada uso(NIC 4V-6540,02)</p>	<p>Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con extensión en los días de hospitalización y dispendio de los recursos económicos. http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/man-nosocomia... - 101k</p>

	<p>Enseñar al cuidador primario el lavado de manos(NIC 4V-6540,08)</p> <p>Ordenar al personal de salud que se laven las manos al entrar y salir de la habitación(NIC 4V-6540,10)</p> <p>Utilizar jabón antimicrobiana para el lavado de manos (NIC 4V-6540,11)</p> <p>Lavarse las manos antes y después de de cada actividad con Vanessa(NIC 4V-654012)</p> <p>Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales. (NIC 4V-6540,19)</p>	
--	--	--

Evaluación

Esta necesidad se detecto el 27 de octubre Vanessa no presento ningún tipo de infección, durante la Valoración se logro detectar los factores de riesgo y disminuir los procedimientos para que Vanessa se sienta en un entorno seguro, su descanso fue respetado evitando realizar procedimientos durante está necesidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración en la comunicación relacionada con falta de conocimientos del cuidador primario manifestado por no saber cómo comunicarse con Vanessa

OBJETIVOS

La mamá de Vanessa aprenderá a comunicarse por medio de un plan de estimulación durante su estancia hospitalaria en coordinación con el equipo multidisciplinario.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 6

TIPO DE PRIORIDAD Alta

FECHA DE IDENTIFICACION 4 de Noviembre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Proporcionar comunicación a través de un contacto táctil (NIC 3R-5460)</p>	<p>Dar un abrazo de firmeza(NIC 3R-5460,06)</p> <p>Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente (NIC 3R-5460,07)</p> <p>Coger la mano de Vanessa para dar apoyo emociona(NIC 3R-5460,08)</p> <p>Aplicar una presión suave en la muñeca , mano u hombro de Vanessa(NIC 3R-5460,09)</p> <p>Golpear suave lenta, y rítmicamente la parte del cuerpo(NIC 3R-5460,11)</p> <p>Coger a Vanessa firme y cómodamente(NIC 3R-5460,14)</p> <p>Animar a los padres a tocar a Vanessa(NIC 3R-5460,15)</p> <p>Mostrar técnicas tranquilizadoras para Vanessa como cantarle, hablarle, jugar con ella.(NIC 3R-5460,22)</p>	<p>El contacto físico es una forma de comunicación no verbal que recibe el nombre de comunicación táctil. Para transmitir mensajes de carácter afectivo o emocional es una vía importante en las primeras etapas de la vida, pero tiende a desaparecer debido al empleo preferente de otras formas de comunicación.</p> <p>http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=118073 - 13k</p>  <p>Lenguaje no verbal, es el lenguaje corporal por medio del cual nos comunicamos con otros mediante el cuerpo en una interacción</p>

<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</p> <p>B) Enseñarle al cuidador primario a comunicarse con Vanessa con técnicas de comunicación no verbal</p>	<p>Mecerse Sentarse en una mecedora y mecer a Vanessa es muy calmante, pero también es un movimiento que calma a la mamá.</p> <p>Cantar Cuando Vanessa está muy agitada, esto puede ser especialmente útil para calmarla. Cantar también puede ser tranquilizador para la mamá.</p> <p>Musicoterapia mejora el aprendizaje, la coordinación, controlar la ansiedad y mejorar el estado de ánimo. Pero, sobre todo para ayudarlo a organizarse a nivel interno. Como la música clásica de Mosart.</p> <p>El lenguaje facial es el sistema más completo de comunicación no verbal. hay macro y micro gestos. hay caras de cansancio, alegría, de tristeza, etcétera. Todos podemos verlas y comprenderlas.</p> <p>Los ojos pueden decirlo todo y lo dicen. Incluso enviamos mensajes con la forma en que dejamos de mirar.</p>	<p>personal; es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión. http://www.profesorenlinea.cl/castellano/ComunicacionVerbalYN... - 14k -</p>
--	---	---

	<p>Generalmente quitamos la mirada hacia un lado u otro de la cara; si quitamos la mirada hacia arriba es una señal muy clara de desprecio que desconcierta y molesta.</p> <p>La sonrisa significa, una poderosa señal de simpatía. La más adecuada es una breve sonrisa mostrando levemente los dientes superiores.</p> <p>El lenguaje corporal se expresa a través de la actitud de nuestro cuerpo, de la mímica, de los gestos con las manos, con los brazos y con las piernas, con nuestra forma de movernos, de caminar y de sentarnos.</p> <p>La cabeza inclinada hacia un lado indica interés. Un dedo apoyado en la mejilla, lo mismo.</p> <p>Mostrar las palmas de las manos es señal de sinceridad. Generalmente las acompañamos con tres o cuatro movimientos de arriba hacia abajo, para darle mayor énfasis.</p>	
--	---	--

Evaluación. La comunicación de la mamá de Vanesa es más constante aprovecha al máximo durante la visita para acariciarla, cantarle y hablarle, *la comunicación de la mamá con el personal de salud es adecuada, ella hace todo lo posible por qué Vanessa tenga los cuidados y el mejor tratamiento posible que mejore su estado de salud.*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

CREENCIAS Y VALORES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Disposición de la mamá para mejorar la religiosidad relacionada con la expresión y deseos de reforzar sus patrones y creencia manifestada por asistir todos los domingos a misa.

