



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE. HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

ESTUDIO DE CASO
A UN PREESCOLAR CON DEPENDENCIA
EN LAS NECESIDADES BASICAS
POR CARDIOPATIA CONGENITA
(DOBLE SALIDA DE VENTRICULO DERECHO)

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA
L.E.O. PATRICIA LIZETH HERNANDEZ DIAZ



ASESOR. E.E.I. LUZ DE LOURDES SANCHEZ NAVARRO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi hijo Diego, que es el motor de mi vida y mi fortaleza.

A mis padres por su constancia, paciencia y estar a un lado de mi en todo momento.

A mi familia por la confianza que me tuvieron desde que inicie este proyecto.

A mis profesores por sus conocimientos e impulsarme a lograr mis metas.

A la familia Luevano Cisneros por su apoyo incondicional.

A mis pacientes, cada uno de esos pequeños de los cuales tengo mucho que aprender.

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

- Objetivo General
- Objetivos Específicos

1. MARCO TEORICO

| | |
|--|-----------|
| 1.1 Estudios relacionados..... | 1 |
| 1.2 Proceso de Atención de Enfermería..... | 12 |
| → Etapa de valoración..... | 14 |
| → Etapa de diagnóstico..... | 27 |
| → Etapa de planificación..... | 37 |
| → Etapa de ejecución..... | 48 |
| → Etapa de evaluación..... | 52 |
| 1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson..... | 60 |
| → Conceptos principales..... | 60 |
| → Tabla Continuum independencia – dependencia.... | 63 |
| → Grafica tiempo y duración de dependencia..... | 64 |
| → Fuentes de dificultad..... | 65 |
| → Necesidades..... | 66 |
| → Relaciones con otros profesionales..... | 76 |
| → Cuidados básicos..... | 76 |
| → Supuestos principales..... | 77 |
| → Postulados..... | 78 |
| → Valores..... | 79 |
| → Afirmaciones teóricas..... | 79 |
| 1.4 Aspectos éticos del cuidado de Enfermería..... | 82 |
| → Código de ética para enfermeras en México..... | 84 |
| → Decálogo de enfermería..... | 91 |

| | |
|---|------------|
| → Consentimiento informado..... | 94 |
| → Aplicación de aspectos éticos al estudio de caso... | 97 |
| 1.5 Factor de Dependencia..... | 98 |
| → Relación del Proceso de Atención de Enfermería con la propuesta Filosófica de Virginia Henderson.. | 105 |
| | |
| 2. METODOLOGIA | |
| 2.1 Descripción del Caso..... | 106 |
| → Habitus externo..... | 108 |
| → Necesidades en dependencia..... | 108 |
| → Necesidades en riesgo..... | 110 |
| → Necesidades en independencia..... | 111 |
| → Tratamiento médico (indicaciones)..... | 114 |
| 2.2 Métodos e Instrumentos..... | 117 |
| 2.3 Proceso de Construcción del Diagnóstico..... | 118 |
| 2.4 Proceso de planeación..... | 118 |
| 2.5 Plan de Alta..... | 148 |
| | |
| 3. RESULTADOS..... | 149 |
| 3.1 Análisis de resultados..... | 150 |
| 3.2 Plan de Alta..... | 153 |
| | |
| 4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... | 155 |
| | |
| 5. BIBLIOGRAFIA..... | 156 |
| | |
| 6. ANEXOS | |
| 6.1 Historia Clínica de Enfermería..... | 160 |
| 6.2 Hoja de Reporte Diario..... | 176 |
| 6.3 Hoja de Consentimiento Informado..... | 179 |
| 6.4 Tríptico Plan de Alta..... | 181 |
| 6.5 Escalas de valoración..... | 183 |

INTRODUCCION

La diversa y activa producción científica de enfermería ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina ciencia de la enfermería, lo que también ha permitido que la disciplina adquiera más fuerza y notoriedad. La disciplina de enfermería en los últimos 50 años se ha visto en un proceso desde el desarrollo de la teoría, seguido de la síntesis, pasando por el desarrollo de conceptos y, en estos últimos tiempos, en el debate de la integración. La comprensión de las dimensiones del desarrollo disciplinario y teórico que se ha alcanzado hasta hoy en día ha sido poco difundida o de limitada comprensión por una variedad de razones. No obstante, las enfermeras/os prácticas/os, académicas/os y graduadas/os con licenciaturas, maestrías y doctorados en enfermería necesitan valorar y comprender lo que ha pasado en la disciplina porque permitirá una mayor discusión y mejor entendimiento de los principales hechos acaecidos en la evolución disciplinaria y en el desarrollo de la ciencia, evidenciada ya en la literatura hispana en los años ochenta y que no han sido reflejados en forma suficiente en una integración disciplinaria de nuestra región.

Se entiende básicamente por una **disciplina** aquella rama de instrucción o educación, o departamento de aprendizaje del conocimiento. El término disciplina como la perspectiva única, la forma distintiva de ver el (los) fenómeno(s), la cual define, en última instancia, los límites y naturaleza de su interés. Así también enfermería es señalada a pertenecer a las disciplinas humanas porque están orientadas a producir “conocimiento sobre seres humanos”, y enfermería está relacionada con la naturaleza y estructura del todo sobre ese conocimiento humano. Incorporada en éste, las disciplinas se clasifican en las de ciencias, como son la física, biología, sociología y antropología, y en las de humanidades, como son la filosofía, la ética, la historia y las artes. Dentro de ese arquetipo se distinguían a las disciplinas

profesionales como aquellas profesiones cuyo objetivo es saber aplicar, describir, o prescribir conocimiento, y a las disciplinas académicas, cuyo objetivo es el conocimiento puro o saber por saber. Enfermería, entonces, se definió como disciplina profesional práctica, porque busca usar el conocimiento desde una [el propio] o más ciencias para las resoluciones de problemas del diario vivir en la práctica o dentro de un campo práctico.

Enfermería es una disciplina profesional y su misión es el desarrollo, diseminación y utilización del conocimiento en la práctica. De las características mencionadas dentro de la evolución de enfermería como disciplina, se destacan cinco: Primero, si enfermería se ha definido como una ciencia humana, entonces como consecuencia la disciplina debe ser coherente en seguir respondiendo epistemológicamente con la naturaleza de las preguntas que reflejen los aspectos humanos de la enfermería. Segundo, el rápido énfasis en la orientación hacia la práctica que ha tomado la disciplina, es decir, “lo que es la práctica” y también lo “que no debe ser”. Para ello la enfermería ha usado el conocimiento básico y aplicado para lograr los objetivos de los cuidados de los clientes. Tercero, la misión que han desarrollado las teorías en empoderar a las enfermeras, a la disciplina, y a los clientes/usuarios. Por lo que se requiere que las enfermeras/os identifiquen y valoren las mismas habilidades que tienen para un cuidado clínico efectivo, también, en tener habilidades que resalten el desarrollo de teorías, y dentro de esas habilidades se pueden distinguir dos; el conocer y el entender. Es decir, una cosa es tener habilidades en señalar y describir teorías determinadas, y otra cosa es tener habilidades en valorarlas, analizarlas y aplicarlas a una realidad determinada. Cuarto, es aceptar el hecho que enfermería como profesión de mujeres tiene diferentes estrategias y enfoques de desarrollo de conocimientos que los hombres. Entonces, la aceptación de las enfermeras/os como agentes de conocimiento será clave en el abordaje de las próximas etapas de desarrollo teórico en enfermería. Y quinto, la disciplina debe ser fortalecida con un mayor número de graduadas/os, con más conciencia y un mayor respeto profesional basado en que el conocimiento de enfermería ha emergido como un campo de

conocimiento único y distinto, y que la riqueza de enfermería como disciplina está en su diversidad paradigmática.¹

Este trabajo se encuentra estructurado en 2 partes la primera de ellas es el marco teórico donde se revisan estudios relacionados que tienen como característica la utilización del Proceso Cuidado Enfermero y la valoración por las 14 necesidades que propone Virginia Henderson en pacientes pediátricos, así como la revisión completa de cada una de las etapas del P.A.E. y de la propuesta filosófica de Virginia Henderson, así como aspectos éticos del cuidado de enfermería y el factor de dependencia: La Doble Salida de Ventrículo Derecho.

La segunda identifica a la metodología donde se hace una revisión de la descripción del caso y el método e instrumentos que se utilizaron para su realización así como el proceso de construcción de los diagnósticos enfermeros, el proceso de planeación donde se realiza cada uno de los planes de intervenciones especializado e individualizado de enfermería y el plan de alta sugerido.

Todo lo anterior con el fin de ofrecer una atención de calidad y actuar de una manera oportuna respaldada y justificada en la obtención de conocimientos actualizados disminuyendo riesgos y encaminando al paciente a una mejora en su salud.

Además de tener la oportunidad de realizar este estudio de caso como opción a titulación de la Especialidad en Enfermería Infantil.

¹ Urra, E. (2009) *Avances de la ciencia de Enfermería y su relación con la disciplina*. Ciencia y Enfermería XV. (2): 9- 18.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un estudio de caso a un preescolar con dependencia en las necesidades básicas, por doble salida de ventrículo derecho, sustentado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos

Realizar valoración exhaustiva y focalizada en un preescolar masculino con dependencia en las necesidades básicas.

Elaborar los diagnósticos de enfermería sustentados en los datos objetivos y subjetivos obtenidos y en las fuentes de dificultad.

Diseñar un plan de intervención de enfermería y proporcionar cuidados especializados al paciente.

Lograr de la manera más rápida y permanente la independencia de las necesidades que se encuentren alteradas y en dependencia.

1 MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

En el siglo XXI, la idea de que la asistencia sanitaria se debe basar en evidencias sólidas es aceptada de forma universal por los profesionales y el público. Aunque todavía existe debate sobre qué constituye exactamente evidencias sólidas, los principios del cuidado basado en la evidencia no se cuestionan. Debido a que las enfermeras y enfermeros somos el grupo más grande de profesionales del sistema sanitario, la práctica enfermera y las intervenciones que las/os enfermeras/ os realizamos deben estar basadas en la evidencia. Para llevarlo a cabo, las enfermeras/os tienen que adoptar una agenda de investigación y, en la mayoría de países europeos, están respondiendo a este desafío.

La investigación tiene por finalidad el desarrollo del conocimiento y la validación de lo ya existente; como consecuencia, genera la ciencia propia de cada disciplina y permite validar su práctica profesional. A través del tiempo, las disciplinas desarrollan una forma de pensar.

La investigación tiene una función importante para ayudar a que los profesionales enfermeros establezcan fundamentos científicos en el ejercicio de su profesión. Paso a paso se va consiguiendo una visión de la profesión de enfermería más consolidada dentro del campo de las Ciencias de la Salud, no sólo como profesión que ayuda, sino con un cuerpo de conocimientos que le hacen ser autónoma y a la vez parte del equipo de salud que atiende las demandas que desde la sociedad se plantean.

La práctica clínica basada en la evidencia, y por tanto la Enfermería Basada en la Evidencia, debe originar que nuestras decisiones se basen en la utilización crítica y consciente de los resultados de investigación más reciente.

Esto debe hacerse sin olvidar las preferencias y los valores de los pacientes, la experiencia personal y los recursos disponibles. Esta práctica se alimenta de un conjunto de herramientas modernas y se nutre del conocimiento.²

Para sustentar este trabajo se realizó una búsqueda de artículos relacionados con el Proceso de Atención de Enfermería y bajo la valoración del modelo conceptual de las 14 Necesidades de Virginia Henderson de los cuales todos ellos se encuentran publicados en la última década, de los cuales 6 se realizaron en México, 3 en Barcelona y 1 en Perú; del total mencionados 2 corresponden a pacientes lactantes menores, 3 lactantes mayores, 2 preescolares, 1 escolar y 2 adolescentes.

Referente al factor de dependencia se encontraron 3 artículos publicados durante los años 2001 y 2002 de los cuales uno es de origen japonés y 2 estadounidenses en pediátricos con dependencia en necesidades básicas por la Doble Salida de Ventrículo Derecho, concluyendo que los niños con este tipo de patología no necesitan solo la atención en el apoyo de los síntomas o la reparación quirúrgica si no la práctica de las intervenciones efectivas en ellos mediante personal preparado como las enfermeras pediátricas que permite planificar y atender a los niños con cardiopatía congénita.³

El primero se trata de un artículo realizado a un adolescente de 14 años residente de Nayarit, posquirúrgico de corrección total de tetralogía de Fallot en marzo del 2009 por acentuación de los síntomas de su enfermedad cardiaca y con alucinaciones tardías (síndrome de delección del cromosoma 22q11) secundario a la cardiopatía de base, esto ya que las malformaciones cardiacas se pueden acompañar de diversos síndromes genéticos polimalformativos; se

¹Alonso, P., Ezquerro, O., Fargues, I., García, J. (2004) Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Difusión de Avances de Enfermería. Madrid-España 9 -130.

²Belli, E., Serraf, A., Lacour F. (1998) Biventricular repair for double- outlet righ ventricle: Results and long – term follow – up. American Heart Association II 365 – 7.

Fukushima S., Yagihara, T. (2001) Biventricular repair in a patient having double outlet right ventricle with unusual straddling of the mitral valve. Cardio I Young 11: 361 – 363.

realizó durante su estancia hospitalaria en el servicio de Cardiología Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez donde se conoce el caso desde 1997 y con egreso a domicilio el día 29 de abril en buenas condiciones y reingresa el día 7 de mayo del mismo año al servicio de urgencias por una comunicación interventricular residual infundibular por lo que nuevamente es intervenido y el 22 de junio de 2009 ingresa al área de cardiopediatría donde se desarrollo la valoración en base a la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que se encuentra confuso y con alucinaciones diagnosticándose cuadro tipo delirium y se inicia tratamiento. Las necesidades que se encontraron alteradas son la de nutrición/hidratación por la presencia de náuseas y vómito, la de evitar peligros por las alucinaciones y el riesgo de lesionarse a él y a otros por las reacciones secundarias de los medicamentos y por el deterioro neurológico, todas ellas tratadas mediante un plan de intervenciones de enfermería específico basado en la taxonomía NANDA para la satisfacción de dichas necesidades alteradas, donde no se encontró ninguna dificultad, como conclusión el personal de enfermería debe conocer los datos clínicos de este padecimiento, realizar un diagnóstico diferencial, una valoración y plan específico y por último poder reintegrar al paciente a la sociedad.⁴

En el Hospital Nacional <<Almazor Aguinaga Asenjo>> en Chiclayo, Perú en septiembre del 2009 se realiza un estudio de caso bajo la metodología del proceso de cuidado de enfermería, priorizándose las necesidades alteradas según la propuesta filosófica de Virginia Henderson y formulación de diagnósticos bajo la revisión de la teórica Regina Waldow de una niña en etapa escolar llevada por su madre, padece parálisis cerebral infantil desde los dos meses de nacimiento la cual le ocasiona consultas por fiebre y convulsiones además que altera el sistema inmunológico, y se realiza diagnóstico de influenza AH1N1 que es una infección que vulnera específicamente la salud de personas inmunodeprimidas.; se priorizan de necesidades según Virginia

⁴ Mondragón, A. (2010). *Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 18 (3), 82-86.

Henderson y para cada diagnóstico se realiza un plan de cuidados que se aplica en un 70% y se realiza evaluación del desarrollo permitiendo en algún momento realimentar o proponer nuevos cuidados.⁵

Este estudio se realiza bajo el sistema de enseñanza tutorial durante un curso de la especialización de enfermería infantil con el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y el proceso de enfermería como método científico para la resolución de problemas identificando la fuente de dificultad del paciente, con ayuda de un instrumento de valoración focalizada para recolección de datos y la exploración física jerarquizando diagnósticos de acuerdo al grado de independencia – dependencia que se presenta la gráfica de continuum. Realizándose en el Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI en un paciente con desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur (DECF) se trata de un adolescente masculino de 13 años de edad con antecedentes de inestabilidad desde el inicio de la marcha tratado con Birol en ambos pies logrando estabilidad en la marcha, a los 8 años de edad refiere dolor articular de rodillas y pies y a los 13 imposibilidad en la marcha con dolor en cadera derecha, con peso de 81.5 Kg y 1.72 m, extremidades inferiores con rotación externa de predominio derecho. Se programa para cirugía de reducción y fijación interna con tornillos canulados y clavos que posteriormente se retiran por desplazamiento de cadera izquierda, se concluyó que el sobrepeso del paciente y los antecedentes fueron factores desencadenantes de la enfermedad. Una de las necesidades afectadas fue la de moverse y mantener una buena postura durante trece seguimientos, 9 en hospitalización y 4 en la consulta externa para el control de su evolución. Encontrándose las siguientes necesidades en dependencia: movimiento y postura, e higiene, vestirse y desvestirse y las necesidades en riesgo oxigenación, comunicación, peligros, eliminación, sueño y descanso, aprendizaje y recreación dando como resultado en todas las intervenciones de cada diagnósticos una dependencia decreciente

⁵Angeles, Y., Barreto, M., Bolaño, H. (2010) *Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú*. Revista Enfermería Herediana, 3 (1), 43-48.

en distintos tipos de grado lo que refleja físicamente en mejoría. Lo que refleja que este método de trabajo es un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería y en conjunto con el uso de asesoría tutorial favorecen el aprendizaje.⁶

A través de los años, el proceso de atención de enfermería ha reafirmado la importancia para el ejercicio profesional para la planeación de cuidados específicos que se jerarquizan posterior a la valoración de un paciente, esta valoración puede realizarse por diversas metodologías estudiadas y aceptadas y cada una de ellas puede utilizarse según las necesidades del personal que la realiza, de la institución hospitalaria que la ejerce o del paciente que la requiere, y cada uno de los profesionales de enfermería es libre de aplicar la que le convenga, una de ellas es la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson que se muestra a continuación en un paciente lactante de 1 año 4 meses con dependencia de oxigenación tras un primer diagnóstico en medicina particular de amigdalitis el día 16 de septiembre con sintomatología de vómito y fiebre no cuantificada y con tratamiento antibiótico. El 18 de septiembre ingresa a una sala de urgencias de hospital privado por presentar dificultad respiratoria con diagnóstico de bronquiolitis. A la entrevista de la madre refiere adinamia de 1 semana de evolución, discreto tiraje intercostal, auscultación de sonidos crepitantes, estertores bilaterales y frecuencia respiratoria de 45 respiraciones por minuto, aterrizando en el principal diagnóstico donde se encuentra la necesidad de oxigenación afectada. Se inicia plan de intervenciones que no especifica tiempo solo refiere que como evaluación el lactante mejoró el patrón respiratorio y disminuyó ruidos accesorios recuperando la independencia y egresando a su hogar, por lo tanto la valoración de las necesidades de Virginia Henderson es aplicable en pacientes pediátricos y tiene como beneficio el seguimiento del paciente posterior al egreso hospitalario.⁷

⁶ Sánchez, V. (2001). *Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura*. Revista Enfermería IMSS, 9 (2), 91-96.

⁷ Solís, M. (2008). *Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con Dependencia de Oxigenación*. Desarrollo Científico de Enfermería, 16 (9), 414-417.

Las valoraciones de enfermería antes descritas se manejan en un marco de atención hospitalaria sin embargo el profesional de enfermería realiza valoraciones en todas las áreas que se desenvuelve y una de ellas es el área de la consulta externa del Centro de Atención Primaria Sant Andreu de Althaia en Barcelona, España donde una profesional de enfermería detecta el caso de un niño primogénito de tres años que cursa con celos en la primera infancia secundario al nacimiento de su hermana que actualmente tiene 9 meses de edad y con motivo de su valoración de enfermería acude junto a sus padres a la consulta externa de este centro. La niña se mantiene con una nutrición a base de seno materno a libre demanda, tolerando bien los primeros alimentos pero aceptándolos en poca cantidad, cuando la niña rompe en llanto la forma de mantenerla tranquila es con lactancia materna así como para estimularla a dormir y despierta cada tres horas. El niño tiene un desarrollo antropométrico y psicomotor normal para la edad, pero con ciertos cambios conductuales hacia ellos cerca de los dos meses de vida de la lactante (rabietas, rechaza hacer cosas que antes hacía, da vueltas como buscando algo sin saber qué, enfadado y no quiere dormir en su habitación como antes de nacer la niña), se realiza la valoración del niño mediante las 14 de necesidades de Virginia Henderson encontrando en dependencia la necesidad de evitar peligros y de descanso y sueño para lo que planifica una serie de intervenciones que se expone a los padres mediante el inicio de una conversación realizando los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC, el resultado se obtiene posterior a 4 meses donde la madre refiere el control familiar y el mejor comportamiento del carácter del niño hacia la hermana pequeña.⁸

Para proporcionar cuidados de enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades y tener una base teórica que justifique la elección adecuada y las intervenciones de enfermería de cada diagnóstico para mejorar el cuidado de los pacientes, una de esas propuestas filosóficas es la de Virginia

⁸ Puig, M. (2010). *Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso*. Enfermería Clínica, 20 (4), 260 -263.

Henderson en donde un individuo se vuelve independiente cuando puede satisfacer por sí mismo sus 14 necesidades básicas y que al presentar limitaciones para satisfacerlas por falta de fuerza, conocimiento o voluntad se vuelve un individuo dependiente y es donde el personal de enfermería interviene para lograr nuevamente su independencia. Actualmente las enfermedades del tracto respiratorio son un serio problema de salud pública en nuestro país, causadas principalmente por bacterias grampositivas, y entre los gramnegativos que la pueden producir se encuentra el Hemophilus Influenzae tipo B que es responsable de casi todos los casos de neumonía, diagnóstico por esta bacteria que se registra a la toma de un cultivo de secreción posterior a la colocación de un sello de agua por derrame y empiema pleural por neumonía en un lactante mayor de un año cuatro meses de edad, masculino, procedente del Distrito Federal, cuyo ingreso es a un hospital de tercer nivel por fiebre (38.5°C), datos de dificultad respiratoria, tos no productiva, durante la consulta con deterioro de la función respiratoria con quejido y disociación toracoabdominal, test Silverman – Anderson de 6 por lo que se proporciona apoyo ventilatorio, la valoración del profesional de enfermería se realizó mediante un instrumento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Autónoma de México (ENEO – UNAM) basado en las necesidades básicas del niño de 0 – 5 años con la que se determina el nivel de dependencia de cada necesidad formulándose 17 diagnósticos de enfermería de los cuales 11 corresponden a dependencia; 5 a independencia y 1 de alto riesgo, y se presentan solo 4 de actividad independiente del personal de enfermería siendo de alta prioridad: Deterioro del intercambio gaseoso llevándose de un grado de dependencia 6 hasta un grado de independencia 1, alteración de la nutrición por déficit de un grado de dependencia 6 a un grado de independencia 2, riesgo de deterioro de la movilidad física de un grado de dependencia 3 a un grado de independencia 1 y alteración del patrón del sueño de un grado 5 de dependencia a la independencia, todos ellos sin especificar el

tiempo de resolución. Sin embargo la utilización de una base teórica ayuda a un proceso continuo que beneficia al paciente.⁹

El artículo que a continuación se describe es un estudio realizado en el servicio de Pediatría del Hospital Central militar en un paciente lactante menor, originaria de Netzahualcóyotl, Estado de México, presentado desde el nacimiento cianosis agudizada con la alimentación y el llanto, diagnosticada en una hospitalización previa como cardiopatía congénita inespecífica, valorada posteriormente en otro hospital general diagnosticada como cardiopatía congénita del tipo de ventrículo único, se da de alta e ingresa a este hospital por crisis hipóxica, con catéter venoso central sin datos de infección todos los datos encontrados en la valoración física son clasificados dentro de cada una de las necesidades de Virginia Henderson encontrándose como dependientes la necesidad de oxigenación, nutrición, movimiento y postura, termorregulación y evitar peligros y riesgos, cabe destacar que ninguno de los diagnósticos manifiesta el nivel de dependencia del paciente y tampoco su evolución a la independencia o continuidad de dependencia además de que el autor no muestra las fuentes de dificultad que se presento por parte del paciente por lo que no existe una base teórica completa para poder fundamentar la evaluación del paciente en este estudio de caso.¹⁰

Con la finalidad de proporcionar una atención y cuidado de alta calidad y con alto sentido humano se trabaja con el método enfermero que es una herramienta básica en el trabajo asistencial de enfermería. El presente análisis es de un paciente lactante menor masculino de 3 meses de edad, producto de la gesta 2 de un embarazo llevado con control prenatal pero con complicaciones (desprendimiento prematuro de placenta, manejándose de forma ambulatoria), a las 30 semanas con diagnóstico de oligohidramnios en donde se realiza cesárea de urgencia en el Instituto Nacional de Perinatología siendo un

⁹ Espinosa, V. (2003). *Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía*. Desarrollo Científico de Enfermería, 11 (1), 24-29.

¹⁰ Cruz, L., Martínez, G. (2006). *Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14 (2), 56-61.

producto vivo de 30 semanas de gestación por Ballard con un peso de 760 gramos que requiere intubación orotraqueal y aplicación de factor surfactante ingresando al área de UCIN, durante su estancia es valorada por el servicio de endocrinología y genética quienes diagnostican hermafroditismo y soplo sistólico que tras ecocardiograma transtorácico se documenta una coartación de aorta y conducto arterioso persistente por lo que el día 17 de marzo del 2005 es ingresado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez donde se realiza corrección quirúrgica, en ese mismo lugar es ingresado al área de cardiopediatría donde se realiza su valoración de enfermería durante 5 días consecutivos basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson, encontrando las siguientes necesidades alteradas: Oxigenación, ya que continua con apoyo ventilatorio con dificultad para extubación; Hidratación y nutrición, por un peso que decrece de 2.0 kg a 1.5kg; eliminación, por líquido seroso en sitio de retiro de drenaje y edema; termorregulación, por inmadurez neurológica; moverse y mantener una buena postura, por atrofia muscular; Higiene y protección de la piel, por sitios de invasión; evitar peligros y seguridad, por el riesgo de infección; y vivir de acuerdo a creencias y valores por la mala aceptación de la madre al padecimiento de su hijo. Se realiza plan de intervenciones específicas para cada uno de los diagnósticos establecidos concluyéndose que este debe ser modificable según las necesidades alteradas y las resueltas ya que es un paciente que cursa con complicaciones y para poder dar un cuidado de calidad y calidez debemos de adoptar un modelo flexible.¹¹

Cuando se habla de un plan de cuidados de enfermería hay intervenciones multidisciplinarias para una mejor evolución del paciente independientemente del problema patológico por el cual curse, pero también podemos disponer del apoyo que nos pueden proporcionar los familiares o cuidadores principales siendo de gran ayuda para la planificación de los cuidados. La paciente es una niña de 5 años con un cuadro de complicación de

¹¹ Sierra, M. (2006). *Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14 (1), 16-23.

colecistitis y pancreatitis en relación al diagnóstico de quiste de colédoco el 2 de noviembre de 1999, intervenida e ingresada al área de UCIP multiinvadida, y con intensificación de sintomatología por lo que requiere reintervención quirúrgica, durante este transcurso con padres inquietos y angustiados por complicaciones, ante la mejoría se realiza el traslado al área de hospitalización. La madre asume el papel de cuidadora principal y el problema de la niña lo convierte en propio, pero al ser un problema que no domina se siente frustrada e incapaz de ofrecer los cuidados necesarios, por lo que manifiesta actitudes negativas hacia la niña por lo que le transmite inseguridad y dependencia. Se realiza valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, y utilización de la taxonomía NANDA centrándose en las que dieron implicación de enfermería. Necesidad de respirar, patrón respiratorio ineficaz; necesidad de moverse y mantener una buena postura, riesgo de deterioro de la movilidad física; necesidad de higiene, aseo y protección de la piel y mucosas, deterioro de la integridad cutánea; necesidad de evitar peligros, dolor, temor a las diferentes actuaciones y procedimientos, afrontamiento familiar inefectivo y síndrome de estrés al traslado. Se realizó el plan de intervenciones y se concluyó que el debemos de entender que el paciente pediátrico con los padres forman una unidad por lo tanto deben ser incluidos para la colaboración de las intervenciones.¹²

En el Hospital Teresa Herrera, Canalejo de A Coruña se identifica el caso de una niña de 11 meses hospitalizada por estancamiento ponderal, cardiopatía congénita y Síndrome de Down, realizándose la valoración de necesidades según la propuesta filosófica de Virginia Henderson y definiendo los diagnósticos de enfermería por la taxonomía NANDA. En los cuales se desarrollo el plan de cuidados llevándose el tipo de relación de ayuda para con la madre, sin embargo aunque la paciente evolucionó de manera favorable y egresó a su domicilio por mejoría el artículo omite datos importantes como es la identificación precisa de las necesidades en dependencia, así como el grado de

¹² Partera, M., Molina, F., Gestí, S., Cavero, J. (2002). *Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre*. Enfermería Clínica, 13(5), 313-320.

dependencia que se encontró en cada una de ellas, solo se hace hincapié en el cambio favorable del rol del cuidador, por lo que concluyo que se requiere la unificación de criterios a la utilización de cualquier tipo de valoración para mejorar la calidad de los cuidados prestados y llegar al logro de independencia.¹³

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta en el método de trabajo de enfermería que ayuda a organizar el trabajo de una manera propia en forma reflexiva y consciente y es básico para el establecimiento de un modelo en la práctica que exista un proceso de reflexión tanto individual como colectiva y un importante trabajo de consenso. Principalmente teniendo en cuenta que la literatura en investigaciones basadas en la opinión de las enfermeras asistenciales por lo que la propuesta filosófica de Virginia Henderson se considera completa para la valoración de los pacientes según las 14 necesidades.

¹³ Ferrer, A., García, R., Barreiro, J. (2003). *Teoría y Método El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica*. Cultura de los cuidados, VII (13), 52-62.

1.2 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La formación de enfermería en México como en el mundo, arroja índices desiguales de progreso, en dos vertientes consustanciales: la concepción teórica del Proceso de Enfermería y de ésta, su implementación en el plano clínico. Aquí, y a diferencia de lo que ocurre a escala internacional, el desarrollo profesional en la primera de éstas, es notablemente mayor que en la segunda.

En interés que ha dado impulso, a la elaboración de esta aportación sobre el tema; es hacer una contribución, para estrechar la relación entre teoría y práctica, desde una perspectiva que es, el fin último: amparar en la identificación y aplicación consciente del paradigma de Enfermería, un superior desempeño cotidiano en la materia.

En la mayoría de los países no industrializados, las enfermeras son las únicas dispensadoras estables de cuidados de salud, en las regiones rurales y en los barrios urbanos de ingresos bajos. Las enfermeras dispensan y gestionan, la mayor parte de la atención primaria de salud en las zonas rurales y urbanas. En otros países, las enfermeras son las dispensadoras principales de cuidados de salud, tanto en los hospitales como en los contextos comunitarios. Las enfermeras planifican los servicios, asignan y gestionan los recursos, y aportan a la elaboración de la política general y a la adopción de decisiones, sus conocimientos de la salud y de las necesidades de salud.

El problema que existe asociado con la implementación del Proceso Enfermero en el contexto clínico, se relaciona con que la propuesta, es planteada desde al ámbito teórico, lo que parece ser una contradicción. Es necesario encontrar la forma de integración entre las propuestas teóricas y las prácticas, para definir y perfeccionar las metas y trayectorias de las propuestas, pero el personal clínico de enfermería debe tener un rol determinante. Para esto, debe existir disponibilidad para hacerlo, empezando por formarse en las cuestiones teóricas y prácticas que les hagan falta. De lo contrario, seguiremos

disciplinariamente, la inercia de la opresión autoimpuesta: todo para enfermería pero sin enfermería.¹⁴

Cuidar es el núcleo de la disciplina enfermera. Es un proceso continuo que nos exige valorar al individuo como un todo, como un ser biopsicosocial, para poder identificar sus problemas, poder dar una solución y evaluar para volver a empezar, si es necesario.

Este proceso de cuidados es el Proceso Atención de Enfermería que, según Rosalinda Alfaro, se define como “método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el concepto básico de que cada persona responde de forma diferente ante una relación real o potencial de salud”. Es por tanto, “un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza con un orden específico y con la finalidad de asegurar que la persona recibe atenciones de calidad”, “El PAE es la aplicación de la resolución científica de los problemas, a los cuidados de enfermería” (Marriner, 1983), “El PAE es el instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre el enfermero, el cliente y la familia y para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud” (Capernito, 1989). La utilización del proceso enfermero proporciona a las enfermeras una forma de pensamiento que organiza el ejercicio profesional y centra la toma de decisiones clínicas. Además permite clarificar la aportación específica que realiza la enfermera a la población, y diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales de la atención primaria.

Sin embargo, pese a los beneficios que aporta la utilización del proceso enfermero, hay diversos factores (escases de formación, falta de tiempo, etc.)

¹⁴ Hernández, V., Lagunas A. (Agosto, 2006) Proceso de Enfermería: su Teoría y su Práctica. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 14 N° 7, pp. 274-276.

que dificultan la implementación y utilización de las 5 fases del proceso: valoración, análisis, diagnóstico, ejecución y evaluación.¹⁵

Objetivos

- Establecer una base de datos para el paciente.
- Determinar las prioridades de cuidado, objetivos y resultados esperados.
- Determinar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad.

Características

- Sistemático.
- Dinámico.
- De naturaleza interactiva.
- Flexible.
- Tiene una base teórica.
- Potencia el desarrollo profesional, favorece el desarrollo cognitivo, técnico e interpersonal a través de sus etapas.

ETAPA DE VALORACION

La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de datos (información). Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo.

¹⁵ Alvarez, M., Bota, M. (Noviembre, 2005) Valoración de Enfermería en el niño y adolescente. Revista Nursing. Vol. 23, N° 09, pp. 77.

Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

“Proceso continuado que la enfermera realiza en cada una de las etapas del Proceso de Atención De Enfermería” (Kozier, 1999), “Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizado a partir de diversas fuentes. Con el fin de descubrir el grado de satisfacción de de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan Ayudarla” (Phaneuf, 1999).

“Comprende la recolección, validación, organización y registro de la información con base en el enfoque teórico seleccionado, sobre el estado de salud de la persona, a través de diversas fuentes primarias y secundarias, valiéndose de diferentes técnicas e instrumentos específicos de cada especialización” (Luis Rodrigo, M.T., 2000)

Tipos de valoración

La valoración inicial se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria, su objetivo es establecer una base de datos completa para la identificación de problemas, referencia y futuras comparaciones.

La valoración centrada en el problema es un proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería, su objetivo es determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.

La valoración urgente se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente y su objetivo es identificar problemas peligrosos para la vida, e identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto.

La revaloración al cabo de un tiempo se realiza varios meses después de la valoración inicial y su objetivo es comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y estilo de vida, para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005) exige que cada paciente cuente con una valoración inicial que consista en una anamnesis y una exploración física realizadas y registradas en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario.

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.

Obtención de datos

Es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería, la valoración física, la anamnesis y exploración física realizada por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales sanitarios.

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa de la enfermera y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

Tipos de datos

Los datos subjetivos, denominados también síntomas o datos ocultos, sólo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, palpar, escuchar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Durante la exploración física la enfermera obtiene los datos objetivos y complementa la fase de valoración del proceso de enfermería.

Los datos constantes son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar las respuestas de los pacientes ante las intervenciones de enfermería o médicas.

Fuentes de los datos

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales sanitarios, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

- Paciente.

La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o este confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos. Entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería (D'Amico y Barbarito, 2007).

- Personas de apoyo.

Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, es estrés que experimentó antes de la enfermedad, las actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que está inconsciente o confundido. En algunos casos (un paciente del que se abuso física o emocionalmente, por ejemplo), la persona que da la información puede querer seguir siendo anónima. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, acepte tal fuente de información. El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo.

La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales sanitarios se considera subjetiva si no se basa en hechos.

- Historia del paciente.

Incluye información registrada por varios profesionales sanitarios. También contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado marital del paciente. Al revisar esta historia antes de entrevistar al paciente, el profesional de enfermería puede evitar plantear preguntas para las que ya tiene respuesta. La repetición de preguntas puede ser estresante y molesta para los pacientes y hacer que se molesten por la falta de comunicación que hay entre los profesionales sanitarios. Los tipos de historia de los pacientes son la historia médica, la historia terapéutica y la historia de laboratorio.

La historia médica es a menudo una fuente de los patrones de salud y enfermedad presentes y pasados del paciente. Esta historia puede proporcionar a los profesionales de enfermería información sobre la conducta de afrontamiento del paciente, sus prácticas sanitarias, las enfermedades previas y los problemas alérgicos.

La historia de los tratamientos proporcionados por otros profesionales sanitarios, como los trabajadores sociales, los nutricionistas, los dietistas o los fisioterapeutas, ayuda al profesional de enfermería a obtener datos relevantes no expresados por el paciente.

La historia de laboratorio también proporciona información sanitaria pertinente. Cualquier dato de laboratorio sobre un paciente debe compararse con lo normal para ese laboratorio dentro de esa prueba en particular y para la edad, el sexo y otros aspectos significativos del paciente.

El profesional de enfermería debe considerar siempre la información que hay en la historia del paciente a la luz de la situación actual. Los pacientes mayores pueden tener numerosos antecedentes previos. Estos son muy útiles y contribuyen a comprender completamente la historia sanitaria, en especial si la memoria del paciente está alterada.

- Profesionales sanitarios.

Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones sanitarias.

- Bibliografía.

La revisión bibliográfica de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos.

Métodos de obtención de datos

Los principales métodos para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

- Observación.

Es obtener datos usando los sentidos. Es una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

El profesional de enfermería experimentado a menudo es capaz de atender una intervención y al mismo tiempo realizar observaciones importantes. El estudiante primerizo debe aprender a hacer observaciones y a completar tareas de forma simultánea.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto algo importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrollan una secuencia particular de acontecimientos observados, habitualmente centrados primero en el paciente.

- Entrevista.

Es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones, se usa cuando el tiempo es limitado.

Durante una entrevista no dirigida, o entrevista construida, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación en la comprensión entre dos o más personas.

Tipos de preguntas para la entrevista.

Se clasifican a menudo en cerradas, abiertas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un <<sí>> o <<no>> o respuestas cortas directas que dan información específica. Comienzan con: cuando, donde, quien, qué, haces (o hiciste) o eres (o fuiste). La persona muy estresada y la que tiene dificultades

para comunicarse encontrará estas preguntas cerradas más fáciles de responder.

Las preguntas abiertas asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta solo especifica el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. La pregunta abierta es útil al comienzo de una entrevista o para cambiar los temas y desencadenar actitudes.

Una pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en una entrevista no dirigida. Una pregunta dirigida, en cambio suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente.

Planificación de la entrevista y marco.

Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible sobre la enfermedad actual o la bibliografía sobre el problema de salud del paciente, el formulario de recogida de datos o la guía de la entrevista que ayude a recordar temas y determinar que preguntas plantear. Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

Momento. Se debe planificar la entrevista cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones sean mínimas.

Lugar. Una sala bien ventilada e iluminada que este relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Es deseable un lugar donde nadie pueda ver ni escuchar al paciente.

Disposición de asientos. Una disposición de los asientos en que las partes se sientan en dos sillas colocadas en ángulos rectos respecto a un mostrador o a una mesa o separados unos centímetros sin ninguna mesa entre

ellos, creará una atmósfera menos formal y el profesional de enfermería y el paciente tienden a sentirse en términos iguales.

Distancia. Entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 a 90 centímetros durante la entrevista.

Lenguaje. No comunicarse en el lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. La traducción de los términos médicos es una habilidad especializada, porque no todas las personas que dominan la forma conversacional de una lengua están familiarizadas con los términos anatómicos o sanitarios.

Estadios de una entrevista.

Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La apertura. Puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado.

El cuerpo. El paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a las preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan cómodas y sirvan al objetivo de la entrevista.

El cierre. El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, el cierre es importante para mantener la buena relación y la confianza, y para facilitar futuras interacciones.

- Exploración.

La exploración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. Se suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, después toma medidas como las constantes vitales, la altura y peso. El método cefalocaudal comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades y termina en los dedos de los pies. Y el que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual. Durante la exploración física se valoran todas las partes del cuerpo.

El profesional de enfermería también puede realizar una exploración de cribado o revisión de sistemas, que es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales.

Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistémica, el formato puede modificarse en función del estado físico del paciente.

Modelos/ estructuras conceptuales.

La mayoría de escuelas de enfermería e instituciones sanitarias han desarrollado su propio formato de valoración estructurado. Muchos se basan en modelos o estructuras de enfermería seleccionados:

- Modelos de bienestar.

Para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas sanitarias, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar.

- Modelos ajenos a la enfermería.

Las estructuras y modelos procedentes de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos. Estas estructuras son más estrechas que el modelo exigido en la enfermería; por tanto, el profesional de enfermería suele necesitar combinarlos con otros métodos para obtener una anamnesis completa.

- Modelos de los sistemas corporales.

El modelo de los sistemas corporales se centra en las anomalías de los sistemas anatómicos.

- Jerarquía de Maslow de las necesidades.

Agrupar datos relativos a las necesidades fisiológicas, inocuidad y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y actualización.

- Teorías del desarrollo.

El profesional de enfermería puede utilizar varias teorías del desarrollo físico, psicosocial, cognitivo y moral en situaciones específicas.

Validación de datos

Es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. Y ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Asegurar que la información de la valoración es completa.

- Asegurar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtiene información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferencia entre pistas e inferencias, las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería y las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional basadas en las pistas.
- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

No hay que validar todos los datos solo cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería y los de la exploración física, o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración.

No validar las suposiciones puede conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente.

Registro de datos

El registro preciso es fundamental y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.¹⁶

¹⁶ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.179

ETAPA DE DIAGNOSTICO

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería” (Carpenito Lynda).

“Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería” (Shoemaker, 1984).

“Enunciado del problema real o potencial de la persona que requiere de la intervención de Enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo, ya sea un diagnóstico enfermero o un problema interdependiente” (Luis Rodrigo, M.T., 2000).

Es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería comenzó formalmente en 1973, cuando dos miembros del equipo de la Saint Louis University, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, percibieron la necesidad de identificar los roles de los profesionales de enfermería en un marco de asistencia ambulatoria. La First National Conference para identificar los diagnósticos de enfermería fue patrocinada por la Saint Louis University School of Nursing and Allied Health Professions en 1973. Después se celebraron conferencias nacionales en 1975, 1980 y posteriormente cada 2 años.

El reconocimiento internacional llegó con la First Canadian Conference en Toronto en 1977 y la Internacional Nursing Conference en mayo de 1987 en Calgary, Alberta, Canadá. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que reconocía la participación y contribución de los profesionales de enfermería de EE. UU. Y Canadá.

Ventajas del diagnóstico enfermero

- Contribuye a la identidad profesional.
- Mecanismo de expresión profesional.
- Facilita la autonomía.
- Son la base para planear.
- Ofrece a los pacientes cuidados de mayor calidad.
- Facilita la coordinación de trabajo entre enfermeras.
- Desarrolla en saber enfermero.

Comparación entre los diagnósticos de Enfermería, los diagnósticos médicos y los problemas conjuntos.

| | Diagnósticos de Enfermería | Diagnósticos médicos | Problemas Conjuntos |
|--------------------|--|---|--|
| Descripción | Describir las respuestas humanas al proceso morboso o problema de salud; consiste en declaraciones en una, dos o tres partes, que habitualmente incluyen el problema y la causa. | Describe la enfermedad y el trastorno; no considera otras respuestas humanas; suele consistir en no más de tres palabras. | Implica respuestas humanas, sobre todo complicaciones fisiológicas de la enfermedad, pruebas o tratamientos; consiste en una declaración en dos partes de la situación/ fisiopatología y de la posible complicación. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Orientación y responsabilidad del diagnóstico | Orientado al sujeto; los profesionales de enfermería son los responsables del diagnóstico. | Orientado al trastorno; médico responsable del diagnóstico; el diagnóstico no está dentro del ámbito de la práctica de enfermería. | Orientado a la fisiopatología; los profesionales de enfermería son los responsables del diagnóstico. |
| Objetivo de enfermería | Tratar y prevenir. | Ejecutar órdenes médicas para el tratamiento y vigilar el estado del trastorno. | Prevenir y vigilar el inicio o estado del trastorno. |
| Acciones de enfermería | Independientes. | Dependientes (básicamente). | Algunas acciones independientes, pero sobre todo vigilar y prevenir. |
| Duración | Puede cambiar con frecuencia. | Sigue siendo la misma mientras la enfermedad este presente. | Se presenta cuando están presentes la enfermedad o situación. |
| Sistema de clasificación | El sistema de clasificación está desarrollado y se está usando, pero no se acepta de forma universal. | Sistema de clasificación bien desarrollado aceptado por la profesión médica. | Sistema de clasificación no aceptado de forma universal. ¹⁷ |

Kosier, Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.199 tabla 12 – 3.

El objetivo de la NANDA es definir, refinar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica de enfermería de uso general para profesionales de enfermería diplomados. Una taxonomía es un sistema de clasificación o de grupos de categorías dispuestos sobre un solo principio o grupo de principios.

¹⁷ Kosier, Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.199 tabla 12 – 3.

Los miembros de la NANDA son profesionales de enfermería, especialistas clínicos, profesores, directores de enfermería, decanos, teóricos e investigadores. El grupo ha aprobado en la actualidad más de 170 diagnósticos de enfermería para uso clínico y pruebas.

El termino diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno.

En 1990, la NANDA adoptó una definición funcional oficial del diagnóstico de enfermería: <<...un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/ procesos vitales reales y potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería con el fin de conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable>> (NANDA internacional, 2005).

Normas

Los profesionales de enfermería recurren al conocimiento y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normas e identificar pistas significativas y relevantes. Un estándar o norma es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general. El profesional de enfermería usa una amplia variedad de estándares, como los patrones de crecimiento y desarrollo, las constantes vitales normales y los valores de laboratorio normales.

Errores más comunes

- Sobrevalorar la posibilidad de una explicación o no considerar todos los datos debido a una perspectiva estrecha.
- Seguir analizando cuando debería estar actuando para ayudar a la persona.
- No reconoce los propios sesgos o asunciones.

- Hacer un diagnóstico que es demasiado general (no ser suficientemente específico al elegir una etiqueta diagnóstica para nombrar el problema).
- No incluir el diagnóstico correcto en la lista inicial e posibles problemas.
- Apresurarse a actuar, incluso mientras recoge y analiza los datos.

Riesgos de errores diagnósticos

Cuando pasa por alto un problema, lo etiqueta erróneamente o no comprende todo su alcance, corre riesgo de:

- Iniciar intervenciones que agraven el problema.
- Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema.
- Permitir que los problemas existan o progresen sin siquiera detectar su presencia.
- Iniciar intervenciones que sean inofensivas pero que hacen perder el tiempo y la energía de todos.
- Influir en los demás sobre la existencia de problemas incorrectamente identificados.
- Situarse a sí misma en riesgo de una demanda legal.¹⁸

Tipos de diagnósticos de enfermería

Diagnostico actual.

Es un problema de paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería, se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

Diagnóstico de riesgo.

Es un juicio clínico de un problema que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.

¹⁸ Alfaro, R. (2003), Diagnóstico. Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: España, Ed. Masson, pp. 102.

Diagnóstico de bienestar.

<<Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento>> (NANDA internacional, 2005).

Diagnóstico posible.

Es uno donde las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras y exige más datos para su apoyo o rechazo.

Diagnóstico sindrómico.

Es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos (Carpenito- Moyet, 2006).

Componentes de los diagnósticos de enfermería

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición.

La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa e pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería.

Los calificadores son palabras añadidas a algunas etiquetas para dar un significado adicional a la declaración diagnóstica: deficiente, alterado, reducido, ineficaz y comprometido.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo).

Identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional para individualizar la asistencia del paciente.

Características definitorias.

Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería de riesgo no hay signos objetivos ni subjetivos. Las características se enumeran por separado en función de si son de naturaleza objetiva o subjetiva.

Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y de la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera explicaciones antes de formar una opinión. El proceso diagnóstico lo usan continuamente la mayoría de los profesionales de enfermería.

Análisis de los datos.

El proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

- Comparación de los datos con los estándares.

Un estándar o norma es una medida, regla, modelo o patrón aceptado de forma general. El profesional de enfermería usa una amplia variedad de estándares, como los patrones de crecimiento y desarrollo, las constantes vitales normales y los valores de laboratorio normales.