OBJETIVOS

La mamá de Vanessa mejorará su religiosidad y sus creencias asistiendo los domingos a misa

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Baja

FECHA DE IDENTIFICACIÓN 29 de Octubre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Ayudar a los padres de Vanessa a conseguir el equilibrio a través de sus creencias. (NIC 3R-5420)</p>	<p>Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía(NIC 3R-5420,01)</p> <p>Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales(NIC 3R-5420,07)</p> <p>Compartir las propias creencias sobre el significado y sus propósitos</p> <p>(NIC 3R-5420,10)</p> <p>Estar abierto a las expresiones de preocupación de los padres de Vanessa(NIC 3R-5420,13)</p> <p>Permitir que recen los padres</p> <p>(NIC 3R-5420,15)</p> <p>Permitir que escuchen y lean literaturas sobre su religión(NIC 3R-5420,16)</p> <p>Permitir la asistencia los domingos a misa dentro del hospital(NIC 3R-5420,18)</p>	<p>La religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes enfermos. Características específicas de creencias religiosas sólidas, como esperanza, optimismo, falta de arrepentimiento y satisfacción por la vida se han relacionado también con mejor adaptación de las personas diagnosticadas con enfermedades graves. La forma en la que se maneja los asuntos religiosos puede influir en la calidad de vida.</p> 

	<p>Permitir que tengan objetos espirituales imágenes, amuletos deseados (NIC 3R-5420,20)</p> <p>Facilitar el uso de la meditación, oración y tradiciones, rituales religiosos por parte de los familiares(NIC 3R-5420,25)</p> <p>Asegurar al familiar que la enfermera estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento (NIC 3R-5420,27)</p> <p>Estar abierto a los sentimientos de la familia a cerca de la enfermedad y la muerte(NIC 3R-5420,28)</p> <p>Ayudar al familiar a expresar y liberar la ira de forma adecuada(NIC 3R-5420,29)</p>	
--	---	--

<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</p> <p>B)Facilitar el crecimiento espiritual a los familiares para identificar, y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida (NIC 3R-5426)</p>	<p>Ofrecer el apoyo de la oración a los padres y los familiares(NIC 3R-5426,05)</p> <p>Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autoreflexión (NIC 3R-5426,10)</p> <p>Ayudar al familiar a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu. (NIC 3R-5426,11)</p> 	<p>El crecimiento espiritual es el proceso de volverse más y más como Jesucristo. Cuando ponemos nuestra fé en Jesús. El crecimiento espiritual quizá está mejor descrito en 2 Pedro 1:3-8, donde se nos dice que; a la virtud, conocimiento; al conocimiento, dominio propio; al dominio propio, paciencia; a la paciencia, piedad; a la piedad, afecto fraternal; y al afecto fraternal, amor. Porque si estas cosas están en vosotros, y abundan, no os dejarán estar ociosos ni sin fruto en cuanto al conocimiento de nuestro señor Jesucristo.”</p> <p>http://www.gotquestions.org/espanol/crecimiento-espiritual.html - 7k</p>
---	--	---

Evaluación

La mamá comenta que se ha acercado más a su religión y acude todos los domingos a misa dentro del hospital esto ha mejorado su estado emocional y le da tranquilidad, cree en dios y pone en sus manos la salud de su niña.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dependencia en la necesidad de recreación, relacionada con falta de conocimiento del cuidador primario de los juguetes que debe tener en el área hospitalaria, manifestado por irritabilidad, inquietud, ansiedad, de Vanessa.

OBJETIVOS

Vanessa se recreará mediante actividades lúdicas que el cuidador primario realizará durante su estancia hospitalaria.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Media

FECHA DE IDENTIFICACION 9 de Noviembre 2009

INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACION
<p><i>INDEPENDIENTE</i></p> <p>A) Utilización de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales(NIC 3R-5360)</p>	<p>Explicar a los padres los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. (NIC 3R-5360,08)</p> <p>Proporcionar un equipo recreativo seguro como: Sonajas, brazaletes, móviles, cubos, etc. (NIC 3R-5360,09)</p> <p>Supervisar las sesiones recreativas como el juego con globos, espejos, o las técnicas de masaje ya que estas últimas requieren un orden para obtener los resultados deseados. (NIC 3R-536,11)</p> <p>Dar a conocer las actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad de Vanessa, como son: Colocar móviles para estimular el seguimiento visual. (NIC 3R-5360,12)</p> <p>Proporcionar o confeccionar sonajas para estimular la audición. (NIC 3R-5360,)</p>	<p>El juego en el hospital permite al niño liberarse de temores, liberar frustraciones y cubrir las necesidades de estimulación del desarrollo, también ayuda a los niños a enfrentarse a las tensiones y al estrés de la enfermedad y la hospitalización. Dado que es vital para su desarrollo, se deben ejecutar acciones dirigidas a ofrecer actividades de juego y diversión. (Kozier B. Pág. 491)</p> 

	<p>Disponer de actividades recreativas que tengan como objeto disminuir la ansiedad, tales como: Masajes activos con las manos, cantos, conversaciones, arrullarlo o cargarlo en el regazo y cantar canciones. (NIC 3R-5360,14)</p> <p>Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional, a través de la observación y actitud del paciente.(NIC 3R-5360,16)</p>	
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>B) Utilizar la música para ayudar a conseguir un cambio de conducta sentimientos (NIC 3Q-4400)</p>	<p>Elegir música adecuada según la edad del paciente o su preferencia: (NIC 3Q-4400,04)</p> <p>Como Baby Mosart, Baby Bach o de cuerdas y de flauta como, Bethoven: concierto de cuerdas en re mayor, último movimiento, Brahms concierto para violín y cello, último movimiento, Dittersdorf, concierto para contrabajo en E bemol mayor. Prokofier Pedro y el lobo,</p>	<p>Las sesiones de musicoterapia constituyen un espacio de entretenimiento y recreación para contrarrestar la soledad y prevenir los trastornos emocionales a través del baile, los juegos musicales, la organización de concursos de canto y baile entre otros (Gaertner, 1996). La música estimula la memoria de corto y largo plazo (Fernández, Pérez y Cádiz, 1998; Leao y Negreiros, 1994),</p>