- Agrupación de pistas.

La agrupación de los datos o pistas es un proceso que determina la relación entre los hechos y determina si hay presente algún patrón, este es el comienzo de la síntesis. La agrupación de los datos implica la realización de inferencias sobre los datos. El profesional de enfermería interpreta el posible significado de las pistas, y etiqueta el grupo de pistas con posibles hipótesis diagnósticas.

- Identificación de lagunas e inconsistencias en los datos.

Una valoración hábil minimiza las lagunas e inconsistencias en los datos. Pero el análisis de los datos debe incluir una comprobación final para asegurarse de que los datos son completos y correctos.

Las inconsistencias son datos conflictivos. Las posibles fuentes de datos conflictivos comprenden el error de medida, las expectativas e informes inconsistentes o no fiables. Todas las inconsistencias deben aclararse antes de que pueda establecerse un patrón válido.

Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas.

Después de analizar los datos, el profesional de enfermería y el paciente pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas. Este es sobre todo un proceso de toma de decisiones.

- Determinación de problemas y riesgos.

Tras la agrupación de los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican juntos problemas que apoyan los diagnósticos actuales, de riesgo o los problemas conjuntos.

- Determinación de fortalezas.

En esta fase el profesional de enfermería y el paciente también establecen las fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del paciente. La mayoría de las personas tienen una percepción más clara de sus problemas o debilidades que de sus fuerzas o ventajas, lo que a menudo toma como garantía. Al hacer un inventario de las fortalezas, el paciente puede desarrollar un concepto e imagen de sí mismo más definido.

Además de usar el formato correcto, los profesionales de enfermería deben considerar el contenido de sus declaraciones diagnósticas. Las declaraciones deberían ser precisas, concisas, descriptivas y específicas. El profesional debe validar siempre las declaraciones diagnósticas con el paciente y comparar los signos y síntomas del paciente con las características definitorias de la NANDA.

Evitación de errores en el razonamiento diagnóstico.

Cierto grado de error es inherente a cualquier empresa humana y el diagnóstico no es una excepción. Pero es importante que los profesionales de enfermería hagan diagnósticos de enfermería muy precisos. Los profesionales de enfermería pueden evitar algunos errores comunes del razonamiento reconociéndolos y aplicando las habilidades apropiadas del pensamiento crítico. El error puede darse en cualquier punto del proceso diagnóstico: la recogida de datos, la interpretación de los datos y la agrupación de los datos.

Desarrollo continuo de los diagnósticos de enfermería.

La revisión y refinamiento de las etiquetas diagnósticas continúa a medida que se comentan etiquetas nuevas y modificadas en cada conferencia bianual. Los profesionales de enfermería envían diagnósticos al Diagnostic Committee Review, que revisa y estadifica el diagnóstico en función de lo bien desarrollado y apoyado que está.

Un lenguaje estandarizado también capacitará a los profesionales de enfermería para formar un grupo mínimo de datos estandarizados necesarios para los registros computarizados del paciente.

Clasificación según la NANDA

La edición 2009- 2011 marca una nueva mirada y una nueva toma de conciencia del texto de los Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación de NANDA International. 21 nuevos diagnósticos, así como la revisión de otros nueve, se han retirado seis diagnósticos de la taxonomía.

Es conveniente recordar que la taxonomía diagnóstica de la NANDA es solo una propuesta para validación clínica, por lo tanto está sujeta a modificaciones, supresiones o adiciones, fruto de los trabajos de investigación que se realicen tanto ahora como en el futuro.

Tan pronto como se inició el trabajo del *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis* se hizo evidente la necesidad de disponer de un sistema de ordenación de los diagnósticos, temporalmente se optó por confeccionar un listado alfabético. Se decidió trabajar en el desarrollo de una taxonomía (estudio teórico de la clasificación sistemática que incluye bases, principios, reglas y procedimientos) en lugar de limitarse a una clasificación (disposición sistemática por grupos o categorías de acuerdo con criterios establecidos) ya que aquella ofrecía mayor solidez y consistencia que esta.

Por consiguiente, durante la Tercera, Cuarta y Quinta Conferencias, un grupo de expertas en enfermería, presidido por Sor Callista Roy, trabajó en la confección de esta base conceptual y, finalmente, en la Quinta Conferencia se propusieron los Nueve Patrones del Hombre Unitario, que representan las manifestaciones de las interacciones de la persona con su entorno, al tiempo que identificaban los distintos niveles de abstracción teórica de los diagnósticos aceptados.

Se formó un nuevo grupo de trabajo presidido por P. Kritek con el encargo de crear una taxonomía inicial. Finalmente, en la Séptima Conferencia celebrada en 1986 se presentó la Taxonomía I de la NANDA, en la que se había sustituido la denominación <<Patrones del Hombre Unitario>> por el de <<Patrones de Respuesta Humana>> (PRH) que se sigue empleando hoy en día. Estos patrones son:

Intercambio: Mutuo dar y recibir.

Comunicación: Enviar mensajes.

Relaciones: Establecimiento de vínculos

Valores: Asignación de valores relativos.

Elección: Selección de alternativas.

Movimiento: Actividad.

Percepción: Recepción de información.

Conocimiento: Significado asociado a la información.

Sentimientos/sensaciones: Conocimiento subjetivo de la información.¹⁹

La segunda parte del libro incluye el tradicional contenido de los libros previos de Diagnósticos enfermeros de NANDA International: Definiciones y clasificación: los propios diagnósticos, que incluyen la definición, las características definitorias, los factores de riesgo y los factores relacionados, según sea apropiado. Estos diagnósticos están en orden alfabético dentro de Dominio primero y luego la Clase.

Desde entonces, la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se ha ido refinando mediante propuestas realizadas por enfermeras, basadas en la investigación y con el trabajo de los miembros de la asociación de diagnósticos enfermeros, actualmente conocida como NANDA International.²⁰

ETAPA DE PLANIFICACION

Una vez hemos 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. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados (Carpenito, 1987) e (Lyer, 1989).

¹⁹ Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson.

²⁰ NANDA International, Diagnósticos enfermeros 2009 – 2011, Barcelona: España, pp. XIV – XXI, 3 – 4.

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas, el profesional de enfermería formula objetivos del paciente y diseña las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. Una intervención de enfermería es <<cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente>> (Dochterman y Bulechek, 2004). El producto final de la fase de planificación es un plan asistencial del paciente.

“En esta fase se establecen los cuidados que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados a través del establecimiento de prioridades, el planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados, los objetivos de la enfermera, la elaboración de las intervenciones de enfermería y la documentación del plan de cuidados” (Luis Rodrigo, M.T., 2000).

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente si no que le animan a participar activamente hasta donde sea posible.

Tipos de planificación

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución sanitaria. Toda la planificación es multidisciplinar (implica a los proveedores de la asistencia sanitaria que interactúan con el paciente) e incluye al paciente y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

Planificación inicial.

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Este profesional tiene el beneficio del lenguaje corporal del paciente, así como algunos tipos intuitivos de información que no quedan reflejados en la base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, es especial debido a la tendencia hacia estancias hospitalarias más cortas.

Planificación en curso.

La hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

- Determinar si el estado del salud del paciente ha cambiado.
- Establecer prioridades para satisfacer la asistencia del paciente durante el turno.
- Decidir en qué problemas centrarse durante el turno.
- Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación para el alta.

Es el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que sugieran después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes, este tipo de asistencia cada vez se presta más en el domicilio. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

Métodos estandarizados de planificación de la asistencia.

La mayoría de las instituciones sanitarias ha elaborado diversos planes estandarizados impresos para prestar asistencia de enfermería esencial a grupos específicos de pacientes que comparten ciertas necesidades. El personal de enfermería elabora y acepta modelos de asistencia, planes de asistencia estandarizados, normas y procedimientos con el fin de asegurar que se cumplan los estándares mínimos aceptables y favorecer el uso eficiente del tiempo de los profesionales eliminando la necesidad de crear actividades comunes que se han usado durante mucho tiempo en muchos pacientes en una unidad de enfermería.

El proceso de planificación

El proceso de elaboración de los planes de asistencia para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

Establecimiento de prioridades.

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo que diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuales segundo y así sucesivamente. Los problemas que amenazan la vida, como una pérdida de la función cardíaca o respiratoria se consideran de prioridad alta. A los problemas que amenazan la salud, como las enfermedades agudas y la menor capacidad de afrontamiento, se les asigna una prioridad media porque pueden dar lugar a un desarrollo tardío o causar cambios físicos o emocionales destructivos. Un problema con prioridad baja es aquel que surge de necesidades de desarrollo normales o que requiere sólo un mínimo apoyo de enfermería.

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamientos del paciente. El profesional de enfermería debe considerar varios factores cuando asigna prioridades, como: los valores y

creencias del paciente respecto a la salud, las prioridades del paciente, los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente, la urgencia del problema de salud y el plan de tratamiento médico.

Fijación de objetivos / resultados deseados del paciente.

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de asistencia los objetivos describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.

Objetivos a largo y corto plazo.

Los objetivos a corto plazo son útiles para pacientes que exigen asistencia sanitaria durante un periodo corto y para aquellos que se sienten frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar y que necesitan la satisfacción de conseguir un objetivo a corto plazo. En el marco de la asistencia de pacientes con procesos agudos, gran parte del tiempo del profesional de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del paciente, de manera que la mayoría de los objetivos es a corto plazo. Pero los pacientes en este marco también precisan objetivos a largo plazo que guíen la planificación de su alta a instituciones de estancias largas o a una asistencia domiciliaria, en especial en el ambiente de la asistencia gestionada. Los objetivos a largo plazo se usan a menudo en pacientes que viven en casa y tienen problemas de salud crónicos y en pacientes que viven en residencias, instituciones de estancias prolongadas y centros de rehabilitación.

Componentes de la declaración de objetivos.

La declaración de los objetivos debe tener los siguientes cuatro componentes:

Sujeto. El sujeto, un nombre, es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente, como su pulso o diuresis. El sujeto se omite a menudo en

los objetivos; se supone que el sujeto es el paciente a no ser que se indique otra cosa.

Verbo. El verbo especifica las acciones que debe realizar el paciente, por ejemplo lo que el paciente va a hacer, aprender o experimentar.

Condiciones o modificadores. Estas pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo. Ejemplo: camina con la ayuda de un bastón.

Criterio de realización deseada. El criterio indica el estándar con que se evalúa la realización o el nivel en el cual el paciente realizara la conducta especificada. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia o la calidad.

Selección de intervenciones y actividades de enfermería.

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda clausula de la declaración diagnóstica.

Tipos de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, el médico y otros por el proveedor. La asistencia directa es una intervención realizada a través de la interacción con el paciente. La asistencia indirecta es una intervención realizada lejos del paciente pero en su nombre como la colaboración interdisciplinaria o la gestión del ambiente sanitario.

Las **intervenciones independientes** son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación

continua, el apoyo y el bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales sanitarios.

Las **intervenciones dependientes** son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, o según rutinas especificadas. Las ordenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración.

Las **intervenciones conjuntas** son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, como los fisioterapeutas, los asistentes sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal sanitario.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Además de los esfuerzos de la NANDA por estandarizar el lenguaje para describir los problemas que requieren una asistencia de enfermería, los investigadores también reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones de los profesionales de enfermería. En 1992 se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería llamada clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions classification) elaborada por el Iowa Intervention Project, y se ha actualizado cada 4 años desde entonces. Esta taxonomía consta de tres niveles: a) nivel 1, dominios; b) nivel 2, clases, y c) nivel 3, intervenciones.

Se han elaborado más de 542 intervenciones (nivel 3). Como los diagnósticos de la NANDA, cada intervención establecida de forma amplia incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que perfilan las acciones clave de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver que intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.

Cuando se planifica y se registra la asistencia en una institución que usa la taxonomía de la NIC, el profesional de enfermería elige la etiqueta amplia de la intervención. No todas las actividades aconsejadas para la intervención serán necesarias en todos los pacientes, por lo que el profesional de enfermería elige las actividades adecuadas para el paciente y las individualiza para que se ajusten a los materiales, equipo y otros recursos disponibles en la misma institución. Cuando se escriben intervenciones de enfermería individualizadas en un plan de asistencia, el profesional de enfermería debe registrar actividades adaptadas en lugar de etiquetas de intervenciones amplias.²¹

En resumen, la NIC abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. Al igual que en el pasado, todas las intervenciones incluidas en la NIC tienen el propósito de resultar clínicamente útiles, aunque algunas sean más generales que otras. Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica de enfermería, ningún profesional puede esperar realizar todas las intervenciones, ni siquiera una parte sustancial de ellas. Muchas de las intervenciones requieren una formación especial, y algunas no pueden llevarse a cabo sin una titulación adecuada. Otras intervenciones describen medidas básicas de higiene y comodidad que, en algunos casos, pueden delegarse en el auxiliar de enfermería, pero cuya

²¹Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.180

planificación y evaluación por parte de un profesional de enfermería siguen siendo necesarias. El uso de la NIC:

- Ayuda a demostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Normaliza y define la base de conocimientos de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de redistribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería a l público.²²

Prioridades

Algunas enfermeras dirán que el establecimiento de prioridades comienza por decidir qué problemas hay que abordan en primer lugar. Otras dirán que se inicia con la identificación de objetivos.

²² Bulechek, G., Butcher, H. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: España, Ed. Elsevier. Pp. Vii.

Pensamiento crítico y determinación de prioridades.

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decidir:

- Que problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
- Que problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional.
- Que problemas tratará usando planes estandarizados.
- Que problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Establecimiento de prioridades: principios básicos.

- Elija un método para fijar prioridades y utilícelo de manera sistemática.
- Asigne una alta prioridad a los problemas que contribuyen a otros problemas.
- Su capacidad para determinar con éxito las prioridades está influida por su comprensión de:
 - La percepción de las prioridades del usuario. Si este no está de acuerdo con sus prioridades, es poco probable que el plan tenga éxito.
 - La imagen general de los problemas con los que se enfrenta.
 - El estado general de salud de la persona y los objetivos deseados para el alta.
 - La duración esperada de la estancia.
 - Si hay planes estandarizados que sean aplicables.

Pasos sugeridos para el establecimiento de prioridades.

Paso 1. Pregunte: “Que problema necesita atención inmediata y que pasaría si esperara hasta más tarde para atenderlos?” Emprenda

inmediatamente las acciones apropiadas para iniciar el tratamiento según este indicado.

Paso 2. Identifique los problemas que tienen soluciones sencillas e inicie las acciones apropiadas para solucionarlos.

Paso 3. Desarrolle una lista inicial de problemas, identificando problemas reales o potenciales y sus causas, si las conoce.

Paso 4. Estudie la lista de problemas y decida cuáles van a ser tratados principalmente por enfermeras, que problemas son abordados por planes estándar y cuáles requieren una planificación multidisciplinar.

Paso 5. Decida qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir, aquellos problemas únicos del usuario que deben ser controlados o resueltos para progresar en el hogar de objetivos mayores de cuidados.

Paso 6. Determine como se manejará cada problema.²³

Desarrollo de los planes de asistencia de enfermería

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia. Un **plan de asistencia de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería. Un **plan de asistencia de enfermería formal**. Es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente. El beneficio más obvio de un plan de asistencia escrito formal es que proporciona una asistencia continua.

Un **plan de asistencia estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes. Un **plan de asistencia individualizado** se ajusta para cubrir las

²³ Alfaro, R. (2003). Establecimiento de prioridades. Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: España. Ed. Masson. Pp. 125 - 128

necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen hacia los mismos resultados y que, si están disponibles, usen métodos que han demostrado su eficacia con un paciente en particular. Los profesionales de enfermería también usan el plan de asistencia formal para obtener ayuda sobre que necesidades registrar en las notas de evolución del paciente y como guía para delegar y asignar al personal la asistencia de los pacientes. Cuando los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería del paciente para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del paciente.

Los planes de asistencia comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de enfermería del paciente y obtener los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza el plan cuando el paciente ingresa en la institución y los actualiza constantemente a lo largo de la estancia del paciente en respuesta a los cambios en el estado del paciente y a las evaluaciones de la consecución del objetivo.

ETAPA DE EJECUCION

“Es la puesta en práctica del plan de cuidados elaborado, incluye a la persona, a la familia y a los miembros del equipo. Implica: continuar con la recolección de datos y valoración de los mismos, realizar los cuidados, hacer las anotaciones pertinentes, dar informes verbales sobre el plan y mantenerlo actualizado” (Luis Rodrigo, M.T., 2000).

En el proceso de enfermería, la aplicación es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias

para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

Aunque el profesional de enfermería puede actuar en nombre del paciente, los modelos profesionales apoyan la participación del paciente y de la familia, como en todas las fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado de salud del paciente.²⁴

Pasos para prepararse para actuar

- Revise el plan y cerciórese de que conoce las razones y principios para la intervención. Si no es así, no será capaz de adaptar el procedimiento si fuera necesario, e incluso puede que no se diera cuenta si la intervención ya no fuese apropiada.
- Decida si usted está cualificada y es competente para ejecutar las intervenciones (si no, busque ayuda).
- Averigüe si el centro dispone de procedimientos, protocolos, guías o estándares que se refieran a como llevar a cabo las intervenciones.
- Valore la situación actual del usuario y decida si las intervenciones aún son apropiadas.
- Prevea los posibles resultados: fórmese una imagen de lo que va a hacer, piense en lo que podría pasar, que podría ir mal y qué puede hacer al respecto
 - Sopese los riesgos y beneficios.
 - Identifique formas de reducir los riesgos para el usuario y para usted misma.
 - Determine como fomentar el bienestar y reducir el estrés del usuario.

²⁴ Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.233

- Obtenga los recursos adecuados y asegúrese de planificar tiempo suficiente y un entorno favorecedor para la realización de las intervenciones.
- Implique al usuario y personas allegadas. Explique lo que va a hacer y por qué y cuanto tiempo le llevara; anímeles a manifestar sus preguntas, sugerencias o preocupaciones.²⁵

Sistema de prestación de cuidados

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de enfermería, en la ejecución de las intervenciones de enfermería se utiliza uno de cinco modelos principales. Estos cinco enfoques son (1) asignación por tareas, (2) enfermería de equipo, (3) enfermería de cuidados básicos y sus variaciones, (4) control de casos y (5) atención enfocada al paciente. Sus diferencias residen principalmente en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para satisfacer las necesidades del cliente. En la elección del modelo de intervención influyen algunos factores, como los tipos de profesionales de enfermería disponibles, los costes de la prestación de la intervención, la filosofía de la intervención y otros.

Las normas legales pueden definir que número de profesionales de enfermería debe tener la agencia y cuantos deben estar presentes en cualquier momento. Las directrices profesionales, como las de la American Nurses Association (ANA) definen la asignación de recursos, resaltan la necesidad de tener en cuenta factores de seguridad, eficacia y coste al seleccionar un modelo de prestación de intervenciones de enfermería o al asignar al personal para la intervención de los clientes.

²⁵ Alfaro, R. (2003), Pasos para prepararse para actuar. Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: España, Ed. Masson. Pp. 167 - 170

Asignación por tareas

Las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones. Las funciones son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesaria para llevarlas a cabo.

Enfermería de cuidados básicos

Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80. El profesional de enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecuta durante las 24 horas del día. El profesional de enfermería jefe actúa como coordinador de la unidad y es la persona a la que puede recurrir el profesional de enfermería de cuidados básicos. El profesional de enfermería de cuidados básicos planifica y presta la intervención, administra medicamentos y tratamientos, interacciona con el médico y otros profesionales sanitarios e informa sobre el estado del cliente. Los demás miembros de otros niveles del equipo, como el profesional de enfermería y los auxiliares de enfermería, ayudan al enfermo de cuidados básicos en la prestación de los cuidados.

El profesional de enfermería que trabaja en un marco de prestación de intervención primaria debe tener (1) un conocimiento completo del Proceso de Enfermería, (2) habilidades de comunicación refinadas, (3) la capacidad para llevar a cabo procedimientos de enfermería identificados en las actuaciones de enfermería, (4) técnicas para la resolución de problemas perfectamente desarrolladas y (5) un compromiso de intervención enfocada al cliente.

Control de casos

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

Atención enfocada al paciente

Como resultado de las presiones para la contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención, a principios de los años 90 surgió un nuevo modelo de prestación, de atención enfocada al paciente. Definida en términos generales, la atención enfocada al paciente es el “diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados” (Lumsdon, 1993). Alimentada por el reconocimiento de que un centro de intervención sanitaria está excesivamente compartimentalizado y de que obliga al cliente a interaccionar con demasiadas personas, la atención enfocada al paciente es una reestructuración radical de la prestación de intervenciones.²⁶

ETAPA DE EVALUACION

Algunos autores, entre ellos Kelly, proponen la evaluación como núcleo del Proceso de Enfermería que ella llama modelo de juicio-acción. Para esta autora la evaluación tiene un significado de decisiones para asignar valores a la

²⁶ Lyer,P.(1995) Proceso y diagnostico de enfermería. 3 edición. Editorial McGraw-Hill interamericana. pág. 269-283.

información con el fin de pesar, discriminar, cuantificar y calificar. Esta forma de evaluación es diferente a la conocida evaluación de resultados.

Griffith y Christense señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

“Requiere del análisis de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados, esta fase puede ser el punto de partida para una valoración focalizada, replanteamiento de los diagnósticos de enfermería y la planificación de los cuidados” (Luis Rodrigo, M. T., 2000).

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. Es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de asistencia de enfermería. La evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse.

La evaluación es continua, hecha mientras o inmediatamente después de la aplicación de una orden de enfermería y capacita al profesional de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha. La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos sanitarios o es dado de alta de la asistencia de enfermería. En el momento del alta incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del paciente con respecto al seguimiento.

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran la responsabilidad de sus acciones, indican el interés en los resultados de las actividades de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces sino de adoptar otras más eficaces.

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

En la forma tradicional la enfermera era evaluada por sus supervisores; se juzgaba la destreza clínica, la organización, las dotes de mando, la dependencia y la puntualidad. Estas evaluaciones no consideraban la eficacia del cuidado de enfermería ni la mejoría en el estado de salud del paciente. Conforme la responsabilidad de la evaluación fue distribuyéndose entre los profesionales del cuidado de la salud y entre los centros de salud, las enfermeras reconocieron la necesidad de cambiar su enfoque y mejorar sus métodos. En la actualidad, las enfermeras profesionales están estableciendo cánones de calidad y midiendo su capacidad para alcanzarlos. Esto abarca la evaluación del trabajo de enfermería tanto como de pacientes particulares como en los centros de salud. La evaluación en los centros hospitalarios, por lo general, se denomina garantía de calidad y puede comprender auditorías con reglamentos estándares.

Pasos o formas

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).

Estructura

El enfoque de la evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de evaluación de la estructura son las auditorías de enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

Proceso

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

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar. También pueden revisarse las hojas o gráficas de evolución para evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente esté recibéndolas.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.

Resultado

La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención.

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

La evaluación retrospectiva del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería. La evaluación del

resultado es la más difícil de redactar y es la forma menos desarrollada en la profesión de enfermería, sin embargo, es la más significativa para juzgar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Normas y cánones

Los conceptos de normas y cánones con frecuencia se usan de manera indistinta en la evaluación, pero son diferentes. Las normas o criterios son cualidades, atributos o características medibles que especifican destrezas, conocimientos o estado de salud; describen los niveles aceptables de rendimiento al establecer las conductas esperadas de la enfermera o el paciente. En las normas escritas o resultados conductuales para los pacientes, pueden incluirse las categorías siguientes:

1. Las respuestas fisiológicas del paciente, como temperatura normal, curación de las heridas, presión sanguínea dentro de los límites normales o una respuesta apropiada a los estímulos.
2. El paciente demostrará una destreza, como caminar con muletas o administrar la insulina con precisión.
3. El nivel de conocimientos del paciente acerca de la enfermedad, incluyendo las medidas de tratamiento y los medicamentos.
4. El nivel del paciente de las conductas adaptativas, como la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, el ejercicio o resolver su aflicción.

Los cánones o estándares representan niveles aceptables, esperados de rendimiento del personal de enfermería o de otros miembros del equipo de salud. Son establecidos por la autoridad, por la costumbre o por el consenso general.