	<p>Mozart concierto para clarinete en la mayor, etc. Ayudar a Vanessa a adoptar una posición cómoda para escuchar la música(NIC 3Q-4400,06) Limitar los estímulos externos por ejemplo luces, sonidos, llamadas telefónicas durante la experiencia de escuchar(NIC 3Q-4400,07) Orientar a los padres sobre la selección de música y proporcionar disponibilidad de cintas, CD, y equipo al paciente. (NIC 3Q-4400,08). Asegurar el volumen adecuado, pero no demasiado alto. (NIC 3Q-4400,11) Evitar dejar la música durante largos periodos de tiempo (NIC 3Q-4400,12).</p>	<p>reduce la confusión y aumenta la retención de información. (Ochman y Lagunilla, 1998).</p> 
<p>INDEPENDIENTE. C) Contar un cuento a Vanessa como medida recreativa.</p>	<p>Contar a Vanessa cuentos de Caperucita roja, pinocho, la cenicienta, la bella y la bestia.</p>	<p>Los cuentos potencializan la imaginación y crean lazos de afectividad entre padres e hijos. (cuentacuentos.dattatec.com/hospital-de-niños)</p>

		
<p>INDEPENDIENTE.</p> <p>D) Proporcionar actividades lúdicas y recreativas.</p>	<p>Mecer a Vanessa y abrazarla. Colocar diferentes juguetes musicales. Proporcionarle terapia física a la vez que se le canta o se platica con ella. Proporcionarles juguetes que puedan agarrar. Colocar en su cuna o cama muñecos de peluche, pelota. Colocar móviles en las cunas. Proporcionar un entorno agradable. Mostrar títeres o marionetas</p>	<p>Lúdico es tan amplio como complejo, pues se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir en los seres humanos una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que nos llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones.</p> <p>http://www.ernestoyturralde.org/ludica.htm</p>

Evaluación. Se logro el objetivo marcado, se llevaron a cabo todas las intervenciones planificadas mejorando la atención de Vanessa, el personal de enfermería apoyo activamente en las intervenciones y la mamá trajo un móvil que se colocó en la cuna lo que distrae en ocasiones a Vanessa.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

TRABAJAR Y REALIZARSE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de interacción con su entorno no relacionado con la falta de aprendizaje y realizar su propio juego

OBJETIVOS

Vanessa Mejorará su aprendizaje y su propio juego con sus seres queridos durante su hospitalización

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD Baja

FECHA DE IDENTIFICACIÓN 11 de Noviembre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A)Facilitar la capacidad para interactuar con Vanessa durante el juego(NIC 3Q-5100)</p>	<p>Fomentar el respeto de los derecho de los pacientes(NIC 3Q-5100,08)</p> <p>Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y ayudar a realizar su propio juego(NIC 3Q-5100,14)</p> <p>Responder en forma positiva cuando Vanessa establezca el contacto con los demás(NIC 3Q-5100,20)</p> <p>Fomentar la planificación de actividades especiales en el juego con Vanessa(NIC 3Q-5100,23)</p>	<p>Este juego hace posible la construcción de experiencias propias, a partir de los cuales las personas estructuran y asumen de manera particular, las condiciones, decisiones, comunicaciones, acciones e identificaciones que orientan y ordenan su vida cotidiana, singularizando su existencia y enlazándola socialmente. http://www.redcreacion.org/documentos/simposio4if/MRuiz.html</p> 

<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B)Fomentar la confianza y su capacidad para aprender y realizar su propio juego(NIC 3R-5395)</p>	<p>Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad por ejemplo juegos y enseñanza. (NIC 3R-5395,09)</p> <p>Embarcarse en un juego de rol para ensayar su conducta (NIC 3R-5395,11)</p> <p>Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta(NIC 3R-5395,12)</p>	<p>Los juegos de confianza necesitan una serie de condiciones mínimas para que adquieran todo sus sentidos e interés. Antes de empezar a trabajar con estos juegos, el grupo tiene que conocerse. Podremos ir introduciendo diversos juegos que exijan grados de confianza, siempre teniendo en cuenta en qué momento se encuentra la niña</p> <p>http://www.miltalleres.com/juegos/confianza.html - 8k</p> 
--	---	--

Evaluación. Durante la hospitalización de Vanessa se logro que la mamá expresara sus dudas y tener el conocimiento necesario sobre la enfermedad de su hija para poder manejar mejor la situación. Se logro todo el apoyo del personal de enfermería del servicio de terapia intermedia.La autorrealización de la mamá y el sentirse bien con el cuidado de las actividades realizadas a su hija redujeron el estrés, la ansiedad y favorecieron su autoestima.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

APRENDIZAJE

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dependencia en la necesidad de aprendizaje del cuidador primario r/c falta de conocimientos sobre la estimulación que debe tener su hija de acuerdo a su etapa de desarrollo m/p verbalización de la mamá de no conocer las estrategias de aprendizaje de su hija en esta etapa.