Características generales de la evaluación

Varios factores influyen en el proceso de la evaluación y necesitan ser considerados antes de definir las fases de la evaluación.

Quien, qué y cuándo de la evaluación.

¿Quién determina lo que se va a evaluar? Las reglas formuladas en los estándares de la práctica de enfermería manejan este asunto exponiendo: “El progreso del paciente/cliente hacia el logro de la meta o la falta de progreso, están determinados por el propio paciente y por la enfermera”.

¿Qué se evalúa? En el proceso de atención de enfermería, el paciente es el centro y sus metas y objetivos definen lo que se evalúa.

¿Cuándo hace la enfermera la evaluación? La evaluación es un proceso activo, comienza con la valoración inicial para obtener la información básica y continua durante las interacciones con el paciente.

Evaluación formativa y acumulativa.

La evaluación formativa es progresiva, juzgando cada etapa en el plan conforme se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro del objetivo; cuando el plan es implementado, la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de un cambio.

La evaluación acumulativa describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se describe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.

Lineamientos para la evaluación.

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación.

1. Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación que son indicadores de las conductas esperadas del paciente; se describen del mismo modo que los objetivos, pero aclaran las conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:

Apropiadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.

Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.

Realista y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.

Pertinentes al dominio (cognoscitivo, psicomotor o afectivo) enunciado en el objetivo.

2. La evaluación formativa describe si y hasta qué grado del paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados: Durante cada interacción, la enfermera observa y compara las conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.
3. La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia del progreso. La enfermera evalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.
4. El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: la modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación. Algunas razones para modificar los planes son:

Los planes no eran realistas en tiempo o recursos.

Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.

Se ha hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.

Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.

Se dispone de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones posibles por la cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados.

Clasificación de los resultados de enfermería NOC

Los líderes e investigadores de la enfermería han estado trabajando desde 1991 para elaborar una taxonomía, la clasificación de los resultados de enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification), que describa los resultados del paciente que responde a las intervenciones de enfermería. A cada resultado de la NOC se le asigna un identificador de cuatro dígitos y una definición.

Un resultado de la NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es. <<Un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención (es) de enfermería>> (Moorhead, Johnson y Maas, 2004, p. XIX). Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular. Un indicador es << un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que sirve de indicio para medir un resultado>> (Moorhead y cols., p. XIX) y es análogo a los resultados deseados en el lenguaje tradicional. Los indicadores se expresan también en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos (una medida) que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador. Cuando se usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan de asistencia, el profesional de enfermería escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador.

1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Su primera publicación fue la revisión del *textbook of the Principles and Practice of Nursing*. En el que ella incorpora algunas ideas propias.

En el texto *The Nature of Nursing*, editado en 1966, describe su modelo y formula, la definición de la función Única de la enfermería.

Conceptos principales

Enfermería.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”²⁷

Persona.

“El individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.”

²⁷ Henderson, V. (1994). La naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años después. Madrid. Mc Graw Hill. Pp. 21

Entorno.

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud.

La define como “la capacidad del individuo para funcionar con independencia”, la relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Independencia.

Alcanzar un nivel **aceptable de satisfacción** de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona. *En el niño, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de*

forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

Dependencia.

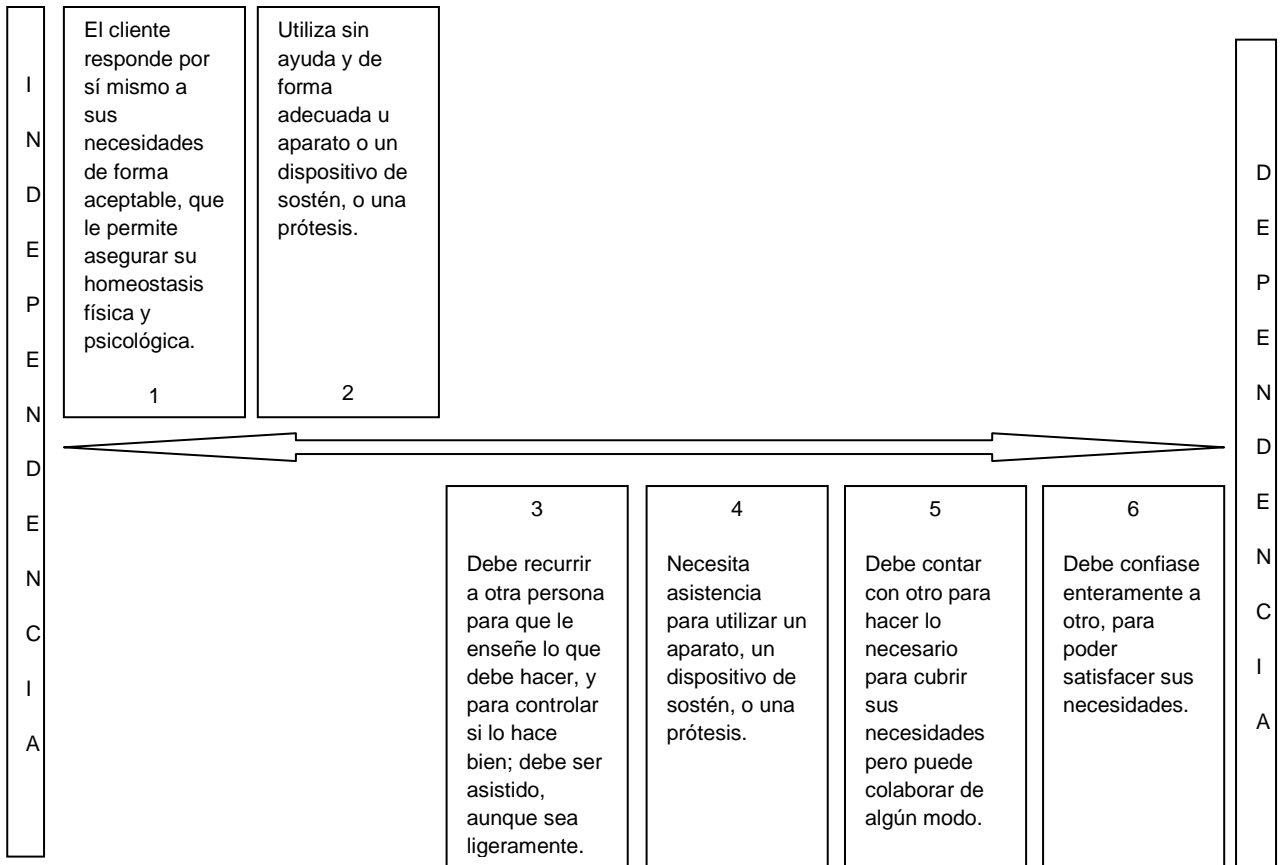
Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un **nivel aceptable de satisfacción** de sus necesidades. *En el niño: deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.*²⁸

Grafica de continuum dependencia – independencia.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en el que el cliente debe recurrir a otro para que lo asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por lo tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya. La gráfica se ilustra a continuación.

²⁸ Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería El proceso de atención de enfermería. Madrid: España. Mc Graw Hill. Pp 30.



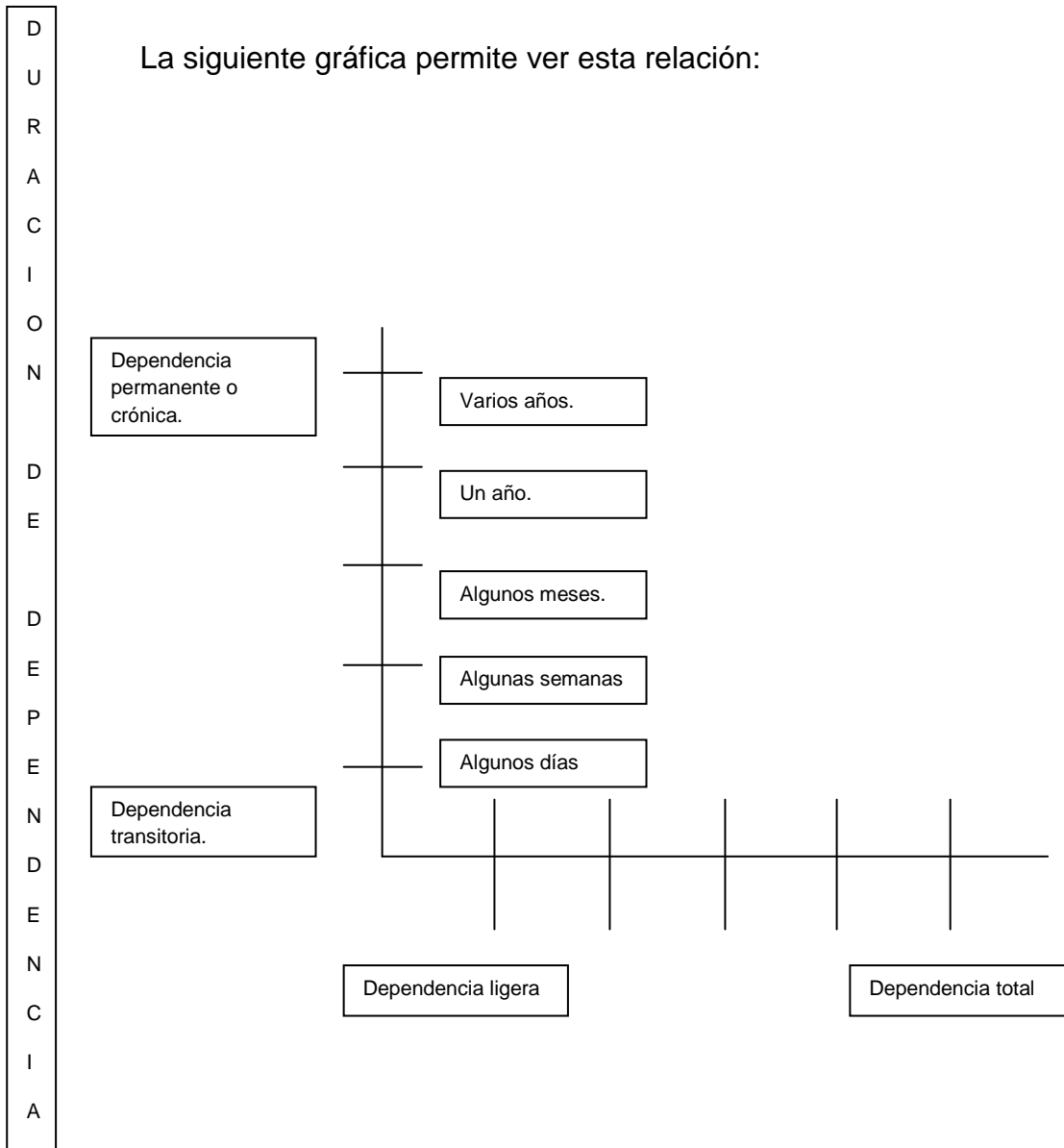
Fuente: Tabla 6 Continuum independencia – dependencia. El proceso de atención de Enfermería. Phaneuf, 1993. Pp. 31.

DESCRIPCION:

Para establecer el grado de independencia – dependencia se utiliza esta tabla de niveles llamada continuum independencia – dependencia según los criterios de Phaneuf. De estos seis niveles que marcan el continuum, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia.

Grafica tiempo y duración de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.²⁹



Fuente: Figura 3: Grafico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona. El proceso de atención de Enfermería. Phaneuf, 1993. Pp. 32.

²⁹ Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería El proceso de atención de enfermería. Madrid: España. Mc Graw Hill. Pp 31 – 32.

Fuentes de la dificultad.

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que determinamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma.

- Los conocimientos.

Se refieren a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarios con los que cuenta.

- La fuerza.

Puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el “poder hacer”, que incluyen la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. La fuerza psíquica, por otra parte, se refiere a saber “por qué” hacerlo y se refiere a la capacidad para percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones.

Por consiguiente, se trata de falta de fuerza física en los casos en los que la persona carezca de la habilidad psicomotriz para realizar las actividades requeridas, y de falta de fuerza psíquica cuando no sea capaz de percibir la información, relacionada con los datos de que ya dispone o tomar una decisión que se manifieste en una conducta concreta. En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia (a diferencia de la falta de

autonomía), es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

- La voluntad.

Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Por tanto, para identificar como área de dependencia la falta de voluntad es preciso asegurarse de que la persona sabe que hacer, cómo y por qué hacerlo, y de que quiere y puede hacerlo, si bien no desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario. En ningún caso la falta de voluntad se refiere a las situaciones en las que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones terapéuticas; en tal caso no existe falta de motivación, si no que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella.³⁰

Necesidades.

Quizá deba explicar que por cuidados básicos de enfermería me refiero a ayudar a los pacientes en las siguientes actividades o darles lo conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4.- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5.- Dormir y descansar.

³⁰ Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson. Pp. 34 – 35.

- 6.- Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9.- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otra persona.
- 10.- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Rendir culto según sus propias creencias.
- 12.- Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13.- Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes. (Virginia Henderson).³¹

A nivel mundial es conocido el hecho de que Virginia Henderson propuso las “catorce necesidades básicas de los individuos”, con ellas escribió la necesidad de que los seres humanos tienen que satisfacerlas para poder llevar un equilibrio en su vida. Virginia Henderson no definió lo que cada necesidad propuesta implicaba por ello diversos investigadores, desde su propia perspectiva, han ido identificando una serie de aspectos que los conforman, no llegando a una homogeneización en sus ideas, por tal motivo se realizó una recopilación de datos que dan forma a cada una de las necesidades básicas de las personas.

De acuerdo con Luis Rodrigo, para Virginia Henderson una necesidad era un requisito esencial para mantener la integridad o la vida. Las necesidades

³¹ Henderson, V. (1994). La naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años después. Madrid. Mc Graw Hill. Pp. 23

referidas son las que a continuación se muestran, estas han sido acomodadas por orden vital:

Oxigenación

Necesidad primaria de toda persona que Tortora la define como la función principal de aportar Oxígeno a las células y extraer bióxido de carbono producido el metabolismo de las actividades celulares, fenómeno que conlleva a) Movimiento de aire entre la atmosfera y los pulmones (ventilación), b) intercambio de gases entre los pulmones y la sangre (respiración externa) y c) intercambio de gases entre la sangre y las células.

Nutrición e hidratación

El organismo requiere combustible que proporcione energía para el metabolismo celular, así como para la reparación, el crecimiento y el movimiento corporal. La nutrición empieza tras la ingestión de alimento; con este término se designa un conjunto de procesos mediante los cuales, la persona, utiliza, transforma e incorpora en sus propias estructuras una serie de sustancias que recibe del mundo exterior mediante la alimentación. El proceso nutritivo es involuntario y depende de la acertada elección del alimento el poder asumirlo de manera satisfactoria. Las necesidades de energía son cubiertas por 6 categorías de nutrientes: hidrato de carbono, proteínas, grasas, agua, vitaminas y minerales.

La nutrición es un proceso complejo que va más allá del simple hecho de comer, por lo que la forma en que una persona se nutre puede ser tan variada como su forma de pensar al respecto.

La hidratación normal es aquella donde hay un equilibrio entre la ingesta y egreso de líquidos. El agua es un componente que constituye del 60 al 70% del peso corporal total. Las necesidades de líquidos se cubren mediante la ingesta de líquidos y alimentos sólidos con un contenido alto de agua, como frutas y verduras frescas.

Eliminación

De acuerdo con Nordmark, para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimina la orina y las sustancias tóxicas que se forman en el organismo también se eliminen.

Las características de la orina, las evacuaciones, la sudoración y las secreciones de los órganos sexuales, pueden dar a conocer la normalidad o anormalidad en la función renal, digestiva y genital.

Termorregulación

Rosales refiere que temperatura es el grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis, por lo que la termorregulación es un estado normal que permanece constante por la acción de equilibrio. Una persona puede verse alterado en su termorregulación por cuestiones emocionales, físicas, del medio ambiente, entre otras.

De la misma manera, diversos son los mecanismos que pueden regular la temperatura, afirma Ganong por ejemplo, aquellos activados por el frío pueden ser tiritar, el hambre, incrementa la actividad voluntaria, incrementar la secreción de noradrenalina y adrenalina; los que disminuyen la pérdida de calor: vasoconstricción cutánea, enroscamiento, piloerección; para incrementar la pérdida de calor la vasodilatación cutánea, la sudoración y el incremento de la respiración; y por último los que disminuyen la producción de calor la anorexia, la apatía y la inercia.

Higiene y protección de la piel

La piel es un órgano activo que tiene funciones de protección, excreción, regulación de temperatura y sensibilidad. El mantenimiento de la higiene personal es relevante para la comodidad, seguridad y bienestar de un individuo.

En Luckmann y Nordmark se encuentra que los principios de la higiene y protección de la piel son a) la piel y las mucosas sanas e íntegras son la primera línea de defensa contra agentes nocivos, b) la higiene fomenta la limpieza, elimina microorganismos y secreciones o excreciones corporales, c) favorece el descanso y d) mejora la auto percepción de las personas.

Moverse y mantener una buena postura

Todos los individuos necesitan poseer, en la medida de lo posible, un cuerpo íntegro que les permita desenvolverse adecuadamente en diversos ámbitos. De acuerdo con Potter los huesos realizan 5 funciones: apoyo, protección, movimiento, cumulo de minerales y hematopoyesis.

Descanso y sueño

De acuerdo con Nordmark, las personas necesitan cierta cantidad sueño para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental.

La cantidad de sueño requerida por cada individuo para sentirse descansado es muy variable y depende de diversos factores. Una teoría sobre la función del sueño es que está asociado con la curación y restauración. Conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para tener un buen estado de salud y para que la persona se recupere de su jornada diaria.

Dentro de esta necesidad, Virginia Henderson ubica el dolor, sensación que indica lesión o peligro de lesión por cualquier agente, ya sea un organismo, una enfermedad a algún otro factor.

Según Carpenito, los principios de la necesidad de descanso y sueño son los siguientes:

La persona necesita completar un ciclo de sueño entro (70 – 100 min) para sentirse descansada.

La necesidad de dormir varía con la edad, estilo de vida, la actividad y el grado de estrés. El sueño es condicionado por la fatiga y el agotamiento en condiciones normales. El dolor que cada individuo sienten varía de acuerdo con a) factores fisiológicos (nivel de conciencia, duración de estímulo, entre otros) y factores psicológicos (experiencias dolorosas anteriores, grado de amenaza a la vida o a aspectos que estén relacionados con su personalidad).

Usar prendas de vestir adecuadas

La forma de vestir y la manera de realizar el aseo personal, son parte de la cultura en que vivimos. Los rasgos culturales son distintos dependiendo de la zona del país de donde se sea originario, donde viva o del medio ambiente que la envuelva.

Esta necesidad, es una de las que da a conocer la personalidad, autoestima y condiciones de las personas.

Comunicación y sexualidad

La comunicación es “la acción y efecto de hacer a otro que participe de lo que no tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, consultar, conferir con otros un asunto, tomando o no su parecer”

Comunicarse, no solo implica la capacidad de hablar, escribir o gesticular con una persona, es tan compleja que incluso incluye a la sexualidad, la cual implica, describe Phaneuf, establecer lazos con otros seres próximos, lo que conlleva a la capacidad de procrear”

La comunicación se puede dar de todas formas imaginables, sin embargo, para muchos es compleja, depende de diversas situaciones que la pueden facilitar o dificultar.

López definió los principios, para atender la necesidad de comunicación con el paciente y éstos son, que éste lleva la iniciativa, respetar sus derechos, transmitir siempre esperanza, no negar la transmisión de emociones y su

impacto, evitar frases que no consuelan, escuchar activamente, buscar la empatía, ser creíble, prestar atención a lo que se dice y cómo se dice, elegir el lugar donde se habla, evitar los mensajes impositivos, entre otros.

Aprendizaje

Para Gross el aprendizaje implica un cambio relativamente permanente en la conducta como resultado de la experiencia pasada y de la educación. El deseo de aprender de la persona varía a lo largo de la vida, está relacionado con las costumbres, nivel de estudios y diversos aspectos que pueden favorecer que un individuo tenga o no interés en aprender.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades se pone en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva; en cambio el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido y la enfermedad.

Capernito menciona como principios de esta necesidad que la información refuerza la necesidad de seguir los tratamientos prescritos, las explicaciones pueden ayudar a mejorar el cumplimiento de la persona y reducir errores, la familia le brinda ayuda necesaria en el mantenimiento doméstico y en el autocuidado.

El aprendizaje exige la integridad de las estructuras cerebrales y un funcionamiento suficiente de los órganos de los sentidos, de la misma manera es necesario contar con un nivel mental que lo favorezca.

Evitar los peligros

Dentro de este apartado se considera como un peligro no sólo estar a salvo de un ataque por algún asaltante, sino el estar seguro con uno mismo, poder desenvolverse sin riesgo en un medio social, se consideran los peligros a la salud física, este incluye el autoconcepto y la auto imagen que persona posee sobre si misma. De acuerdo con Glizer, un accidente es algo que sucede

por casualidad o fortuitamente, y se caracteriza por su falta de intencionalidad, consecuencias y rapidez.

Trabajar y realizarse

Trabajar es una forma de auto expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona.

El estado psicológico de la persona también influye en su capacidad de realizarse, la auto confianza, la motivación y el optimismo ayudan a permanecer activo y autónomo en sus roles. Los cambios de rol y los conflictos laborales suelen provocar ansiedad y dificultades de adaptación.

Para poder estar satisfecho con esta necesidad la persona puede poseer una buena salud mental, la cual se define como “estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo o su realidad interna y externa, este se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social una satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo opuesto”.

Vivir según creencias y valores

Son las expresiones religiosas a los mitos, cultos, sacramentos, devociones, sacrificios y liturgias de todos los sistemas religiosos. Se trata de prácticas simbólicas, siempre necesarias, para hacer salir al hombre de la trivialidad de la vida cotidiana.

Cuando los enfermos, sus familiares o sus cuidadores solicitan explícitamente la ayuda espiritual de la confesión religiosa a la que se sienten vinculados, los aspectos espirituales apenas son detectados y tomados en cuenta como elementos diagnósticos significativos o como potenciales recursos terapéuticos, en el curso evolutivo de una patología. Sin embargo, en el último cuarto de siglo ha venido abriéndose camino, en la conciencia de las

instituciones sanitarias y de los profesionales, la convicción de que hay que prestar una atención mucho mayor que antes a los aspectos espirituales latentes tanto en el padecimiento de las enfermedades como en la forma de afrontarlas.

Jugar y participar en actividades recreativas

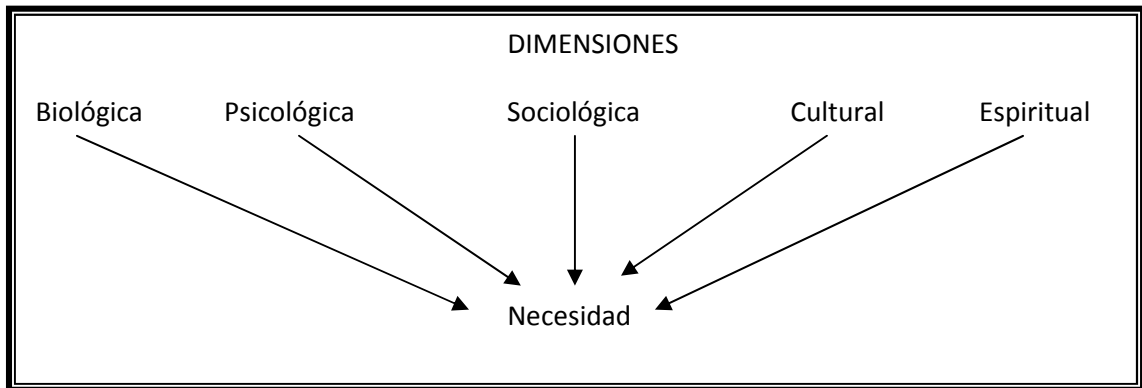
La recreación es una necesidad en cualquier etapa de la vida, para que sea verdaderamente de beneficio es necesario distinguir entre pasatiempo (actividad que entretiene pero que no favorece el descanso, ni el crecimiento personal, recreación y ocio), recreación (distracción, entretenimiento, placer) y ocio (descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas).

“La recreación fomenta las relaciones sociales y el trabajo en grupo, da seguridad en sí mismo, el deporte y el juego, en cualquiera de sus formas, estimula la capacidad física e intelectual”.

La naturaleza de la patología, la integridad mental del individuo, sus valores y cultura, pueden englobar una serie de factores que pueden afectar la capacidad de recreación.³²

³² Gallegos, R., Díaz, R. (Agosto, 2006) Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los individuos. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 14, N° 7 pp. 268 - 273

Dimensiones que pueden modificar la manifestación y la satisfacción de cada una de las necesidades:



Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Según Virginia Henderson es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona. Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

Relaciones con otros profesionales.

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que <<questionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios>>. Yendo mas allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Asimismo, indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

Henderson comparaba a todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinado a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y, por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

Cuidados básicos.

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones enfermeras, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia en la satisfacción de las necesidades como a suplir la autonomía de la persona en los aspectos que lo requieran.

Tal como se deduce de esta definición, los cuidados básicos no implican tareas de escasa complejidad (algunos textos reflejan esta acepción), sino

cualquier cuidado enfermero que requiera la persona para alcanzar su independencia o para ser suplida en su autonomía, sin importar el grado de dificultad.³³

Supuestos principales.

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría. De sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos.

Enfermería.

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

Persona (Paciente).

- Las personas deben 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.

³³ Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson. Pp. 37.

- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud.

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

Entorno.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestión de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipo y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben de conocer las costumbres sociales y prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Postulados.

Representan el cómo del modelo conceptual y aportan un soporte teórico y científico. Son afirmaciones sobre la persona, el entorno, la salud y rol

profesional, que se aceptan como verdaderas y que pueden ser contrastadas en el mundo real, es decir, que son cuestionables.³⁴

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está <<completo>>, <<entero>>, <<independiente>>.³⁵

Valores.

Constituyen el porqué del modelo y se refieren a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales desde la perspectiva de la autora. Al contrario que los postulados, estas afirmaciones no son cuestionables.³⁶

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.³⁷

Afirmaciones teóricas.

- La relación enfermera paciente.

³⁴ Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson. Pp. 28.

³⁵ Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería El proceso de atención de enfermería. Madrid: España. Mc Graw Hill. Pp 18.

³⁶ Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson. Pp. 28.

³⁷ Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería El proceso de atención de enfermería. Madrid: España. Mc Graw Hill. Pp 18.

Se puede establecer tres niveles de relación enfermera – paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia: 1) la enfermera como una sustituta del paciente, 2) la enfermera como una auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una compañera del paciente. En todo momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un <<sustituto de las carencias del paciente para ser “completo”, “íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento>>.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- 1) La enfermera como sustituto del paciente.
- 2) La enfermera como ayuda del paciente,
- 3) La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

1.- En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente” (Naturaleza de la Enfermería, 1994).

2.- Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

3.- Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

Henderson afirma: “para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y en las universidades”. Esto es, la formación de nivel licenciatura, o el

equivalente. Porque “la educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos”.³⁸

- La relación enfermera – médico.

Henderson insistía en que la enfermera tiene una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que <<questionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios>>.

- La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja d forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa asistencial pero no deben realiza las tareas ajenas.³⁹

³⁸ García, M. (1997). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Mexico: D.F. 1° edic. Progreso. Pp.15.

1.4 ASPECTOS ETICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

La Educación de las Ciencias Médicas no es un espejo que reproduce mecánicamente el mundo del mercado del trabajo. Es un proceso de formación cultural, moral y ética que se interrelaciona e imbrica con la ideología, la ciencia, el arte y las tecnologías médicas de la Sociedad en que se desarrolla.

Entre los desafíos del desarrollo científico y tecnológico de la Educación en Enfermería están: Rapidez en la obsolescencia de los conocimientos, velocidad en la aparición de los nuevos conocimientos, globalización, ético moral, epistemológico.

El desarrollo de las ciencias de la salud ha contribuido al surgimiento de nuevas funciones en el campo de la enfermería, por este motivo para que las capacidades de trabajo se mantengan a la altura de los momentos actuales, es necesario tener presente las perspectivas de desarrollo del SNS, en el cual se proyecta un salto cualitativo en los niveles de estado de salud de la población.

En tal sentido se hace imprescindible comprender la realidad actual de las Ciencias Médica, incluida la Especialidad de Enfermería, campo en el que debemos enfrentar dos retos tecnológicos importantes en el actual siglo XXI.⁴⁰

El ejercicio de la Pediatría plantea numerosos problemas éticos: las decisiones terapéuticas en los casos de recién nacidos prematuros o malformados, los malos tratos infantiles, el consentimiento informado pediátrico, la anticoncepción y el aborto en adolescentes, etc. Cada uno de ellos requiere un tratamiento específico.

⁴⁰ Puga, A., Madiedo, M., Concepción, J. (2007) Pensamiento científico. Tecnología y ciencia. Su relación con el nuevo modelo pedagógico en enfermería. Gaceta Médica Espiriuana. 9 (2).

La ética se basa, cuando menos, en la puesta en práctica de algunos principios formales, entre ellos el de universalidad y el de imparcialidad o reciprocidad.⁴¹

La ética nace en la sociedad esclavista y su aparición está relacionada con los profundos cambios producidos en las relaciones entre los hombres en el proceso de transición de la sociedad primitiva a la civilización clasista.

El término de bioética es un neologismo, traducido del idioma inglés. La Bioética es la ética aplicada, una disciplina que nos permite tomar decisiones prudentes en condiciones de incertidumbre. Nos puede dar herramientas para decidir y fundamentar nuestras decisiones sobre la base de unos principios, unas consecuencias o basándonos en determinadas virtudes que los profesionales deberíamos tener. Es la disciplina que trata de humanizar las ciencias biomédicas y favorecer un trato acorde a la dignidad humana.⁴²

La sociedad contemporánea se expone todos los días a situaciones inéditas que la sorprenden desarmada, si bien útil como guía, está siendo rebasada. Hoy se aspira a una ética secular o laica, más lógica y racional, prospectiva, multidisciplinaria, sistemática, flexible, transparente y global.⁴³

⁴¹ Gracia, D. Bioética y Pediatría. Madrid: España.

⁴² García, J., Chi, G., Piñeiro, M., Callejas, N. (2010). Dilemas éticos y bioéticos de la práctica pediátrica en la Atención Primaria de Salud. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 8 (2), 39 -45.

⁴³ Lifshitz, A. (2007). Influencia de la bioética en la ética clínica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45 (3), 209 – 211.

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS EN MÉXICO

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

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

CAPÍTULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

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

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

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

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

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

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

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

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el

principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

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

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

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

CAPÍTULO VI.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras⁴⁴

⁴⁴ Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. 1 – 27.

Principios

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

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

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

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

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

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se

obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

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

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental

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

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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

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

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

-Que la acción y el fin del agente sea bueno;-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁴⁵

⁴⁵ Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. 1 – 27.

Decálogo de enfermería

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁴⁶

Principio de autonomía

El principio de autonomía ha sido formulado de diversas maneras, tanto en general como en el contexto específico de la bioética. En ambos casos, es común aceptar alguna versión de este principio. Difícilmente se encuentre,

⁴⁶ Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI (2007). Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. La Calidad, 1 – 2.

dentro de la filosofía práctica contemporánea, alguna concepción que niegue completamente el valor de la autonomía individual. Las diferencias, en todo caso, se refieren al alcance de la autonomía y sus posibles restricciones para satisfacer otros principios o valores.

Un principio de autonomía (es decir, una norma que prescribe el respeto de la autonomía individual) requiere, obviamente, de una concepción de la autonomía. Es necesario determinar exactamente qué es lo que se valora y debe ser resguardado mediante una norma o principio de autonomía.

En primer lugar, la noción de autonomía alude a una capacidad; la capacidad de autogobierno, entendida como la capacidad de proponerse fines y tomar decisiones racionales para alcanzarlos. Si bien se trata de una capacidad gradual, se considera que existe un umbral a partir del cual se supone que un individuo posee competencia para decisiones autónomas. El principio de autonomía presupone esta capacidad mínima. En segundo lugar, decir que una persona es autónoma se puede referir a una condición. Alguien puede tener la capacidad de autogobierno, pero ser un esclavo. Feinberg recoge una variedad de ideas asociadas al estado o condición de autonomía. Algunas de ellas son la auto-posesión (o auto-propiedad), la autenticidad (mis deseos son auténticamente *míos*), la auto-creación (soy el producto de mis propias decisiones), auto-legislación (sólo estoy obligado por lo que determina mi voluntad, de acuerdo con una ley universal), autenticidad moral (actuar de acuerdo con los propios principios morales), auto-control (actuar gobernado «desde dentro»), auto-responsabilidad (tomar decisiones y ser responsable por ellas). Por último, el sentido más importante: la autonomía como derecho. Este derecho, evidentemente, supone la autonomía como capacidad y recoge algunos sentidos de la autonomía como estado, Feinberg lo define del siguiente modo:

«Dicho resumidamente, el derecho más básico a la autonomía es el derecho a decidir cómo uno ha de vivir la propia vida, en particular, cómo ha de tomar las decisiones de vida críticas: qué cursos de estudio tomar, qué

habilidades y virtudes cultivar, qué carrera seguir, con quién (o si) casarse, a qué iglesia ir (si a alguna), si se ha de tener hijos, etc.»

El principio de autonomía debe ser entendido como la prescripción correlativa a este derecho. Esta prescripción le asigna al Estado la obligación de respetar este derecho. En la formulación de Carlos Nino, el principio de autonomía sostiene que el Estado no debe interferir en las decisiones individuales referidas a la adopción y persecución de planes de vida, ideales de virtud o de excelencia humana, impidiendo la mutua interferencia en tal persecución.

En el ámbito de la bioética, el principio de autonomía ha sido consagrado como uno de los cuatro principios *prima facie* básicos de la ética médica. En su formulación clásica, prescribe que «las acciones autónomas no deben estar sujetas a restricciones de control por parte de otros [...] en la medida en que sus pensamientos y acciones no dañen a otras personas».

El derecho a la autonomía típicamente incluye, dentro de la relación médico-paciente, el derecho a la privacidad del paciente, la obligación de confidencialidad y de veracidad por parte del médico y, algo fundamental para nuestro tema, el deber de los médicos de respetar el consentimiento informado del paciente.⁴⁷

⁴⁷ Rivera, E. (2003) Eutanasia y autonomía. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 1 (1). Pp. 79 -85.

Consentimiento informado

"El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente ser conseguida sin coerción; el médico o especialista no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente".⁴⁸

El principio del respeto de la persona (principio kantiano) pertenece a una concepción moral, en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y, por tanto, en su libertad (principio de autonomía). Es un hecho incontrovertible que el consentimiento informado es ajeno a la tradición médica, que lo ha desconocido a lo largo de su historia, si bien en la actualidad constituye un presupuesto esencial de la relación médico- paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial.

El consentimiento informado ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante un "derecho humano primario y fundamental", esto es, ante una de las últimas aportaciones realizada a la teoría de los derechos humanos.

Lejos queda aquella medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia, donde el médico decidía aisladamente ("autoridad de Esculapio"), en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente ("todo para el enfermo, pero sin el enfermo"). Había, entonces, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz

⁴⁸ Oliva, J. (2001) El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en los seres humanos. Revista Cubana de investigación biomédica; 20 (2). Pp. 150- 158.

de tomar una decisión libre y clara, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma.

Antaño, la relación médico- paciente era de tipo vertical, de forma que el médico desempeñaba el papel de tutor y el enfermo, el de desvalido (la palabra enfermo proviene del término latino infirmus, es decir, débil, sin firmeza, pero no sólo física, sino también moral; de ahí que histórica y tradicionalmente se haya prescindido de su parecer y consentimiento).

Este sustancial cambio de la relación entre el profesional médico y el paciente, transformando el tradicional esquema autoritario y vertical en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, ha sido motivado por muy diversos factores: por una parte, la pérdida de esa atmósfera de confianza que, en épocas pretéritas, presidía indefectiblemente las relaciones médico- paciente, y, por otra parte, la complejidad creciente y correlativa especialización del ejercicio de la medicina, determinante, en último término, de una sensible deshumanización de su ejercicio.

En la actualidad, el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a la libertad del paciente son factores preponderantes a considerar en la relación médico-paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, uno de los derechos de la personalidad.

Características de la hoja de información del paciente

- Calidad de la información.
- Legibilidad formal.

Contenido de las hojas de información al paciente

1. Se describen los objetivos.
2. Se detalla la metodología.
3. Se explica el tratamiento que puede ser utilizado.
4. Se indican riesgos, molestias y efectos adversos.
5. Se especifica el balance riesgo-beneficio.
6. Se definen los tratamientos alternativos posibles.
7. Se precisa la voluntariedad en la participación.
8. Se puntualiza la retirada voluntaria.
9. Se especifica que la retirada del ensayo no afectará la calidad del tratamiento.
10. Se orienta qué personas tendrán acceso a la información.
11. Se describe el modo de compensación.
12. Se indica el especialista responsable del ensayo.
13. Se especifica cómo contactar con el responsable en caso de urgencia.

El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico.⁴⁹

⁴⁹ Galán, J. (1999) La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Revista Medica de Uruguay. 15 (1). Pp. 5- 12.

Aplicación de aspectos éticos al estudio de caso.

El presente estudio de caso se rige bajo criterios éticos y bioéticos ya que toda intervención que se realiza del personal de enfermería se respalda de profesionalismo, respeto, responsabilidad, trato humano y principios con el único objetivo de restablecer la salud del paciente y satisfacer todas las necesidades básicas. Todo lo anterior se realiza bajo la aprobación y colaboración de los padres y de José de Jesús con aportaciones en información, previa explicación de los beneficios del estudio además se orienta que en todo momento tendrán acceso a la información y resultados con el objetivo principal de mejorar el estado de salud de su hijo en el menor tiempo posible y evitando complicaciones y posteriormente con fines académicos, deciden tomar la decisión libre y realizan la firma del consentimiento informado.

Se lleva a la práctica el profesionalismo sustentado en el Código de ética para enfermeras de México y los derechos del paciente sin olvidar que se trabaja con pacientes pediátricos por lo que se aplica la carta de los derechos del niño y los derechos del niño en estado crítico.

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

La llamada doble salida de ventrículo derecho (DSVD) no es en realidad una cardiopatía congénita específica; es simplemente una de las formas anómalas de conexión ventriculoarterial.

La doble salida de ventrículo derecho es una anomalía conotruncal que representa .5 a 1.5% de las cardiopatías congénitas, en la que los grandes vasos se originan del ventrículo derecho o están desplazados en el sentido anterior, a caballo sobre una comunicación interventricular (CIV).

La aorta y la arteria pulmonar se originan del ventrículo derecho, una a lado de la otra. La única salida del ventrículo izquierdo es una comunicación interventricular de gran tamaño. Las válvulas aórtica y pulmonar se encuentran a la misma altura. Los conos subaórtico y subpulmonar separan las válvulas aórtica y pulmonar de las válvulas tricúspide (VT) y mitral, respectivamente. La DSVD puede subdividirse según la posición de la CIV, y posteriormente, por la presencia de Estenosis Pulmonar (EP).

- a) **CIV subaórtica** (prevalencia del 50 al 70%). En este tipo (Fallot) la EP es frecuente (prevalencia del 50%). La sangre oxigenada procedente del VI se dirige hacia la aorta (AO), y la sangre venosa sistémica desaturada se dirige hacia la arteria pulmonar (AP), produciendo cianosis leve o sin que se produzca cianosis. En ausencia de EP, el Flujo Sanguíneo Pulmonar (FSP) está incrementado, con la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC). Por lo tanto, el cuadro clínico de este tipo es similar de una CIV de gran tamaño con hipertensión pulmonar e ICC.

Manifestaciones clínicas. Sin EP los hallazgos físicos recuerdan a los de una gran CIV con hipertensión pulmonar e ICC. El ECG suele ser similar al del Defecto de los Cojinetes Endocárdicos (DCE) (eje QRS <<superior>>, Hipertrofia Auricular Izquierda (HAI), Hipertrofia Ventricular Derecha (HVD) o ICC y bloqueo AV de primer grado ocasional). La Radiografía de tórax demuestra cardiomegalia con aumento de las

Inprontas Vasculares Pulmonares (IVP) aumentadas y un segmento APP prominente.

- b) **CIV subpulmonar** (anomalía de Taussing – Bing). Con una CIV subpulmonar la sangre oxigenada procedente del VI se dirige hacia la AP, y la sangre venosa sistémica desaturada se dirige hacia la aorta, generando cianosis grave. El FSP aumenta con la caída de las Resistencias Vasculares Pulmonares (RVP). Por lo tanto, el cuadro clínico recuerda al de la Transposición de Grandes Arterias (TGA). La Enfermedad Pulmonar Vascular Obstructiva (EVPO) se desarrolla relativamente precoz.

Manifestaciones clínicas. En neonatos los hallazgos físicos recuerdan a los de una TGA con cianosis grave. El ECG evidencia Desviación de Eje hacia la Derecha (DED), HAD e HVD. Durante la lactancia puede observarse HVI. Con frecuencia existe un bloqueo AV de primer grado. La radiografía de tórax demuestra cardiomegalia con aumento de las IVP.

- c) **CIV doble.** En presencia de EP (tipo Fallot), el cuadro clínico recuerda al de la Tetralogía de Fallot (TF).

Manifestaciones clínicas. Con EP los hallazgos físicos son similares a los observados en la TF cianótica. El ECG evidencia DED, HDA e HVD o Bloqueo de Rama Derecha del Haz de His (BRDHH). En la radiografía de tórax se demuestra un tamaño cardiaco normal (con el ápex girado hacia arriba) y unas IVP disminuidas.

- d) **CIV remota.** Con una CIV próxima a ambas válvulas semilunares (CIV doble) o remotamente localizada lejos de estas válvulas (CIV remota), existe un grado de cianosis leve, y el FSP se encuentra incrementado.

Manifestaciones clínicas. Los signos diagnósticos para la ecocardiografía 2D incluyen: 1) las 2 grandes arterias se originan del VD y tienen un trayecto paralelo en su origen, 2) ausencia de Tracto de Salida

Ventricular Izquierdo (TSVI) y presencia de una CIV y 3) discontinuidad mitral-semilunar.⁵⁰

Ecocardiograma

En todos los casos de DSVD se aprecia persistencia de hipertrofia ventricular derecha después de la etapa neonatal y frecuentemente hay presencia de complejos qR en las derivaciones precordiales derechas. El electrocardiograma del neonato con DSVD con fisiología de CIV manifestará además hipertrofia progresiva del atrio y ventrículo izquierdos, como consecuencia de la sobrecarga de volumen en estas cavidades. Tardíamente en casos con enfermedad vascular pulmonar obstructiva se puede apreciar hipertrofia ventricular derecha aislada. También es frecuente que haya crecimiento del atrio derecho, como también presencia del bloqueo atrioventricular de primer grado en casos asociados con defectos del septum atrioventricular.

Radiografía de tórax

No hay hallazgos típicos en la radiografía de tórax del paciente con DSVD. En la DSVD con fisiopatología de CIV la radiografía de tórax muestra, al igual que en la CIV, cardiomegalia, a expensas de dilatación del ventrículo izquierdo, y flujo pulmonar aumentado. En casos severos serán evidentes la congestión venosa pulmonar y signos de edema intersticial. Con el desarrollo de enfermedad vascular pulmonar el tamaño del corazón se normaliza, la arteria pulmonar se hace prominente con acentuación de las marcas vasculares perihiliares y disminución de la vasculatura periférica. La radiografía lateral muestra el ventrículo derecho dilatado y ocupando el espacio retroesternal.

En casos con fisiología de tetralogía de Fallot la radiografía de tórax muestra signos de crecimiento ventricular derecho (elevación del ápex en la proyección PA y obliteración del espacio retroesternal en la proyección lateral).

⁵⁰ Park M. (1999). Cardiología Pediátrica. Hancourt Madrid: España. Pp 143- 147.

La prominencia de la arteria pulmonar está ausente y, al igual que en la Tetralogía de Fallot, la vasculatura pulmonar se ve disminuida.

En los pacientes con fisiología de transposición de grandes vasos la radiografía de tórax puede ser normal o mostrar cardiomegalia con aumento de flujo pulmonar. En algunos casos el borde de la arteria pulmonar principal puede ser prominente.

Ecocardiografía

La ecocardiografía fetal permite en la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal detallado, y facilita la planeación del cuidado neonatal inmediato.

En la etapa neonatal, la ecocardiografía permite definir la mayoría de las características anatómicas del corazón con DSVD. El estudio ecocardiográfico debe resolver las características de los diferentes segmentos cardiacos y sus conexiones.

La información necesaria comprende: definición del situs viceroatrial, retorno venoso sistémico y pulmonar, conexión atrioventricular y ventriculoarterial, defectos del septum atrial y ventricular, defectos de las válvulas atrioventriculares, tamaño ventricular, relación de la CIV con la aorta y la pulmonar y de éstas entre sí, presencia de cono subaórtico o subpulmonar, mecanismos de obstrucción en los tractos de salida, anatomía de los grandes vasos y las fuentes de flujo pulmonar.

La mayor cantidad de información se obtiene generalmente con las vistas subcostales, especialmente en casos con anatomía compleja. La proyección subcostal permite examinar la llegada de las venas cavas y las venas hepáticas, la naturaleza del retorno venoso pulmonar y la integridad del septum interatrial. Mediante la vista paraesternal y supraesternal se completa la información.

El Doppler a color y espectral permiten determinar la presencia de cortocircuitos, estenosis e insuficiencias valvulares, y la obstrucción en los

tractos de salida. El Doppler a color es de gran ayuda para definir el retorno venoso pulmonar y complementar información en casos de flujo adicional de colaterales aortopulmonares.

Cateterismo cardiaco y angiografía

La ecocardiografía generalmente permite definir la anatomía intra-cardiaca y las características hemodinámicas. Sin embargo, el cateterismo cardiaco en raras ocasiones es necesario para complementar información que permita formular un plan terapéutico adecuado. El cateterismo cardiaco puede ser necesario para definir mejor: a) la anatomía de las ramas pulmonares distales, b) la anatomía coronaria, c) el volumen ventricular, d) la resistencia vascular pulmonar y e) la presencia de estenosis a través de la CIV o de los tractos de salida.

En casos de DSVD con CIV subaórtica (fisiología de CIV), el cateterismo está indicado si se sospecha que el paciente puede haber desarrollado enfermedad vascular pulmonar obstructiva. En casos con resistencia pulmonar elevada puede ser necesario determinar la reactividad de la vasculatura pulmonar con oxígeno, óxido nítrico o ambos para definir si el paciente es aún candidato para corrección quirúrgica. Casos con fisiología de tetralogía de Fallot son caracterizados cuando se necesita definir la anatomía de las arterias coronarias o pulmonares y la suplencia alterna de la circulación pulmonar. La angiografía también puede ser necesaria para definir el tamaño de los ventrículos si hay dudas acerca de su capacidad para soportar e gasto cardiaco.

En pacientes con fisiología de transposición de grandes vasos el cateterismo puede complementar la información acerca del grado de obstrucción al flujo sistémico, ya sea a nivel subaórtico o la combinación de ambos. También debe realizarse, cuando es necesaria, una septostomía atrial, con balón o con cuchilla, en los casos que no van a ser corregidos pronto y que tienen mezcla deficiente a nivel atrial. Generalmente estos pacientes tienen

saturación de oxígeno menor de 70% en la aorta y 10% más alta en la arteria pulmonar.

Resonancia magnética

La RM puede ayudar a definir la anatomía y relación entre las grandes arterias y también puede demostrar la relación entre los septa infundibular y trabecular y la relación de la CIV con respecto a los grandes vasos.⁵¹

Tratamiento

Médico.

Está indicado el tratamiento médico de la ICC y la profilaxis EBS.