OBJETIVOS La mamá aprenderá técnicas de aprendizaje para Vanessa a través de juegos y juguetes en el servicio durante las actividades recreativas

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA 4

TIPO DE PRIORIDAD media

FECHA DE IDENTIFICACION 20 de Noviembre 2009

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>A) Enseñar al cuidador primario como debe estimular a Vanessa a través de los juegos y juguetes (NIC 3S-5656)</p>	<p>Ayudar a los padres a identificar los juguetes que estimulen su aprendizaje de Vanessa, como son los juguetes con colores llamativos, móviles, muñecos de su agrado, muñecos favoritos (NIC 3S-5656,02).</p> 	<p>La necesidad de aprendizaje es el deseo o la exigencia de saber algo que la niña desconoce.</p> <p>El aprendizaje puede estar disminuido o inhibido por acontecimientos fisiológico tales como una enfermedad grave, el dolor y malestar general, impiden la concentración por lo que se altera el aprendizaje.</p> <p>Fundamentos de enfermería conceptos procesos y práctica 7ª edición Barbará Kozier vol. 1 pag498</p>

	<p>Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del lactante menor con los juguetes. (NIC 3S-5656,04)</p> <ul style="list-style-type: none">* Con dibujos o imágenes de gran contraste. Móviles variados.* Espejo irrompible sujeto a la pared interior de la cuna.* Sonajeros.* Música variada, ya sea de cajitas musicales, de cassettes o cd's.* Canciones entonadas por voz misma <p>Enseñar a los padres a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial (NIC 3S-5656,05)</p> <p>A TRAVES DE</p> <ul style="list-style-type: none">* Pelotas blandas, especialmente las que emiten sonidos suaves y agradables al moverlas.* Libros para bebés hechos de vinilo, cartón grueso o tela.* Juguetes de diversas texturas.* Espejo irrompible sujeto a la pared interior de la cuna* Juguetes que emiten sonidos como las maracas, tamborines, campanitas, etc.* Sonajeros transparentes.	
--	---	--

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>B)Mejorar la comunicación entre madre e hija (déficit del habla) (NIC 3Q-4976)</p>	<p>Estar de pie delante de la lactante mayor al hablar (NIC 3Q-4976,09)</p> <p>Utilizar cartones con dibujos que le llamen la atención (NIC 3Q-4976,10)</p> <div data-bbox="801 580 1424 1088" data-label="Image"> </div> <p>Utilizar gestos y movimientos con las manos (NIC 3Q-4976,11)</p>	<p>La comunicación es el conjunto de principios, conceptos y regularidades que sirven de base al estudio de la comunicación como proceso natural. La comunicación constituye una de las formas en que las personas interactúan entre sí, estableciendo lazos; a través de la comunicación verbal.</p> <p>Fundamentos de enfermería conceptos procesos y práctica 7ª edición Barabara Kozier vol. 1 pag498</p>

PLAN DE INTERVENCIONES		
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>C) Llevar a cabo terapia con juegos que estimulen su aprendizaje (NIC 3Q-4430)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones durante su aprendizaje (NIC 3Q-4430,01) • Dar el tiempo suficiente en el servicio para permitir un juego (sonajas)cartones de dibujos en movimiento (NIC 3Q-4430,02) • Proporcionar juegos y juguetes seguros de acuerdo a su edad sonajas, pelotas especialmente las que emiten sonidos suaves y agradables al moverlas. Libros para bebés hechos de vinilo, cartón grueso o tela. (NIC 3Q-4430,07) 	<p>A través del juego el niño concreta la enseñanza que ha asimilado sin darse cuenta</p> <p>Fundamentos de enfermería conceptos procesos y práctica 7ª edición Barbará Kozier vol. 1</p> 

Evaluación

El cuidador primario aprendió a elegir los juguetes de acuerdo a su edad y estado de desarrollo de Vanessa conoció los juguetes que favorecieron la satisfacción de la necesidad de su hija.

III RESULTADOS

En Vanessa se identificaron 8 necesidades en dependencia total al inicio del estudio de caso siendo el más afectado el de oxigenación, nutrición, seguridad y protección, descanso y sueño, vestido y desvestido, recreación, comunicación, realización y aprendizaje, estos fueron considerados de alta prioridad ya que necesita de la ayuda de la mamá y del personal de salud del hospital, las necesidades de higiene, evitar peligros, termorregulación, eliminación, movimiento y postura catalogadas como mediana prioridad, se realizaron 17 seguimientos de acuerdo al planteamiento de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades se detectó que Vanessa presentó 8 necesidades en dependencia y 6 en riesgo.

El seguimiento de Vanessa se llevó a cabo durante los días de hospitalización y durante las visitas con el cirujano, esto permitió el rastreo de las intervenciones y la valoración en cuanto a evaluación de la lactante menor.

La necesidad de **OXIGENACIÓN** es una de las más afectadas tiene cánula orotraqueal conectado a ventilador mecánica con FIO₂ 70%, PIP 1, saturación de oxígeno de 97%, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, continua con secreciones blanquecinas espesas que a la aspiración de secreciones mejora su estado de oxigenación en algunas ocasiones presentaba eventos de desaturación y broncoespasmos por los que se les realizaba nebulizaciones con combivent mejorando su oxigenación, la colocación de cánula de traqueotomía se realizó el 16 de diciembre 2009 y Vanessa falleció el 17 de Diciembre un día después de haberse realizado la traqueotomía.

La necesidad de **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN** siempre se vio afectada debido a la colocación de la cánula orotraqueal esto benefició la oxigenación y al mismo tiempo no permitió que se desarrollara el reflejo de succión por lo que su alfaré se le pasaba por sonda orogástrica 105 ml para pasar en 3 horas cada 4 horas.

ELIMINACIÓN Debido a su estado de salud las uresis y evacuaciones son cuantificadas a través del pañal, ella avisaba y lo manifestaba a través de la irritabilidad por lo que el personal de enfermería asistía a Vanessa, sus evacuaciones son amarillas pastosas y en ocasiones semilíquidas que se reponían al 50 % con solución fisiológica lo que prevenía una deshidratación.

La necesidad de **MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA** se brindó cambios de posición (decúbito dorsal, decúbito lateral izquierdo y derecho) con sujeción de miembros superiores debido a que se lleva las manos al catéter o a la cánula orotraqueal. El personal de enfermería junto con el personal de rehabilitación hacen un buen trabajo en la movilización y ejercicios para evitar atrofia muscular y tener una buena circulación oxigenación y nutrición de los tejidos, estas acciones mantuvieron a Vanessa que no presentara úlceras por presión.

La necesidad de **DESCANSO Y SUEÑO** se respetó el mayor tiempo posible evitando hacer procedimientos que alteraran esta necesidad disminuir su dolor, stress, angustia, tensión mejorando su descanso y sueño.

Necesidad de **VESTIRSE Y DESVESTIRSE** el cambio de ropa de la cama y de Vanessa se realizan diariamente por el personal de enfermería y en algunas ocasiones con la ayuda de la mamá se brindó información sobre la ropa que Vanessa debe utilizar de preferencia de algodón ya que mantiene una temperatura adecuada, **TERMORREGULACIÓN** durante la valoración de esta necesidad la temperatura se mantuvo entre 36.5 y 37.2C.

Necesidad de **HIGIENE**. Por la mañana se realizaba baño de esponja para mantener a Vanesa aseada con buena apariencia esto disminuía el estado de inquietud. Después del baño se mantenía tranquila y relajada lo que le permitía descansar y dormir adecuadamente, el cambio de ropa se realiza diariamente manteniéndola limpia aseada y seca, el cambio de los pañales después de cada evacuación y orina evitaron el eritema del pañal.

COMUNICACIÓN a la mamá se le oriento para que le hablara, le cantara, la besara, acariciara y le dijera que la quiere mucho, esto mejoro su comunicación ya que cuando llegaba la mamá Vanesa cambiaba sus facies cuando la veía.

Necesidad de **CREENCIAS Y VALORES** la mamá acudía a la misa todos los domingos esto mejoraba su voluntad y su buena fé.

Necesidad de **JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES** la orientación a la mamá de los juguetes que Vanesa puede jugar con ellos fue de gran importancia ya que trajo un movible para mejorar su juego y su **APRENDIZAJE**.

IV CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el Modelo de Virginia Henderson fue de gran utilidad para llevar a cabo el caso clínico de Vanessa permitiendo abordar de acuerdo a la propuesta filosófica las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Conociendo los problemas reales y/o potenciales de manera ordenada y sistematizada detectando las fuentes de la dificultad (falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento) para la elaboración de los diagnósticos y objetivos así como la intervención de enfermería jerarquizando de manera ordenada es importante mencionar el apoyo del equipo multidisciplinario y de la mamá de Vanessa para la obtención de los resultados ya que sin ellos no hubiese sido posible obtener buenos resultados para cada necesidad mejorando la calidad de los cuidados.

Los instrumentos de valoración utilizados en niños de 0 a 5 años (anexo 1) y la hoja de reporte diario (anexo 2), permitieron de manera ordenada la recolección de datos objetivos y subjetivos, las fuentes de la dificultad que se detectaron en cada necesidad permitió realizar diagnósticos de enfermería así como plantear los objetivos para llevar a cabo planes de intervención de enfermería mejorando así la atención y cuidados especializados.

V SUGERENCIAS

Considero de gran importancia que el proceso de atención de enfermería y la relación de las necesidades de Virginia Henderson son adaptados para todo paciente que este afectada alguna de las necesidades independientemente de sus edad y estado de desarrollo, salud o enfermedad actuando con un pensamiento crítico, analítico, ético, justo, en beneficencia de nuestros pacientes pediátricos y con un sentido más humanístico.

Promover la difusión y aplicación del PAE bajo la perspectiva de Virginia Henderson, como un método científico y metodológico, que guíe los cuidados de Enfermería.

Implementar el Proceso de Atención de Enfermería en cada uno de nuestros pacientes, realizando los registros claros, oportunos verazmente, brindando cuidados de calidad altamente especializado.

VI BIBLIOGRAFIA

- Guallart I. M.M Y Roca C. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretermino. Enfermería Clínica Vol. 8 Núm.2 .
- Sánchez L. V. Cuidados básicos de Enfermería de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería IMSS.2001 .
- Ortega V.C. Valoración de Enfermería al paciente posoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson (2001) Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001
- Franco O.M. Y Benítez T. M.A. Procesos del cuidador a un preescolar con HIV. Enfermería Universitaria
- Espinosa M.V, y franco O.M. Cuidados de Enfermería a las necesidades Básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería Vol.11 Núm. 1 Enero-febrero 2003
- Sierra P.M. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianogena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Volumen 14 núm. 1 enero abril 2006
- Real de la Cruz M.P. y Moya L.MD. Plan de cuidados en un niño con parálisis cerebral desarrollo del rol del cuidador. Revista de Enfermería basada en la evidencia Numero 22 julio-agosto 2008
- Solís M.M.E. Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación. Desarrollo científico de enfermería Vol.16. núm. 9 octubre 2008
- Partera L.M.S. Molina P.F. Atención de Enfermería a una niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre. Barcelona España Enfermería clínica 2003,
- Cruz L.L.M. Martínez P.G. Plan de Cuidados en un Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Cianógeno con Ventrículo Único. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica vol. 14 2 de Mayo –Agosto 2006
- Phaneuf M. Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. McGRAW-HILL. INTERAMERICANA DE ESPAÑA 1997
- Luis M., Fernández C. Navarro. M. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson 1998
- Du GAS Tratado de Enfermería Práctica McGraw-Hill Interamericana. Cuarta Edición Barcelona España 2001