Quirúrgicos.

a) Procedimientos paliativos

1. En lactantes con FSP importante e ICC puede realizarse una ligadura de la AP; en la CIV subaórtica y doble es preferible la reparación primaria.
2. En los lactantes con CIV subpulmonar, el agrandamiento de la CIA con balón o la septectomía auricular son importantes para una mejor mezcla de la sangre venosa sistémica y pulmonar, y para la descompresión de la AI.
3. En lactantes con EP y FSP disminuido (tipo Fallot) está indicada una fistula S- P.

b) Cirugías correctoras

1. CIV subaórtica y CIV doble: creación de un túnel intraventricular entre la CIV y el tracto de salida subaórtico a los 6 meses de edad sin ligadura de la AP. La tasa de mortalidad quirúrgica es del 5 al 10%.
2. CIV subpulmonar: es preferible la realización de un túnel intraventricular entre la CIV subpulmonar y la aorta, si es posible

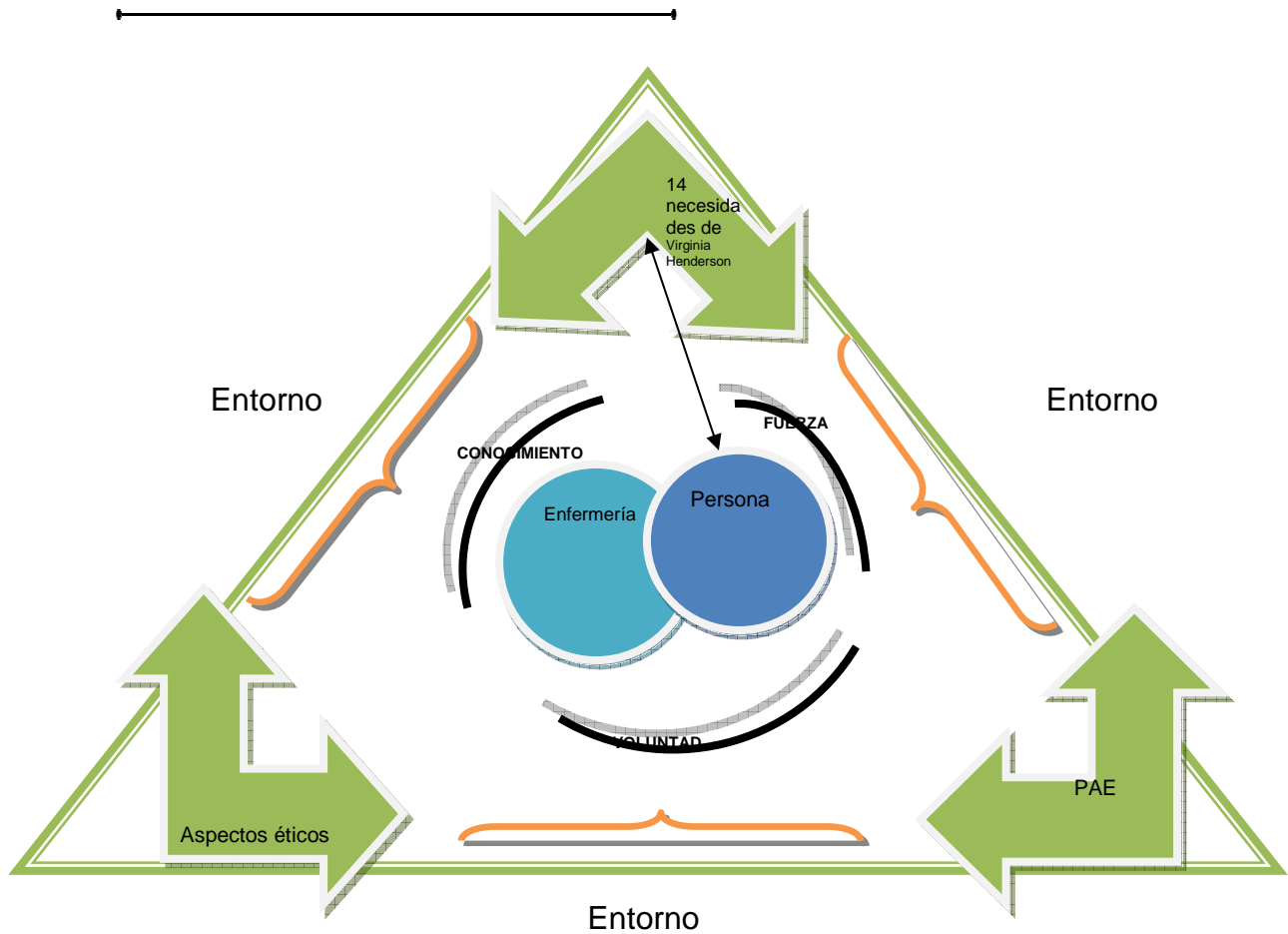
⁵¹ Muñoz, R., Da, E., Maroto, C. (2008) Cuidados críticos en cardiopatías congénitas adquiridas. Ed. Distribuna, Bogotá Colombia. Pp. 283 – 285.

técnicamente (mortalidad del 15%). Si esto no es posible, puede realizarse un túnel intraventricular entre la CIV y la AP (convirtiéndolo en TGA), más la operación de recambio arterial (de Jatene) durante el primer mes de vida (mortalidad quirúrgica del 10 al 15%) o la operación de Senning (mortalidad quirúrgica superior al 40%).

3. Tipo Fallot: realización del procedimiento de túnel de la EP mediante un parche injertado entre los 6 meses y 2 años de edad, o un conducto valvulado homoinjertado entre el VD y la AP a los 4 o 5 años de edad.
4. CIV remota: si es posible, es preferible el procedimiento de túnel intraventricular (CIV hacia la aorta) (mortalidad del 30 al 40%). Si esto no es posible, se realizará la operación tipo Fontan (mortalidad del 5%) o la operación de Senning más el cierre de la CIV y la colocación de un conducto valvulado desde el VI hacia la aorta (mortalidad quirúrgica alrededor del 15%).⁵²

⁵² Park, M. 1999. *Cardiología Pediátrica*. Harcourt: Barcelona 3 (2). Pp. 143- 147.

RELACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA CON LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON



El modelo filosófico de Virginia Henderson habla que una persona logra su independencia cuando se encuentra satisfecha en sus 14 necesidades básicas y el logro de estas da por resultado el estado de salud de una persona, cuando una de las 14 necesidades se encuentra en dependencia, es porque se encuentra en ella un problema o enfermedad que puede ser causado por diversos factores, entonces, el profesional de enfermería debe identificar qué fuente de dificultad es la que se encuentra alterada (conocimiento, fuerza o voluntad) y para corregirlo es necesario llevar un método que sea organizado y sistemático que permita valorar, diagnosticar, planear, administrar y evaluar intervenciones de enfermería individualizados y se logra con el apoyo de la propia persona, familia y comunidad en su logro a la independencia, considerando aspectos éticos y legales que sustenten la práctica profesional.

2 METODOLOGIA

2.1 DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de paciente preescolar José de Jesús Luevano Cisneros de 4 años 5 meses de edad proveniente de una familia nuclear, constituida por padres (quienes lo acompañan) y hermanos. El preescolar es producto de la gesta 2 por parto eutócico desconociéndose el apgar, anteponiéndose una hermana de 6 años y seguido de una hermana de un año aparentemente sanas, residentes de la comunidad Noria de Molinos, Zacatecas.

Su cuadro de inmunizaciones se refiere completo por los padres (no muestran cartilla de vacunación).

Madre de 30 años, ocupación ama de casa, con escolaridad primaria terminada, padre de 38 años de edad agricultor y es el único proveedor económico.

Habitan vivienda de zona rural, de construcción adobe, ladrillo y cemento, con 7 habitaciones, cocina, sala – comedor y baño para 7 personas (familia nuclear más abuelos paternos), con fauna positiva (vacas), contando con todos los servicios intradomiciliarios. La relación afectiva entre los miembros de la familia es fuerte.

Se refiere abuela materna hipertensa, tía materna con soplo en la infancia que se corrige con tratamiento médico no quirúrgico, prima paterna asmática y abuelo materno con tratamiento médico el cual se ignora patología.

Se niegan enfermedades de la infancia, quirúrgicas, traumáticas, transfusionales, intoxicaciones u hospitalizaciones previas. El paciente es ingresado el día 14 de junio del 2011 al HRAEB referido del Hospital General de Zacatecas con diagnóstico médico de Cardiopatía congénita detectada por médico pediatra particular que refiere a ese hospital. El día 15 de junio se le

realiza cateterismo cardiaco encontrándose la siguiente impresión diagnóstica: Doble Salida de Ventrículo Derecho (DSVD) con CIV subaórtica, PCA pequeña e hipertensión pulmonar. Se egresa a domicilio el día 16 del mismo mes sin complicaciones del procedimiento y se programa para cirugía cardiaca.

Reingresa el día 25 de octubre del 2011 para preparación de cirugía y un día después es intervenido quirúrgicamente y posteriormente ingresado al área de UCIP con los siguientes diagnósticos: DSVD con CIA subaórtica PO corrección con cierre de CIV, CIA y ligadura de PCA con HAP suprasistémica, choque cardiogénico y síndrome de bajo gasto cardiaco, con apoyo de inotrópicos y vasodilatadores, respiratorio en fase III con apoyo de oxido nítrico sin compromiso, con sonda pleural, hemodinámicamente con taquicardias y con tendencia a ritmo nodal, metabólico (electrolitos normales), digestivo, hematoinfeccioso (con doble esquema de antibiótico) y neurológico (Ramsay 3 – 4, pupilas isocóricas), sin compromiso. Con evolución lenta pero satisfactoria, se suspende sedación el día 27 y al despertar con reactividad, incremento de la pvc, disminución de la oxemia y sangrado pulmonar activo por lo que se vuelve a sedar y el día 29 posterior a radiografía de tórax se aprecia con infiltrado parahiliar bilateral de predominio basal. Sonda torácica izquierda con drenaje serohemático escaso cuantificado en 0.14ml/hr, e inicio de infusión de diurético de asa por disminución persistente de los volúmenes urinarios con mejoría paulatina. El día 31 ese decide retirar sonda pleural ya que la placa no muestra derrame de condensación. Se progresa a modo ventilatorio SIMV y es destetado de ventilación mecánica el día 1 de noviembre y se inicia microestimulación enteral ya que presenta gasto por sonda nasogastrica en pozos de café, se inicia sucralfato y el día 2 de noviembre con deilem que se incrementa paulatinamente y se da apoyo con NPT y es egresado el día 7 de noviembre del 2011 al área de hospitalización pediátrica donde se instala en la unidad 219.

Habitus externo

Masculino de edad menor a la cronológica (peso por debajo de percentila 5 y talla sobre la percentila 75 <CDC>), con facies inexpresivas, su actitud libremente escogida en cama, la postura para mantenerse sentado es forzada, físicamente íntegro y bien conformado y de constitución frágil, Sus movimientos son mínimos, por el momento con disminución de fuerza muscular, no presenta marcha.

Se realiza la valoración del paciente basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y una exploración física exhaustiva el día 8 de noviembre del 2011 en la unidad 219 del área de hospitalización pediátrica encontrándose lo siguiente:

Necesidades en dependencia:

Respirar normalmente. Tensión arterial 80/50, frecuencia cardiaca 106X min, con pulsos periféricos rítmicos y regulares, frecuencia respiratoria de 24X min, mucosas poco hidratadas y con apoyo de oxígeno por mascarilla reservorio a 1 LX min, no hay datos de dificultad respiratoria, tórax en quilla, palidez de tegumentos (+), piel íntegra con herida quirúrgica en tórax afrontada, sin datos de cianosis, movimientos de ampliación y amplexación normales y simétricos, llenado capilar de 3 segundos, sin ruidos respiratorios anormales a la auscultación.

Perímetro torácico: 47cm

Gasometría arterial: pH 7.49, PCO₂ 35, PO₂ 97, BE_{ect} 3.4, HCO₃ 26.7, Sat. 98% (alcalosis metabólica).

Hemoglobina de 12mg/dl (referencia de valor normal para la edad: 12.5 – 15mg/dl).

Comer y beber adecuadamente. Peso de 9,202 kg, talla de 105 cm, IMC 8.3, desnutrición crónica, con dependencia para alimentarse, sonda nasogastrica con dieta específica con infusión de deilem con aporte de

30Kcal/kg/día en bolos de cada 6 hrs, mucosa oral deshidratada, NPT, abdomen plano, blando, no doloroso con perístasis presente de 8 – 10 ruidos X min. Y por vía parenteral con solución fisiológica 250 ml para 24 horas infundiendo a 10.4ml por hora.

IMC: 8.3

Albúmina 3.3 gr/dl.

Eliminar por todas las vías corporales. Su patrón habitual de eliminación fecal es de 2 evacuaciones y 6 micciones al día en hogar con control de esfínteres, al momento de la valoración (10:00 am), presenta en el transcurso de la mañana hábitos de defecación irregulares 4 evacuaciones de características líquida, café, no fétida, en cantidad aproximada de defecación 70 a 100ml aproximadamente, junto con micción de característica color paja con uso de pañal, canaliza gases, no refiere dolor abdominal, a la exploración física su abdomen es íntegro, plano, depresible, con peristaltismo de 8 a 10 ruidos por minuto, sin datos de dolor a la palpación, no hay presencia de edema, sin datos de sudoración, genitales íntegros con testículos descendidos a bolsas escrotales, limpios.

EGO: pH 8, aspecto ligeramente turbio, densidad 1.015, bacterias escasas, Urocultivo (-).

Moverse y mantener posturas adecuadas. Asténico y adinámico, con debilidad, por el momento el preescolar no se moviliza fuera de cama por problema de salud y desnutrición crónica, no realiza ejercicio físico, se encuentra con deficiencias motoras, no hay deterioro esquelético, como sistema de ayuda se encuentran sus padres quienes realizan cambios de posición a los cuales no presenta dolor o disnea, predomina postura fetal aunque siempre de manera alineada y simétrica, valorado por área de rehabilitación quien inicia rutina de ejercicios. Tono muscular 2, ROTS 2+, fuerza muscular 2/5.

Dormir y descansar. Su patrón habitual de sueño es de 11 horas nocturnas sin siesta diurna, su signo actual de cansancio son ojeras, datos de irritabilidad durante la valoración (llanto), con respuesta pupilar: reflejo fotomotor

y consensual presentes, no se valora motomotor por falta de cooperación del paciente, respuesta a estímulos visuales, auditivos y táctiles, su madre refiere que no ha dormido bien por factores ambientales como el ruido y la luz del área, por procedimientos médico, enfermeros o intranquilidad de otros pacientes, al dormir y tener algún estímulo despierta con facilidad.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Edad de 4 años 5 meses, personalidad introvertida, responde al tacto, sigue la luz, sus cuidadores son sus padres con quienes tiene limitada comunicación verbal aunque le cuesta menos hablar con su padre y cuando lo hace es en un tono muy bajo pero a él le pide ayuda y mantiene contacto visual, sus palabras se limitan a monosílabos, mínimos gestos, no hay comunicación no verbal y con el personal operativo no mantiene comunicación, no muestra interacción social.

Necesidades en riesgo:

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otra persona. Referente al medio ambiente donde se encuentra el paciente la temperatura es adecuada cálida, con iluminación en el área y en su unidad que permite buena visualización, el mobiliario se encuentra colocado moderadamente cerca de la cama del paciente la cual cuenta con barandales y altura mínima, el ruido es moderado ya que se encuentra en una sala general donde hay otras 5 camas para pacientes pediátricos, susceptible a infecciones por microorganismos patógenos por el tiempo que se encuentra hospitalizado y por la exposición a procedimientos invasivos, además de su estado de desnutrición, aunque su madre refiere contar con esquema de vacunación completo. Referente a factores biológicos. Dentro de la valoración de la agudeza sensorial se encuentra consciente, alerta con Glasgow de 15 puntos pero con debilidad muscular 2/5, por consiguiente dificultad en el equilibrio. Los factores psicológicos son difíciles valorarlos ya que el paciente no tiene comunicación y no refiere lo que siente.

Necesidades en independencia:

Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse. En su hogar su ropa diaria se compone de playera, pantalón ropa interior y calzado que son de diversos materiales como la mezclilla y el algodón, sus zapatos varían de tenis o botas adecuados para la talla del preescolar, por lo regular él escoge la ropa a utilizar y también se encarga de vestirse de manera autónoma en algunas ocasiones y en otras es apoyado por su mamá, pero no escoge la ropa al comprarla ya que esta es enviada por familiares de E.U.A. aproximadamente cada 2 meses y es ropa que ha sido utilizada por los mismos familiares, cuenta con prendas para diferente clima y su cambio es diario, referente a la ropa que utiliza sobre ciertas creencias es una falda que le agrada ponerse para bailar en fiestas de iglesia. Durante su estancia hospitalaria cuenta con bata la cual se le cambia diariamente y pañales, además de la ropa de cama que igualmente se cambia diariamente y refieren sus padres que si necesita un cambio es proporcionado, no se nota desaliñado, y no tiene ningún olor corporal, además que es ayudado por su mamá para realizar los cambios de ropa por su debilidad muscular.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. La comunidad donde habitan es de clima templado al igual que su vivienda y el cuarto donde duerme esto se modifica por los cambios de temperatura climáticos, no es sensible ante los cambios de temperatura y por lo general duerme descubierta con la ropa que utiliza durante el día, prefiere los climas fríos y se viste de acuerdo a la temporada. Para modificar su temperatura utiliza cambios de ropa dependiendo el clima y la toma de bebidas frías o calientes. En la valoración la coloración de su piel es ligeramente pálida (+), y con temperatura corporal de 37°C, no presenta datos de transpiración, tampoco hay cambios en su curva de temperatura corporal durante su estancia hospitalaria.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. En su hogar el patrón habitual de baño es cada tercer día durante la tarde o noche, al

preescolar le agrada poco realizar esta rutina, el lavado de dientes es una vez al día (por la noche), lo baña su mamá en regadera utilizando shampoo y jabón, el lavado de manos es antes de los alimentos, el corte de pelo cada mes al igual que el corte de uñas. Durante la valoración se encuentra al paciente con higiene e imagen corporal regular, piel deshidratada, narinas con mucosa seca, mucosa oral deshidratada no hay problemas de halitosis, piezas dentales completas y sin datos de placa dental, oídos con cerilla, herida en tórax afrontada no presenta problemas de cicatrización y tampoco datos de infección, uñas moderadamente largas y sucias. Su baño continúa cada tercer día en tina con ayuda de su mamá y no mantiene posturas corporales que puedan causar lesiones cutáneas ya que se le realiza cambio de posición aproximadamente cada hora.

Rendir culto según sus propias creencias. Familia católica que fomenta en su hijo la misma religión e importancia por la fe, antes de su hospitalización acudían a misa cada fin de semana, bautizado al año de edad, si acuden a actividades sociales como fiestas de la iglesia, misa y graduaciones o festivales, enseñan valores religiosos, a rezar y persignarse, en su hogar cuentan con imágenes religiosas y suelen rezar para que el niño se encuentre bien, no refieren que tenga alguna relación con la enfermedad de su hijo, dentro de los valores que definen como importantes y necesarios para llevarlos a la práctica esta el amor, la honestidad, la responsabilidad, la bondad, la tolerancia y la humildad. En las prácticas religiosas a las que acude el niño es la danza en festivales de la iglesia y tiene como objeto de importancia una pulsera de San Judas Tadeo que fue regalada en el hospital.

Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Lo describen sus padres como un niño alegre, que sabe tomar decisiones de su edad, hasta antes de iniciar su tratamiento se encontraba estudiando el segundo año de preescolar lo cual no le agrada mucho así como tampoco actividades deportivas, reconoce algunos colores, aún no sabe dibujar las partes de un hombre, sabe caminar hacia atrás, si se separa de su madre

con facilidad ya que tiene más apego hacia su papá, realiza de una forma normal su rol dentro de la familia, y en ocasiones ayuda en las tareas de casa (como barrer), y por lo general se mantiene ocupado como jugando la mayor parte del tiempo con carritos. Por ahora los padres refieren que al mejorar y ser dado de alta y bajo consentimiento de su médico tratante regresará a clases.

Jugar y participar en actividades recreativas. En su hogar convive con primos con los que lleva una buena relación, su juego favorito es con caritos de plástico y por lo general lo realiza en el patio donde hay tierra, y es su actividad de todo el día, solo dedica aproximadamente 1 hora diaria para ver la televisión (caricaturas del chavo del 8), cuando le explican cómo jugar lo realiza adecuadamente, también canta con su hermana y le gusta que le lean cuentos, por el momento su enfermedad si ha modificado sus actividades ya que se encuentra todo el día acostado de una forma y no refiere datos de participar en actividades.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes. No muestra mucho interés por la escuela o el aprendizaje pero tiene buen rendimiento escolar, no hay problemas en la educación del niño y tampoco muestra dificultades para aprender o de comprensión, mantiene habilidades motoras adecuadas para su edad y se interesa por tareas y por libros, sus padres le han hablado de forma simple sobre su enfermedad, y ellos muestran interés por conocer más sobre esta y sus complicaciones ya que se encuentran con temores.

Tratamiento Médico (Indicaciones)

| | |
|--|---|
| <p>Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina: Captopril.</p> <p>Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina-I. Reduce los niveles de angiotensina II y aldosterona que puede producir pequeños incrementos en las concentraciones de potasio sérico, acompañados de pérdida de sodio y líquidos. Además reduce la resistencia vascular periférica.</p> <p>La adición de hidroclorotiazida, un diurético que aumenta la excreción de sodio, cloro y agua, tiene un efecto aditivo sobre la presión arterial en pacientes hipertensos.</p> <p>Niños: dosis inicial 0,3 mg/kg/8h. Dosis máxima 6 mg/Kg/día repartidos en 2-3 tomas. Si propenso a hipotensión dosis de inicio 0,15 mg/kg.</p> | <p>Justificación:</p> <p>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): (captopril o enalapril), que se usan para disminuir la poscarga; ya que, al disminuir la resistencia vascular sistémica, disminuye el cortocircuito izquierda-derecha.</p> <p>Cuando se usa la espironolactona junto con los IECA, hay que controlar el potasio por el riesgo de hiperpotasemia.</p> |
| <p>Digitalicos: Digoxina.</p> <p>La digoxina es un glucósido cardiotónico, usado como agente antiarrítmico en la insuficiencia cardíaca y otros trastornos cardíacos. Actúa, como efecto directo, inhibiendo la bomba Na⁺ K⁺ ATPasa en el corazón, disminuyendo la salida de Na⁺ y aumentando los niveles de Ca⁺² intracelular, por lo que tiene un efecto inotrópico positivo, aumentando la fuerza de contracción del músculo cardíaco; y como efecto indirecto inhibe la bomba Na⁺ K⁺ ATPasa a nivel neural, creando una estimulación vagal que disminuye la frecuencia cardíaca y la estimulación simpática.</p> | <p>Justificación:</p> <p>Actúa aumentando la contractilidad cardíaca. Su uso es debatido cuando hay una contracción normal; sin embargo, parece que tiene un efecto favorable sobre la respuesta neurohormonal y mejora los síntomas.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Vasodilatador: Sildenafilfil.</p> <p>Es un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa específica tipo 5 (PDE-5) que actúa sobre el monofosfato cíclico de guanósina (GMPC) principal activador de la relajación del músculo liso arterial.</p> | <p>Justificación:</p> <p>Logra obtener reducciones significativas de las resistencias vasculares pulmonares (RVP) sin descenso significativo de las sistémicas.⁵³</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>Diuréticos del asa: Furosemide.</p> <p>Diurético de alto techo o del asa derivado de la sulfonamida. Inhibe la reabsorción de sodio y cloro por transporte activo desde el túbulo renal hacia el tejido intersticial en la rama ascendente del asa de Henle, y como consecuencia aumenta la excreción renal de sodio (natriuresis) y agua (diuresis). También aumenta la excreción de potasio porque al aumentar la cantidad de sodio que llega al túbulo distal se incrementa el intercambio con potasio por acción del sistema renina-angiotensina. Posee también una acción vasodilatadora venosa periférica, que es la responsable de la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos.</p> | <p>Justificación:</p> <p>Son los más potentes y mantienen su efectividad incluso con tasa baja de filtrado glomerular. Son de elección en la urgencia por su rápido efecto. Actúan inhibiendo el transporte de sodio, cloro y potasio en el asa de Henle, disminuyendo su reabsorción y aumentando la excreción de agua libre. Además la furosemida actúa reduciendo la resistencia vascular renal, aumentando el flujo sanguíneo renal y la liberación de renina. En situación de edema pulmonar produce venodilatación, reduciendo el retorno venoso y con ello la precarga y la PVC. La principal indicación es la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) tanto en tratamiento crónico como agudo.</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Diuréticos ahorradores de potasio:</p> <p>Espironolactona.</p> <p>Es un medicamento usado como diurético por sus propiedades antagonistas de la aldosterona. La</p> | <p>Justificación:</p> <p>Inhiben la acción de la aldosterona en el túbulo distal y reduce la pérdida de potasio, su efecto diurético es menor que el de la furosemida al cual</p> |
|---|---|

⁵³ Echazarreta, D., Mancini, L., Curró, M., Echazarreta, A., Viscuso, C., Portis, M., Uriarte, M., Reyes, S., Urrutia, M., Torrijos, R., Marelli, D. (2006) Administración crónica de sildenafil en la hipertensión pulmonar., Vol. 1 N° 1: 23 – 27.

espirolactona es un fármaco sintético derivado de la 17-lactona, el cual es un antagonista competitivo renal de la aldosterona y un diurético ahorrador de potasio.