Alfaro R. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, Madrid España, Mosby-Doyma 1992

Ier PM, Taptich B.J, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de Enfermería. Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. McGraw-Hill Interamericana 1995

Phaneuf Margot. Cuidados de Enfermería: el proceso de atención de enfermería, España. Interamericana Mc-Graw Hill 1993

Christensen J. P., y Griffith W. J. 1993. Proceso de atención de enfermería. aplicación de teorías, guías y modelos. México D.F: Manual Moderno SA de CV; 1993.

McCloskey DJ, PhD, RN, FAAN. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid España. Elsevier. 2004.

Moorhead Sue y cols. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Tercera Edición España Madrid 2006.

Marrine. T.A. RAILE A.M. Modelos y Teorías en Enfermería cuarta edición Madrid España Mosby-Doyma 1994

Luis Rodrigo MT, de la teoría ala practica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, España 1998.

Dugas, Beverly Winter. Tratado de enfermería práctica. México. D.F. Ed. McGraw-Hill interamericana; 2000.

Rodríguez L. Ética y Bioética de las Ciencias de la Salud, México Interamericana 1993:

Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México diciembre 2001.

Hernández PMC, Mendoza LC Consentimiento informado de enfermería. En desarrollo científico de enfermería 2002.

Cruz.H.M Tratado de pediatría Barcelona España Espaxs publicaciones medicas 6ª edición 1988.

<http://pdf.rincondelvago.com/virginia-henderson.html>

VIA ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I
PLAN UNICO DE ESPECILIZACION DE ENFERMERÍA
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

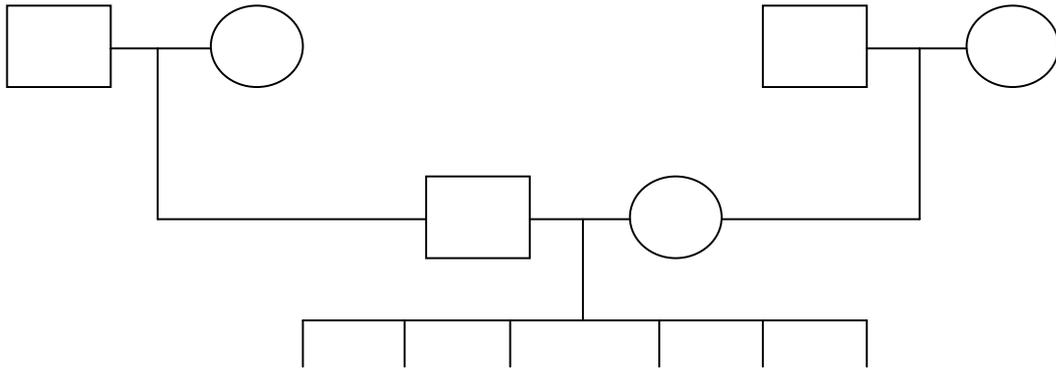
**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
CLÍNICA EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS**

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

MAPA FAMILIAR

Abuelos paternos

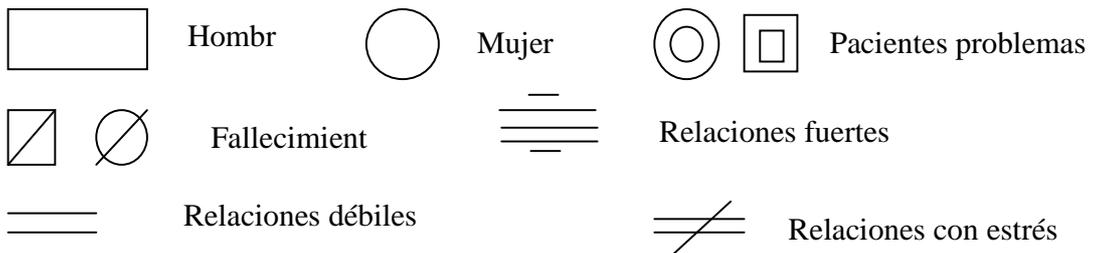
Abuelos maternos



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. afectiva	enfermedades

símbolos





ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega
 _____ Servicio _____

I DATOS DEMOGRAFICOS	<p style="text-align: center;">Nombre _____ Fecha de nacimiento _____</p> <p style="text-align: center;">Sexo _____ Edad _____ Procedencia _____</p> <p>Edad del padre _____ Nombre de la madre _____</p> <p>Edad de la madre _____ Fecha de revisión _____ Hora _____</p> <p>Escolaridad del padre _____ Madre _____ Niño _____</p> <p>Religión _____ La información es proporcionada por _____</p> <p>Domicilio _____ Procedencia _____ Teléfono _____</p> <p>Diagnóstico médico _____</p> <p style="text-align: center;">Sede _____ Servicio registro _____</p>
II FAMILIA	<p>Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____</p> <p>Características de la vivienda: Propia ___ Rentada ___ Tipo de construcción _____</p> <p style="text-align: center;">Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>Disposición de excretas: _____</p> <p>Descripción de la vivienda: _____</p> <p>Ingreso económico de la familia _____</p> <p>Medios de transporté de la localidad _____</p>

III ORIENTACION	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Si___ No___ Sala de espera: Si ___No___ Normas sobre los barandales de camas y cunas: Si___ No___ Permanencia en el servicio: Si___ No___ Informes sobre el estado de salud del niño: Si___ No___ Horario de cafetería: Si_____ No___ Servicio religioso: Si___ No___ Restricciones en la visita_____</p>
IV ANTECEDENTES INDIVIDUALES	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer _____ Talla al nacer _____</p> <p>Lloro al nacer___ Respiro 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_____</p> <p>Quien _____ ¿Cuándo? _____ El niño es alérgico; Si___ No___</p> <p>Si la respuesta es sí ¿a que es alérgico?_____</p> <p>Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:_____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación:</p>
1	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con : Leche:_____ Biberón:_____ Vaso:_____</p> <p>¿Con que frecuencia? Cantidad:_____ Dificultad:_____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: en Puré_____ Picados:_____</p> <p>Licados: _____ Otros_____</p> <p>¿Come solo?_____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come?_____</p> <p>Lugar_____</p> <p>¿Cuáles son los alimento preferidos?_____</p> <p>Que alimentos rechaza _____ Dieta especial_____</p> <p>Alergias alimentarias _____ Otros: explique si tiene:_____</p> <p>Alimentación especial:_____</p>

1	<p>Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Merienda</p> <p>Cereales _____ _____ _____</p> <p>Frutas _____ _____ _____</p> <p>Vegetales _____ _____ _____</p> <p>Carnes _____ _____ _____</p> <p>Tipo de líquidos: Vía oral _____ Vía Parenteral _____</p> <p>Hábitos en los alimentos _____</p> <p>A qué edad le salieron los dientes _____</p>
2	<p>Evacuaciones Orina En el pañal En orinal En el baño Día Noche</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Consistencia de las heces: Formadas:___ Pastosas:___ Blanda:_____ Liquida : _____ Semilíquida:_____ Espumosa:___ Con sangre:_____ Con parásitos:_____ Grumosa : _____</p> <p>Color: Amarillo:___ Verde:___ Café:_____ Negra:___ Blanca:_____</p> <p>Olor: Acida:___ Fétida:___ Otros:___ Moco___ Sangre___ Restos alimenticios _____</p> <p>Dolor al evacuar:___ Orina :Color___ Olor___ Sangre___ Sedimentos_____</p> <p>Pus: ___Dolor al orinar:___ Edema palpebral:___ Maleolar: ___ Anasarca:_____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Habitos: _____</p> <p>Descripción de genitales: _____</p> <p>Sudoración: _____</p>

3	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Somatometria :Peso:_____ Talla:_____ Perímetros: cefálico:_____</p> <p>Abdominal:_____ Torácico:_____ Braquial:_____</p> <p>Signos vitales: Tensión arterial:_____ Frecuencia cardiaca:_____ Pulso:_____</p> <p>Regular:_____ Irregular:_____ Respiración:_____ Regular:_____ Irregular:_____</p> <p>Aleteo nasal:_____ Retracción xifoidea:_____ Disociación toraco abdominal: _____</p> <p>Ruidos respiratorios:_____ Lado derecho:_____ Lado izquierdo:_____ Ventilación:_____</p> <p>Respiración asistida:_____ Controlada:_____</p> <p>Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor</p> <p>Tubo traqueal _____ _____ _____ _____</p> <p>Cavidad oro nasal _____ _____ _____ _____</p> <p>Humidificación y oxigenación:_____</p> <p>Tiene dificultad para respirar : Cuando come :_____ Camina :_____ Otros:_____</p> <p>Coloración de la piel: Color:_____ Integridad:_____</p> <p>Diaforesis:_____</p> <p>Petequias:_____ Rash:_____ Escoriaciones:_____</p>
4	<p style="text-align: center;">Reposo –sueño</p> <p>Horas de sueño _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete_____</p> <p>Con luz: _____ Sin luz:_____ Con música:_____ Cubierto con alguna manta:_____</p> <p>Otras costumbres:_____ Despierta por las noches:_____ Tiene pesadillas:_____</p> <p>Duerme siesta:_____ En que horario:_____</p> <p>Valoración neurológica: actividad: Activo:_____ Letárgico:_____ Tranquilo:_____</p> <p>Dormido:_____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____</p> <p>Asimétricos:_____ Respuesta pupilar:_____</p> <p>Para el recién nacido: Reflejos, succión:_____ Deglución:_____ Nauseoso:_____</p> <p>Búsqueda:_____ moro:_____</p> <p>Presión:_____ Fontanela: Normal:_____ Abombada:_____ Deprimida:_____</p> <p>Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas:_____ Imbricadas:_____</p>

5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa a vestir: _____</p> <p>Higiene:: _____ Costumbres en el cambio de ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____</p> <p>Se viste solo: Si: _____ No: _____ Con ayuda: _____</p>
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ A qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____</p> <p>Cuando tiene fiebre, ¿Cómo se la controla? _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijo la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paro: _____ Camino: _____ Salto con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ Camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Que postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cambio de posición con ayuda: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonrío: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dio sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: ¿cuál? _____</p> <p>Quien lo cuida: _____ Con quien juega: _____</p> <p>Quien habla con el niño: _____ Como consideras que es el niño:</p> <p>Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____</p> <p>Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Huraño: _____</p> <p>Desordenado: _____ Que hace el niño para consolarse a sí mismo: _____</p> <p>Qué hace usted para consolarlo : _____</p> <p>Hace berrinche: _____</p>