La espirolactona reduce el efecto de la aldosterona al competir por el receptor mineralocorticoide intracelular del túbulo contorneado distal. Ello incrementa la excreción de agua y sodio, mientras que disminuye la excreción de potasio.

se asocia. La **espirolactona** ha demostrado reducir la fibrosis miocárdica mediante el bloqueo de los receptores de aldosterona en el tejido cardiaco (remodelación).⁵⁴

Dieta hipercalórica.

La desnutrición es una complicación frecuente en niños con este problema y el grado de malnutrición vendrá determinado por la gravedad de la lesión cardiaca y es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y el consumo de nutrientes esenciales.

Justificación:

Estos niños precisan más calorías (más de 150 kcal/kg/día), debido al aumento de la demanda metabólica; esto se consigue añadiendo a su dieta preparaciones de carbohidratos y/o triglicéridos, no se aconseja la restricción hídrica. Debido a la dificultad respiratoria, en ocasiones, será necesaria la alimentación por sonda nasogastrica nocturna o continua.⁵⁵

⁵⁴ Grzona, M. (2010) Manejo de bajo gasto cardiaco en el postoperatorio cardiovascular pediátrico. Revista médica Universitaria, Vol. 6, n° 2: 1 – 22.

⁵⁵ Perich, R. (2008) Cardiopatías congénitas más frecuentes. Pediatría Integral Corporació Parc Taulí, Barcelona, XII (8): 807 – 818.

2.2 METODOS E INSTRUMENTOS

Este trabajo es realizado en la unidad de Hospitalización Pediátrica del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León Guanajuato. Descripción de un caso de un preescolar masculino ingresado con diagnóstico médico de Doble Salida de Ventrículo Derecho. Como método en base a las etapas del proceso cuidado enfermero, la valoración que consistió en la recolección de datos referente al paciente preescolar mediante el instrumento elaborado de valoración de 0 – 5 años , la exploración física exhaustiva general y focalizada y la observación, estableciéndose prioridades según la propuesta filosófica de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y posteriormente realizando su análisis de acuerdo a los indicadores de independencia – dependencia para saber el grado en que cada una se encontraba, para esto se utilizaron las tablas de niveles llamados continuum independencia – dependencia y duración de la dependencia según criterios de Phaneuf, de los cuales son un total de 6 niveles y los dos primeros pertenecen a la independencia y el resto enuncian el grado de dependencia, posteriormente se realiza la identificación de diagnósticos mediante el formato PES.

Además se contó con el consentimiento informado para la participación libre por parte de los padres.

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCION DEL DIAGNOSTICO

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN

Se realizó el análisis de los datos objetivos y subjetivos obtenidos durante la valoración y en base a priorización de necesidades se diseñaron 6 diagnósticos reales, 1 de riesgo y 7 de conductas generadoras de salud con su plan de intervenciones que a continuación se exponen:

| | |
|--|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Respirar normalmente. |
|--|---|

| |
|---|
| Diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la poscarga y precarga m/p taquicardia, fatiga, disminución de los pulsos periféricos y prolongación del tiempo de llenado capilar. |
|---|

| | | |
|--|--|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia temporal (5). | Fuentes de dificultad: Falta de Fuerza. | Prioridad: Alta. |
|--|--|---------------------|

| |
|---|
| Objetivo: J.J.L.C. modificará su estado circulatorio (T/A: 100/60, FC: 100Lx', y llenado capilar de 2 segundos e índice urinario de: 1-3 ml/kg/hr), mediante cuidados cardiacos, el manejo del shock y monitorización hemodinámica para mejorar la perfusión periférica, en el área de hospitalización pediátrica durante su estancia hospitalaria. |
|---|

| Intervenciones: | Justificación: |
|---|---|
| Cuidados cardiacos 2N – 4040 Independientes: <ul style="list-style-type: none"> → Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica. → Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco. → Observar signos vitales con frecuencia. → Monitorizar el estado cardiovascular. | La exploración física del niño postoperado debe estar integrada dentro de la monitorización del paciente. Merecerá especial atención la exploración del sistema cardiorespiratorio con evaluación frecuente de la perfusión periférica, coloración mucocutánea, gradiente térmico central- periférico, presencia de edemas, características de los movimientos respiratorios, auscultación cardiopulmonar y |

- Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardiaca.
- Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea.

Manejo del shock cardiaco 2N – 4254

Independientes:

- Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardiaco.
- Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitación u otros sonidos adventicios.
- Anotar signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco.
- Observar si hay síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada.
- Controlar y evaluar indicadores de hipoxia tisular.
- Administrar suplementos de oxígeno.

Colaboración:

- Mantener la precarga óptima por administración de líquidos i.v. o diuréticos.
- Administrar medicamentos inotrópicos/ de contractilidad positivos.
- Favorecer la reducción de la precarga.
- Fomentar una precarga óptima

palpación abdominal.⁵⁶

El objetivo principal del tratamiento del niño con enfermedad cardiaca es mantener un gasto cardíaco suficiente para satisfacer la demanda metabólica de órganos y sistemas. Además mantener una adecuada entrega de oxígeno es importante para revertir o prevenir la injuria isquémica que puede dar lugar a disfunción orgánica múltiple con elevada morbilidad.⁵⁷

El rango fisiológico “normal” de presión arterial es aquel que asegura una adecuada perfusión a órganos vitales.

El shock es un síndrome resultante de hipoperfusión e hipoxia tisular sistémicas, caracterizado por un flujo sanguíneo inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas tisulares de O₂. Se caracteriza por perfusión tisular inadecuada, insuficiente entrega de oxígeno y nutrientes a los tejidos y disfunción celular y muerte si no hay respuesta a los tratamientos utilizados. La existencia de shock depende entonces del flujo sanguíneo sistémico, del contenido de O₂ de la sangre y de las demandas tisulares de O₂. Este principio rige para la perfusión de los distintos órganos. Algunos órganos poseen una autorregulación vasomotora que les permite mantener un adecuado flujo en estados de hipotensión.⁵⁸

⁵⁶ Baño, A., Domínguez, F., Fernández, L., Gómez, R. (2000) Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el postoperado de cardiopatía congénita. Revista Española de Cardiología. Vol 53 – Num 11: 1496 – 526.

⁵⁷ Grzona, M. (2010) Manejo del bajo gasto cardiaco en el posoperatorio cardiovascular pediátrico. Revista Médica Universitaria, Facultad de ciencias médicas – UNCuyo. Vol 6 – Num 2: 1-22.

⁵⁸ Golombek, S., Fariña, D., Sola, A., Baquero, et. Al. (2011) Segundo Consenso Clínico de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología: manejo hemodinámico del recién nacido. Revista Panamericana de Salud Pública. 29(4): 281-302.

minimizando al mismo tiempo la poscarga.

- Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos.

Monitorización hemodinámica invasiva 2N-4210

Independientes:

- Monitorización de la frecuencia y ritmos cardiacos.
- Monitorización de la presión sanguínea.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Comer y beber adecuadamente. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Desequilibrio nutricional por defecto r/c factores biológicos, alimentación por sonda nasogastrica m/p peso corporal inferior en un 20% del peso ideal (peso por debajo de percentila 5 y talla sobre percentila 75 de CDC), palidez de las membranas mucosas (++) , bajo tono muscular y albúmina de 3.3gr.

| | | |
|--|--|----------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia temporal (4). | Fuentes de dificultad: Falta de conocimiento. | Prioridad: Media. |
|--|--|----------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Recuperará el peso mínimo ideal para su edad (15.5kg), sexo, talla (96.1cm) y constitución corporal mediante la ingesta de una dieta hipercalórica en un periodo de 2 meses.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Alimentación enteral por sonda 1D - 1056</p> <p><i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 – 8 horas. → Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. → Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal. → Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. → Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. → Retrasar la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea. → Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay | <p>Sigue siendo válido, que mientras el tubo digestivo esté indemne, ésta sea la primera vía que se ha de utilizar para realimentar a estos niños. Entre los objetivos de implementar una nutrición enteral temprana, se encuentran: prevenir y evitar la pérdida de masa corporal; fortalecer la respuesta inmune; disminuir y mejorar la retención nitrogenada; conservar la función y la integridad intestinal para evitar y prevenir el sobrecrecimiento bacteriano y así proporcionar un suplemento adecuado de nutrientes a la mucosa digestiva, y atenuar la acidez gástrica con el fin de disminuir el riesgo de úlceras por estrés. La visión en el tratamiento de la malnutrición debe ir más allá de las barreras legislativas, existiendo muchos casos en los que la utilización de preparados de nutrición enteral (de forma aislada o junto a una dieta oral insuficiente) puede</p> |

residuo.

Colaboración:

- Consultar con otro miembro del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.

Asesoramiento nutricional 1D – 1056

Independientes:

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.

Colaboración:

- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/ recomendada.
- Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

Ayuda para ganar peso 1D – 1240

Independientes:

- Analizar las posibles causas

mejorar la evolución de los pacientes, revertiendo la malnutrición y mejorando la tolerancia a los tratamientos médicos, con el consiguiente ahorro de recursos. No olvidemos además que el gasto en productos dietéticos supone sólo el 1-1,5% del gasto farmacéutico global.

En el terreno de la lucha contra la desnutrición, esto se traduce en comenzar por el consejo dietético, si no es suficiente utilizar suplementos nutricionales orales, y posteriormente nutrición enteral oral o por sonda.⁵⁹

El manejo nutricional del niño con cardiopatía congénita es complejo, debido a la restricción hídrica, a los elevados requerimientos calóricos y a la prevalencia de intolerancia a los alimentos, A pesar de esto, un estrecho seguimiento y muchos métodos de alimentación son esenciales para obtener unos óptimos resultados médicos, nutricionales y psicosociales.⁶⁰

Las medidas antropométricas son importantes indicadores de salud en la evaluación del crecimiento de los niños.

En niños portadores de cardiopatías congénitas, las alteraciones hemodinámicas presentes provocan alteraciones nutricionales, déficit de crecimiento y complicaciones relacionadas a la supervivencia posoperatoria.

Entre las medidas usualmente utilizadas en la evaluación infantil, el peso y la altura son aquellas variables que presentan mayor velocidad de crecimiento, principalmente desde el periodo de

⁵⁹ Cuerda, M. (2009) Nutrición Enteral Domiciliaria. Nutrición Hospitalaria. Scielo v. 24, n.2: Madrid.

⁶⁰ Velasco, C. (2007) Nutrición en el niño cardiópata. Corporación editorial médica del Valle. Colombia médica Vol. 38, n° 1, (supl 1)

del bajo peso corporal.

- Controlar periódicamente el consumo diario de las calorías.
- Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

Colaboración:

- Controlar periódicamente los niveles de albúmina, linfocitos y electrolitos en suero.
- Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.

nacimiento hasta los dos primeros años de vida. Entre tanto, la descompensación de las cardiopatías congénitas pueden disminuir o interrumpir la velocidad de crecimiento.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Eliminar por todas las vías corporales. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Diarrea r/c alimentación por sonda y cambios en la dieta: formula semielemental, deilem m/p eliminación de más de 3 deposiciones líquidas por día y sonidos intestinales hiperactivos (8 a 10x').

| | | |
|--|--|----------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia temporal (3). | Fuentes de dificultad: Falta de fuerza. | Prioridad: Media. |
|--|--|----------------------|

Objetivo:
J.J.L.C recuperará su patrón de defecación habitual, con emisión de heces de consistencia, olor y aspecto normales mediante una dieta equilibrada y astringente durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Manejo de la diarrea 1B – 0460 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Solicitar al paciente/ miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. → Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional. → Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca. → Observar la turgencia de la piel regularmente. → Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. → Medir la producción de diarrea / defecación. → Pesar regularmente al | <p>Las causas de diarrea durante la alimentación por sonda son diversas tales como: la excesiva osmolaridad de la fórmula, intolerancia a la lactosa, excesiva velocidad de perfusión, excesivo volumen por toma, contaminación del preparado, hipersecreción gástrica farmacoterapia concomitante (antibióticos, antiácidos a base de magnesio), alteración de la flora gastrointestinal, mala absorción, hipoalbuminemia, ausencia de fibra en la dieta y psicológicas.⁶¹</p> |

⁶¹ Castillo, A., Pajuelo, Y. Evaluación de la calidad higiénico sanitaria en fórmulas de nutrición enteral usadas en dos hospitales de la ciudad de Lima. Tesis UNMSM: 1 – 23.

paciente.

Colaboración:

- Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.
- Realizar consulta con el médico si persisten los signos y síntomas de diarrea.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Moverse y mantener posturas adecuadas. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la masa corporal, fuerza muscular m/p inestabilidad postural, dificultad para girarse, limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras y finas, disnea al movimiento e intolerancia a la actividad.

| | | |
|--|--|----------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia temporal (4). | Fuentes de dificultad: Falta de fuerza. | Prioridad: Media. |
|--|--|----------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Cooperará en la movilización y rehabilitación de acuerdo con sus capacidades durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|---|--|
| <p>Cambio de posición 1C – 0840 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados. → Proporcionar un colchón firme. → Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición. → Animar al paciente a participar en los cambios de posición. → Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada. → Colocar en posición de alineación corporal correcta. → Colocar en posición para el alivio de la disnea. → Colocar en posición que facilite la ventilación/perfusión. → Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos. | <p>El desarrollo de úlceras por presión constituye uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados, debido a la situación crítica de salud en que se encuentran. Por esta razón la sección de enfermería, que es la directa responsable del cuidado de la piel de estos pacientes, debe establecer medidas encaminadas a la prevención de dicha situación. Es necesario establecer una valoración formal, encaminada a identificar factores de riesgo que predisponen a los niños a presentar úlceras por presión, pues esta situación prolonga la estancia hospitalaria e incrementa los costos de hospitalización. Los niños con nivel de adaptación comprometido requieren del apoyo del personal de enfermería y de su familia, para que desarrollen los cuidados necesarios, con el fin de promover su adaptación y, en este</p> |

- Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.

**Cuidados del paciente encamado
1C – 0740**

Independientes:

- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Subir las barandillas.
- Cambiarlo de posición.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Monitorizar el estado pulmonar.

caso particular, prevenir las lesiones de la piel. Entre ellos, vale la pena destacar cambios frecuentes de posición, el mantenimiento de una piel limpia y seca, el uso de almohadas pequeñas en zonas de alto riesgo, los masajes con una crema humectante, y todas aquellas estrategias de comunicación y contacto físico que ayuden al niño a enfrentar las situaciones de estrés.⁶²

⁶² Bernal, A., Nieto, M. (2004) Ulceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Aquichan, vol. 4 (004), Chía, Colombia: 10 – 17.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Dormir y descansar. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones, iluminación y ruidos m/p cambio en el patrón normal del sueño e informes de haberse despertado.

| | | |
|---|--|----------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia parcial (3). | Fuentes de dificultad: Falta de conocimiento. | Prioridad: Media. |
|---|--|----------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Demostrará habilidades en las técnicas de relajación, dormirá un mínimo de 8 horas nocturnas sin interrupciones y expresará su satisfacción con los progresos alcanzados mediante el manejo ambiental y disminución de interrupciones durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Manejo ambiental: confort 1E – 6482 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. → Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible). → Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. → Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. → Proporcionar un ambiente limpio y seguro. → Ofrecer la elección, de actividades sociales y visitas. → Determinar las fuentes de | <p>El sueño no es una función negativa del cuerpo, sino más bien una acción positiva. No consiste en suspender la actividad corporal, sino en un reajuste del mecanismo entero del cuerpo, incluido el sistema nervioso central. El cerebro no es desconectado durante el sueño, sino que sigue funcionando, aunque a un nivel más bajo. Otras actividades corporales, como la frecuencia cardiaca, respiratoria y el metabolismo basal disminuyen durante el sueño.⁶³</p> <p>Los pacientes ingresados en el hospital no duermen bien, unas veces por su patología, y otras por causas ambientales.</p> <p>Asegurar un número de horas de sueño suficiente es considerado importante para el descanso, sin embargo además de que no parece tenerse claro que si nos despertamos muchas veces ello hace que la</p> |

⁶³ Roma, M. (1996) Actividad, Reposo y Sueño. Introducción a los cuidados de enfermería Infantil: Necesidades básicas. Alicante: Club Universitario (ISBN 8489522537).

incomodidad y factores ambientales irritantes.

- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

reposición de la energía no pueda completarse, nos lleva a pensar en una falta de conocimientos que sobre el sueño tienen las enfermeras.

La mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como pueden ser el ruido, la iluminación, falta de intimidad, interrupciones por procedimientos terapéuticos, etc.

El descanso correcto puede suponer a la larga incluso disminución de días de estancia, por una más pronta recuperación de los pacientes con el consiguiente beneficio para la sanidad pública, además de conseguir un aumento cualitativo en la calidad de los cuidados enfermeros.⁶⁴

⁶⁴ Medina, A., Feria, D., Oscoz, C. (2009) Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Scielo, Enfermería global n.17 Murcia.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Deterioro de la comunicación verbal r/c poca estimulación del entorno familiar m/p dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual al de su edad de desarrollo, dificultad para usar las expresiones corporales y pronunciación poco clara.

| | | |
|---|---|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: Dependencia parcial (3). | Fuentes de dificultad: Falta d conocimiento. | Prioridad: Baja. |
|---|---|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Se comunicará eficazmente con las personas de su entorno aprendiendo y repasando diariamente de 2 – 3 palabras nuevas a su vocabulario y perseverará en la práctica técnicas de comunicación seleccionadas con ayuda de sus padres en un periodo de 2 meses.

| | |
|--|--|
| Intervenciones: | Justificación: |
| <p>Escucha activa 3Q – 4920 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Establecer el propósito de la intervención. → Mostrar interés en el paciente. → Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. → Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. → Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. <p>Mejora la comunicación: déficit del habla 3Q – 4976 <i>Independientes:</i></p> | <p>La comunicación representa un componente importante en el papel que la enfermera desarrolla con los clientes. En interacción continua con ellos, debe comunicarse siempre de forma eficaz y cálida. La naturaleza de sus relaciones con los clientes le coloca en una posición privilegiada en este sentido.</p> <p>La naturaleza de los cuidados de enfermería es tal que coloca a la enfermera en el centro del grupo de profesionales que están alrededor del cliente. El intercambio de informaciones, consejos, directrices que tiene lugar entre ellos es primordial; de su eficacia y su armonía dependerá a manudo la calidad de los cuidados.⁶⁵</p> |

⁶⁵ Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, M. (1997) Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: España. Mc Graw Hill

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente.
- Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.
- Dar una orden simple cada vez.
- Escuchar con atención.
- Escuchar palabras simples y frases cortas.
- Estar de pie delante del paciente al hablar.
- Realizar terapias de lenguaje – habla.
- Animar al paciente a que repita palabras.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos.

Terapia con juegos 3Q – 4430

Independientes:

- Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.
- Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado.
- Comunicar el objeto de la sesión de juegos.
- Discutir las actividades de juego con la familia.
- Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos, expresivos.
- Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos.
- Validar los sentimientos del paciente expresados durante la sesión de juegos.
- Realizar las observaciones realizadas durante la sesión

El lenguaje infantil es un proceso estrechamente relacionado con el desarrollo total del niño y su evolución. A sí mismo el lenguaje y el desarrollo cognoscitivo están estrechamente relacionados. Cuanto más preciso sea el lenguaje, tanto más elevado será el nivel mental y tantos mejores la cognición y la actividad creadora en los niños.⁶⁶

Jugar es una actividad divertida y agradable, eleva nuestro espíritu e ilumina nuestra visión de la vida. Expande habilidades para luego comunicarnos, aprender, madurar y ser productivos. El jugar alivia el estrés, el aburrimiento, nos conecta con los demás en forma positiva, estimula el pensamiento productivo y la búsqueda, regula nuestras emociones y alimenta nuestro ego (Landreth, 2002).

El juego constituye una forma genuina y privilegiada de expresión en los niños. S. Freud señala que el juego es la ocupación favorita y más intensa del niño y que cuando éste juega se conduce como un poeta; no es una actividad menor y el niño la toma muy seriamente, invirtiendo grandes cantidades de afecto.⁶⁷

⁶⁶ Arango, M., Infante, E., López, M. (1998) Estimulación temprana 1 y 2 , Jugamos con los niños. Ed. Gamma, vol. 1 – 2 – 3.

⁶⁷ Lizzi, A., Bardi, D. (2009) Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños:. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. Anuario de investigaciones, vol. XVI, pp. 53 – 63.

de juegos.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otra persona. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Riesgo de infección r/c desnutrición, tejido traumatizado por herida quirúrgica, procedimientos invasivos y malnutrición.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. se mantendrá libre de infección mediante precauciones universales del personal de salud y sus padres en todo momento durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|---|--|
| <p>Identificación de riesgos 4V – 6610 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos. → Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. → Determinar el nivel educativo. → Determinar la presencia/ ausencia de necesidades vitales básicas. → Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados. → Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/ familia. <p><i>Colaboración:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo. <p>Control de infecciones 4V – 6540 <i>Independientes:</i></p> | <p>Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.</p> |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> → Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. → Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo del centro. → Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados. → Mantener técnicas de aislamiento. → Limitar el número de las visitas. → Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado. → Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos. → Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. → Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. → Poner en práctica precauciones universales. → Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v. → Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada <p><i>Colaboración:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. → Fomentar una ingesta nutricional adecuada. → Administrar terapia de antibióticos. | <p>La tasa de incidencia de infecciones nosocomiales en los pacientes de un establecimiento determinado es un indicador de la calidad y seguridad de la atención.</p> <p>La institución de un proceso de vigilancia para supervisar esa tasa es un primer paso indispensable para puntualizar los problemas y prioridades locales y evaluar la eficacia de la actividad de control de infecciones.</p> <p>La vigilancia, en sí, es un proceso eficaz para reducir la frecuencia de infecciones nosocomiales.</p> <p>Para reducir al mínimo la transmisión de microorganismos por el equipo y el medio ambiente, es preciso establecer métodos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización. En cada establecimiento se necesita tener normas y procedimientos por escrito, actualizados a intervalos regulares.</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse. |
|--|---|

Diagnóstico:
Conductas generadoras de salud del paciente en la actividad de vestirse y desvestirse m/p conductas motoras de bienestar a su forma de vestir acorde a su edad (valoración gráfica de Denver)

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. y sus padres identificarán estrategias que le permitan el uso óptimo de los recursos disponibles y demostrarán habilidades requeridas en el uso de la ropa adecuada durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Ayuda: vestir/ arreglo personal 1F – 1802</p> <p><i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades para vestirse. → Considerar la edad al fomentar las actividades de vestirse. → Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. → Disponer de las prendas del paciente en una zona accesible. → Proporcionar las prendas personales. → Estar disponible para ayudar en el vestir. → Facilitar el peinado del cabello del paciente. → Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. → Ayudar con los cordones, botones, cremalleras. → Colocar la ropa sucia en | <p>Para que un niño tenga un desarrollo armonioso de su personalidad, no basta con que esté bien alimentado, tenga un ritmo adecuado de descanso – actividad, y mantenga unas buenas relaciones afectivas, sino también es necesario, que esté limpio y aseado.</p> <p>En cuanto los pequeños comienzan a controlar los movimientos de su cuerpo, se dan cuenta de que la ropa es un obstáculo porque limita su capacidad de acción y se encuentran más libre estando desnudos. A partir de ese momento, la tarea de vestirlos empieza a complicarse y necesitamos un margen de tiempo amplio que nos permita hacerlo relajados.</p> <p>Cuando estemos en pleno desarrollo, intentaremos convertir esta tarea en un juego, cantando canciones, contando un cuento, acariciándolo o diciéndole en voz alta el nombre de cada prenda para que vaya ampliando su vocabulario.</p> |

colada.