9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en que acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuantas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tiene algún preferencia por: Los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Como ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____</p> <p>Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Como ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p>

	<p>Existe alguna posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ o con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cuál?</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuando tomo la ultima dosis:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía											
Fecha _____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
13	<p>Aprendizaje</p> <p>Quien cuida al niño: _____ En donde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Si _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿Por qué? _____ Como reacciono _____</p> <p>¿Qué sabe usted sobre la enfermedad de su hijo? _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p> <p>_____</p>												
14	<p>Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Si: _____ No: _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Comparte juguetes: _____</p> <p>Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Si: _____ No: _____ si la respuesta es sí explique porque y como: _____</p> <p>Otros datos: _____</p> <p>Nombre de la enfermera(o): _____</p>												

Análisis



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

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

(En las dimensiones físicas, psicosociales y espirituales)

Fecha en que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio _____

Edad: _____ Sexo : _____ Dx médico: _____

Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de enfermería	Objetivo	intervenciones	realizadas por	Evaluación



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

ENFERMERÍA INFANTIL

V. GERARQUIA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio _____ Fecha: _____

Nombre del alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Fuentes de la dificultad			La dificultad interac. c/nec		Fortalezas debilidades del paciente y de la familia
	Grado	Grado	F.F	F.C	F.V	SI	NO	

Código: grado de dependencia

Total=DT

Temporal=Dtm

Parcial=Dp

Permanente=D pr

Causas de la dificultad

falta de la fuerza=FF

Falta de voluntad=FV

Falta de conocimiento=FC



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 deben realizar (o el niño si es posible).

2. Orientación dietética

3. Medicamentos indicados

Medicamentos	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Registro de signos y síntomas de alarma (que hacer en caso de alarma)

5. Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, 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(o): _____



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

Seguimiento

Nombre de la alumna(o) _____ Fecha _____
Servicio _____
Nombre del niño _____ Edad _____ Reg. De
Exp. _____
Valoración Focalizada de la necesidad _____

Datos Objetivos

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ TA _____ Temp. _____

Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Compañera

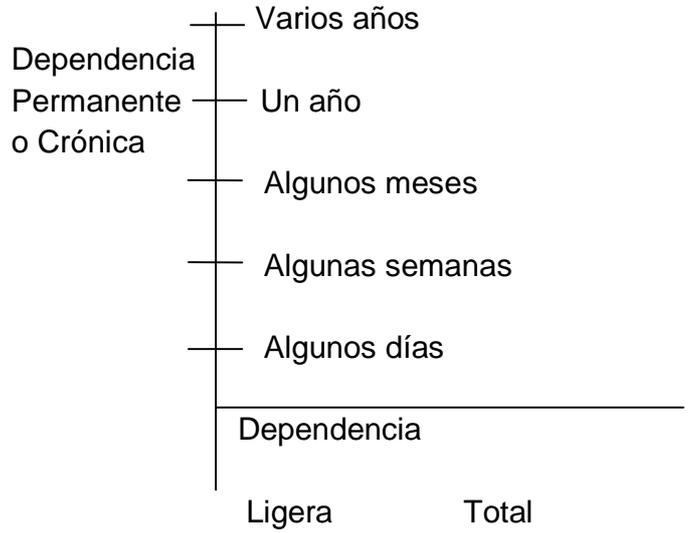
Suplente

Fuente de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

Comentarios
Dependencia

Duración de la

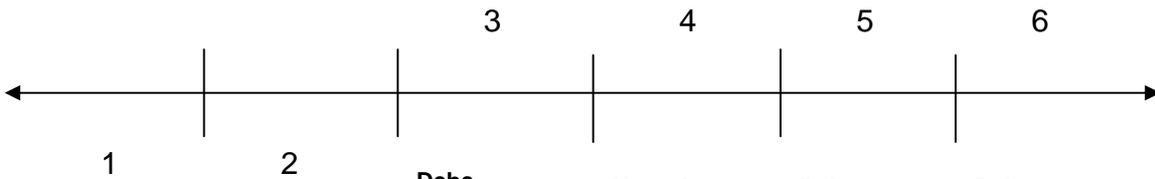


Dependencia

La persona responde por si misma a sus necesidades de forma aceptable, que le permiten asegurar su homeostasis física y psicológica

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.

Independencia



Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien debe ser asistido

Necesita asistencia para utilizar un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.

Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.

Debe confiarse enteramente a otro, para satisfacer sus necesidades aun que sea ligeramente

Dependencia



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Alma Vargas, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Vanesa Vargas E. participe en el estudio de caso Cuidados Especializados a una lactante menor con dependencia en la necesidad de nutrición y Oxigenación por orofaríngea, cuyo Objetivo principal es: Aplicar el proceso Atención de enfermería con la propuesta filosófica 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: Expiración física, Interrogatorio y Valoración focalizada de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson 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: Victor Rojas Yáñez

Firma

Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: Andra Luz Méndez

Firma: _____

Domicilio: Ex Hipódromo de Perálvillo
México D.F.

Nombre: Rosa Aquino

Firma: _____

Domicilio: Carretera a los Reyes 18 Departamento 2
Sección Saucedo Unidad Avitacional Texcozaco
los Reyes la Paz

México, D.F. a 30 de Octubre 2009