- Reafirmar los esfuerzos para vestirse a sí mismo.

Vestir 1F – 1630

Independientes:

- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.
- Observar la capacidad del paciente para vestirse.
- Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.
- Vestir al paciente con ropas personales.
- Elegir los zapatos que faciliten un caminar o deambulación seguros.
- Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

Para los pequeños resulta mucho más fácil desvestirse y lo suelen hacer muy bien ya pasados los primeros dos años de vida; sin embargo, vestirse es otro tema diferente. Tardan bastante en aprender a colocarse las prendas más sencillas y en saber manejarse con lazos, corchetes, botones..., todavía a los cuatro y a los cinco años necesitan nuestra ayuda.⁶⁸

⁶⁸ Ríos, A. (2009) La higiene como tarea básica. Revista innovación y experiencias educativas. N° 45 – 6ªA: 1-9.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Disposición para mejorar el bienestar manteniendo la termorregulación m/p se viste adecuadamente al clima al que se encuentra expuesto manteniendo su temperatura corporal en parámetros normales (36.5 – 37.2°C).

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Mantendrá en todo momento la temperatura corporal dentro de límites normales (36.5 – 37.2) y describirá la forma de lograr un mayor provecho y habilidades de los recursos que dispone para mantener la termorregulación durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|---|
| <p>Regulación de la temperatura 2M – 3900 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. → Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración. → Observar el color y temperatura de la piel. → Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. → Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor. → Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío. → Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. | <p>En condiciones de salud diversas actividades y procesos fisiológicos normales afectan la temperatura corporal. Cualquiera de ellos que aumente el índice metabólico la elevará; por el contrario, la disminución del índice metabólico disminuirá la temperatura corporal. El lactante y niño pueden hacer grandes elevaciones térmicas, frente a causas que en otra etapa de la vida sólo provocan fiebre moderada. Aparte de las infecciones de todo tipo, en esta edad producen fiebre los cuadros de deshidratación, algunas lesiones neurológicas (hemorragias intracraneanas, tumores), ambientes muy calientes, insolación o abrigo excesivo y ciertas vacunas. Se debe observar el estado de excitabilidad del niño teniendo en cuenta la posibilidad de la producción de crisis convulsivas, indicio de</p> |

irritación neurológica.⁶⁹

⁶⁹ Chemes, C. (2008) La enfermera y la valoración de los signos vitales. Escuela de enfermería UNT, Argentina, Tucuman: 1 -60.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Disposición para mejorar la higiene corporal y mantener la integridad de la piel m/p motivación del paciente y sus padres por llevar un patrón de higiene adecuado y cuidados dérmicos.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. y sus padres determinarán como utilizar los recursos para hacer su higiene o participar en ella y razonará los beneficios que se derivan de mantener su capacidad para llevar a cabo la higiene corporal y ser partícipe de ella mejorando su autonomía y superando la dificultad que presenta durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|---|
| <p>Vida diaria <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Implicar a la familia en actividades de ayuda y suplencia según sus propios deseos y los del paciente. → Procurar que el baño o ducha se tome sentado poniendo un taburete o silla de plástico en la ducha o un asiento especial en la bañera. → Si hay dolor, programar la higiene en el momento de máximo efecto de la analgesia a fin de minimizar las molestias provocadas por la movilización. → Planificar la higiene en el momento de levantarse o de acostarse, para evitar cambios de ropa innecesarios. → Respetar en lo posible la intimidad. → Si hay fatiga extrema o | <p>La higiene es fundamental para ese estado completo de bienestar físico, mental y social. Muchas afecciones son contagiosas debido a una serie de hábitos, como lavarse la manos antes de comer o después de ir al servicio, o cepillarse los dientes, o la ducha diaria. Hábitos que conviene transmitir a nuestros niños para ayudarlos a mantener una buena salud.</p> <p>La higiene tiene como objetivo, proteger al cuerpo de agentes infecciosos o tóxicos, para así contribuir a la mejora del bienestar del niño.</p> <p>Como sabemos la piel es una de las barreras del organismo para defenderse de agresiones del medio, además, es un órgano de relación porque en ella está el sentido del tacto. La piel del recién nacido es muy frágil y madura hasta los 8 – 9 años.</p> |

intolerancia a la actividad programar el aseo después de un periodo suficiente de descanso.

→ Supervisar las actividades de aseo hasta que la persona demuestre poder hacerlo sola con seguridad.

El baño es una de las actividades que es responsabilidad de la familia y debe hacerse a diario, para que el baño sea una rutina, se debe bañar al niño cada día a la misma hora.⁷⁰

⁷⁰ Ríos, A. (2009) La higiene como tarea básica. Revista innovación y experiencias educativas. N° 45 – 6ªA: 1-9.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Rendir culto según sus propias creencias. |
|-----------------------------------|--|

Diagnóstico:
Conductas generadoras de salud de religiosidad m/p cumplimiento y satisfacción en la práctica religiosa y en los valores que se fomentan en la familia.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. mantendrá su bienestar espiritual identificando valores y creencias inculcadas por sus padres además de prácticas religiosas que le beneficiaran en su paz interior durante su estancia hospitalaria y a lo largo de su vida.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Vida diaria <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Ayudar e identificar las tareas del rol que está asumiendo y que puedan entrar en su sistema de valores. → Facilitar el cumplimiento de los preceptos y prohibiciones religiosas y permitir que tenga consigo los objetos de culto que desee; imágenes, lecturas, etc. → Ayudar a establecer contacto con la persona o personas que puedan ayudarle a mantener la paz espiritual. → Determinar conjuntamente con la familiar formas de ayudar a la persona a mantenerse fiel a sus creencias y valores sin perjudicar por ellos su salud. → Si la persona está ingresada y su cultura, religión o valores | <p>Brindar asistencia espiritual a las personas enfermas en todos los establecimientos asistenciales del país, es un derecho inobjetable. Es necesario respetar y ratificar el valor de todas las creencias espirituales. El proceso de curación incluye el cuerpo, la mente y el espíritu. Las necesidades espirituales deben ser precisadas por cada paciente con el fin de respetar su autonomía. Reconocer el rol de la espiritualidad de los enfermos en la crisis existencial que deriva de su enfermedad, contribuye a cumplir con la misión esencial de la medicina: el alivio del sufrimiento causado por enfermedades. Incorporar la asistencia espiritual como parte de la terapia es una exigencia ética en la medicina del paciente y debe centrarse en él como</p> |

comportan restricciones o limitaciones de cualquier tipo, contactar con el servicio adecuado para tratar de respetarlas al máximo.

Apoyo espiritual 3R – 5420

Independientes:

- Compartir las propias creencias sobre significado y propósito.
- Estar abierto a expresiones de preocupación de un individuo.
- Fomentar el uso de recursos espirituales.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

persona, en su familia y en su entorno como una unidad.⁷¹

Aunque las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en aquellas situaciones de la vida que son más estresantes. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas en sus momentos más difíciles de su vida. Tal vez no sería sorprendente descubrir que la religión es particularmente beneficiosa para momentos de gran dolor.⁷²

⁷¹ Varas, J. (2011) Atención hospitalaria y derecho de asistencia espiritual. Revista obstétrica ginecológica, vol 6 (3): 205 – 208.

⁷² Yoffe, L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. Psicodebate 7, Palermo, Argentina: 193 – 206.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Disposición para mejorar la realización personal m/p desempeñar el rol efectivo de acuerdo a su edad de desarrollo.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. realizará con competencia las habilidades psicomotoras y técnicas requeridas para desempeñar su rol durante su estancia hospitalaria de acuerdo a su edad y contando con los recursos disponibles en el hospital para lograrlo.

| Intervenciones: | Justificación: |
|--|--|
| <p>Establecimiento de objetivos comunes 30 – 4410 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Animar al paciente la identificación de valores vitales específicos. → Ayudar al paciente y a sus ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles. → Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades. → Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas. → Establecer los objetivos en términos positivos. → Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados. → Ayudar al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos. → Ayudar al paciente a sopesar las actividades utilizadas en la | <p>Para que sea responsable, la persona debe ser plenamente consciente de lo que hace y esta conciencia consiste en la capacidad de comprender la situación de la acción, en tomar la decisión de ejecutar la acción, la capacidad de controlar el inicio de la acción o el cese de la misma y, por último, la evaluación de tal acción como portadora de beneficios o perjuicios. El niño que queremos que aprenda a ser responsable es el valor de la obediencia, concretado en el obedecer a sus padres, colaborar en las tareas de casa y en mantener limpia y ordenada su habitación. La responsabilidad requiere desarrollo. Los niños de 3 a 6 años adoptan, en algún nivel, la perspectiva del otro y esa adopción posibilita una conducta prosocial. En la Educación Infantil, los niños dan muestras de ese comportamiento cuando escuchan, ayudan y defienden a sus compañeros.</p> |

consecución de los objetivos.

**Facilitar la autorresponsabilidad
30 – 4480**

Independientes:

- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
- Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades.
- Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.
- Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
- Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño.
- Animar a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño.
- Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

Al trabajar el valor de la responsabilidad en los niños de la segunda Etapa de Educación Infantil se está trabajando la obediencia a los adultos, posibilitando que los niños adopten una perspectiva diferente de la suya, y así comenzar a desarrollar comportamientos prosociales.⁷³

⁷³ Monsalvo, E., Guaraná, R. (2008) El valor de la responsabilidad en los niños de educación infantil y su implicación en el desarrollo del comportamiento prosocial. Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura, Revista Iberoamericana de Educación: 1 – 9.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Jugar y participar en actividades recreativas. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Disposición para mejorar la recreación m/p participar en actividades que identifican su edad cronológica.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Expresará satisfacción con los progresos alcanzados y demostrará pericia en las actividades recreativas que desempeña en el área de juegos de hospitalización pediátrica durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|---|--|
| <p>Terapia de actividad 30 – 4310 <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Determinar el compromiso con el aumento de la frecuencia y/ o gama de actividades. → Ayudar a explorar el significado personal de la actividad Corriente y/ o actividades de pasatiempo favoritas. → Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. → Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. → Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades. → Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento. → Ayudar a las actividades físicas regulares. | <p>La actividad lúdica es una actividad placentera en sí misma, que permite al niño(a) explorar y comprender su mundo. Especialmente, estimula el desarrollo sensorio-motriz, intelectual, social, moral, de la creatividad y de la autoconciencia del niño (Palomo del Blanco, 1995). Estar hospitalizado, es una de aquellas experiencias que puede resultar traumática para los niños, separándolos de su ambiente familiar, amigos y juegos. Cuando un niño(a) es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. El juego aparece como un elemento fundamental de estos cuidados, tanto por su capacidad para promover un desarrollo equilibrado de los niños, como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y la autoeficacia, aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y</p> |

| | |
|---|--|
| <p>→ Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad.</p> <p>→ Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.</p> <p><i>Colaboración:</i></p> <p>→ Colaborar con los terapéuticos ocupacionales físicos y/ o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades.</p> | <p>su entorno. Para hacer efectivos los “derechos de los niños hospitalizados”.</p> <p>Existe acuerdo entre los especialistas al considerar que el juego aporta múltiples beneficios al niño(a), y que ante situaciones especiales como la hospitalización se convierte en un instrumento esencial para reducir su ansiedad y el estrés, y el de los padres, así como para facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces (Palomo del Blanco, 1995).⁷⁴</p> |
|---|--|

⁷⁴ Serrada, M. (2007) Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere, año 11, num. 39: 639 -646.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fecha: Noviembre, 2011. | Necesidad: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes. |
|-----------------------------------|---|

Diagnóstico:
Disposición para mejorar los conocimientos m/p mostrar habilidades intelectuales y motoras para su edad.

| | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Grado y nivel de dependencia: | Fuentes de dificultad: | Prioridad: Baja. |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|

Objetivo:
J.J.L.C. Identificará los conocimientos o habilidades que desea y así poder mejorar aprovechando los recursos personales, familiares, sociales y académicos hospitalarios de los que dispone durante su estancia hospitalaria.

| Intervenciones: | Justificación: |
|---|---|
| <p>Aumentar o reforzar los conocimientos y habilidades <i>Independientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Determinar aspectos cognoscitivos y psicomotrices sobre lo que es posible incidir. → Determinar recursos disponibles realistas e identificar conjuntamente los factores cuya modificación está fuera de su alcance. → Discutir la forma de integrar a la vida cotidiana las instrucciones y conocimientos que ha recibido. → Cerciorarse de la correcta comprensión de la información. → Practicar las nuevas habilidades para mejorar los cuidados de salud. <p>Facilitar el aprendizaje 3P – 5520</p> | <p>La Pedagogía Hospitalaria es una rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece.⁷⁵</p> <p>Con la creación de aulas, el alumnado recibe atención educativa durante el periodo de hospitalización con el objetivo de que pueda recibirla con la mayor normalidad posible y disminuir las consecuencias negativas que su hospitalización puede tener en el alumnado tanto a nivel educativo como personal, ya que la hospitalización no solo tiene como consecuencia la interrupción de</p> |

⁷⁵ Lizasoain, R. (2000) Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria. España, Eunate.

Independientes:

- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/ o afectivas del paciente.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Relacionar la información con los deseos/ necesidades personales del paciente.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas.

su desarrollo educativo sino que la tiene en su desarrollo emocional y en sus relaciones sociales y afectivas.⁷⁶

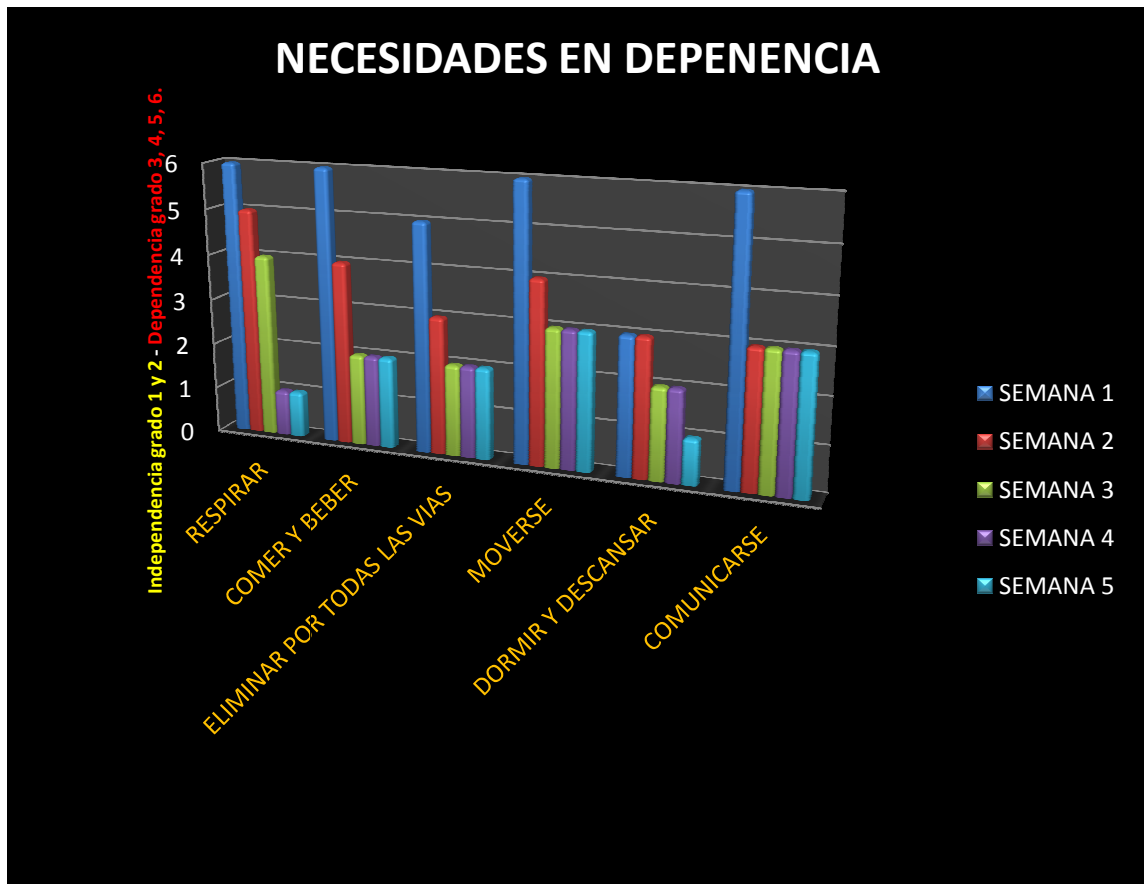
⁷⁶ Cabezas, A. (2008) Las aulas hospitalarias. Revista innovación y experiencias educativas. N° 45, 6ªA: 1 -8.

3 RESULTADOS

Mediante una relación profesional y empática se realizó la selección del paciente contando con autorización por parte de los padres y cooperación y aportaciones de la familia nuclear para poder así llevar a cabo una valoración exhaustiva de cada una de las 14 necesidades del niño y ejecutar el plan de intervenciones especializadas de enfermería. Durante su estancia hospitalaria el tratamiento y cuidados holísticos fueron proporcionados por personal altamente capacitado en el área de la salud como enfermería, el área médica, nutrición y rehabilitación por mencionar algunas, lo que dio por resultado una estancia hospitalaria de tiempo moderado con técnicas y procedimientos de alta calidad, tiempo quirúrgico, apoyo de instalaciones y recursos en el área física como una Unidad de Cuidados Intensivos y área de hospitalización pediátrica apropiados para el tratamiento del niño, además de áreas auxiliares como laboratorio, rayos X , gabinetes, archivo y archivo en sistema electrónico. Además de actividades lúdicas y educativas apoyadas por el personal docente de la escuela hospitalaria.

Teniendo su egreso hospitalario el día 23 de Noviembre del 2011 en buenas condiciones generales, regresando 2 meses después a su última consulta de cardiología pediátrica donde es revalorado y con evolución satisfactoria en cada una de sus necesidades antes alteradas, por lo que, por situación económica familiar y evitar solventar más gastos de traslado además del progreso favorable en la recuperación de salud del paciente es dado de alta del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y continua con seguimiento en su hospital de referencia, Hospital General de Zacatecas.

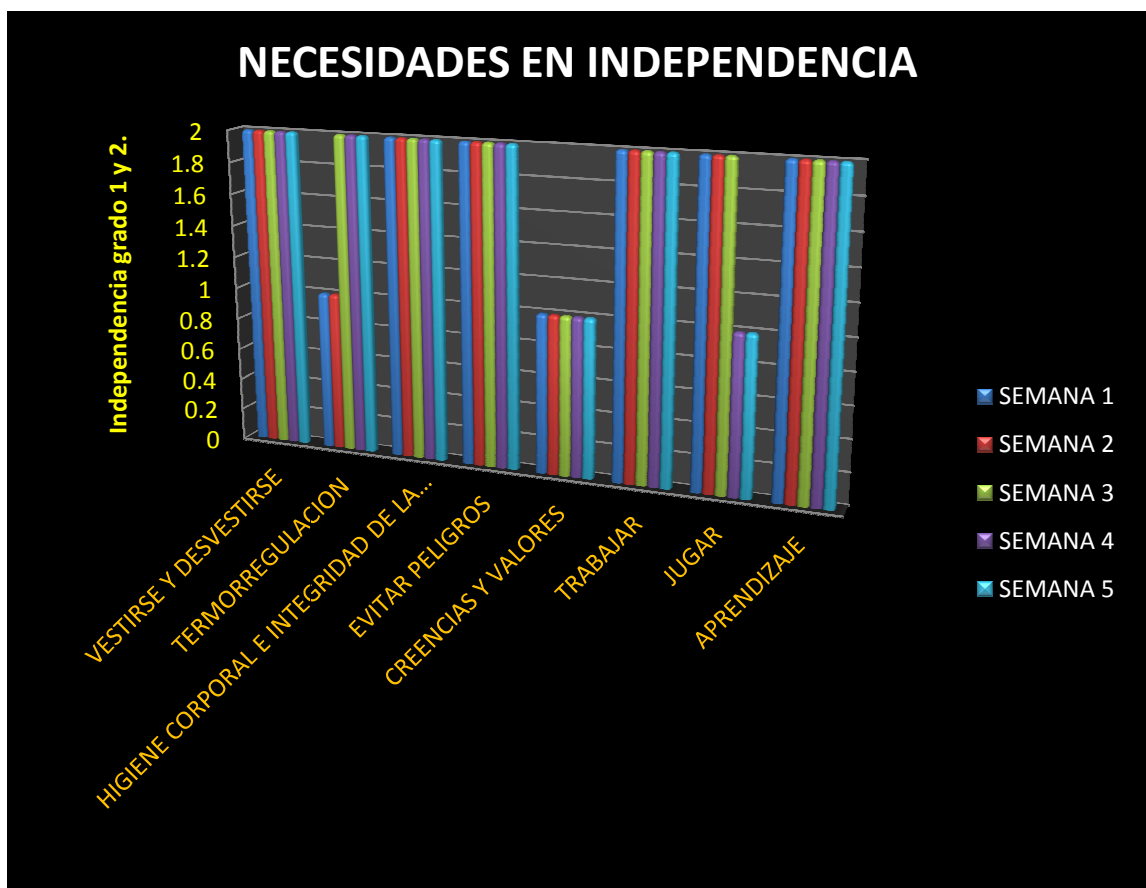
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS



En gráfica anterior se realiza el análisis de las 6 necesidades que se detectaron en dependencia del paciente José de Jesús, mediante la valoración exhaustiva y focalizada de cada una de las 14 necesidades de Virginia Henderson durante las 5 semanas que se encontró en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío que abarcan del 25 de octubre a la fecha de su egreso el 23 de noviembre del 2011. Para establecer el grado de independencia – dependencia se utilizó la tabla de niveles llamada continuum independencia – dependencia según los criterios de Phaneuf, de estos seis niveles el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia. Cabe destacar que su primera valoración fue en el área de hospitalización pediátrica el día 7 de noviembre del 2011, posterior a su egreso

del área de UCIP y que la información que respecta a la primera semana que se muestra en la gráfica es obtenida en colaboración del personal de la UCIP y mediante informes del expediente clínico.

Se muestra que 6 necesidades de 14 (6/14) se encuentran en dependencia y que mediante la priorización y ejecución de intervenciones se logra que 4 de las 6 necesidades pasen a grado de en dependencia a partir de la semana cuatro y que para las otras 2 se da continuidad en su plan de alta para realizar las intervenciones con apoyo de los padres en su hogar.



El resto de las necesidades (8/14), continuaron en independencia durante su estancia hospitalaria una de ellas (termorregulación) de encontrarse en nivel 1 de independencia pasa a nivel 2, otras continúan en nivel 2 sin su modificación pero lo que se puede destacar es que cada una de las que se encuentran en nivel 2 estaban en **riesgo** de volverse una necesidad en

dependencia si no se priorizaban intervenciones que pudieran mantenerlo fuera del riesgo.



La grafica que se muestra anteriormente es la representación de la última valoración realizada en el mes de enero del 2012 en el cual solo acude a valoración en consulta externa de cardiología pediátrica y posteriormente se contrarrefiere del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío a su unidad el Hospital General de Zacatecas para continuar con su manejo.

Se obtiene que las 14 necesidades se encuentran en independencia pero que 9 de 14 se encuentran en grado 2 y que si no se lleva un manejo adecuado del tratamiento e intervenciones en su hogar están susceptibles o en riesgo de pasar a un grado de dependencia.

3.2 PLAN DE ALTA

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Nombre del paciente: | José de Jesús Luevano Cisneros |
|-----------------------------|---------------------------------------|

| | | | | | |
|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------------|-----------------|
| Edad: | 4años 5/12 | Sexo: | Masculino | F. Ingreso: | 24/10/11 |
|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------------|-----------------|

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Fecha de egreso: | 23 de Noviembre 2011 |
|-------------------------|-----------------------------|

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

Vigilancia de signos y síntomas de alarma.
Ofrecer dieta variada y con sanitización de alimentos (lavados, cóccidos y conservados en un lugar fresco) y agua purificada.
Vigilancia periódica del crecimiento mediante peso y talla (por lo menos 1 vez al mes).
Vigilar herida quirúrgica (dolor, enrojecimiento, herida caliente).
Fomentar ejercicios de rehabilitación física diariamente.
Estimulación de comunicación verbal con enseñanza de 2 a 3 palabras diariamente y con fomento del juego.
Administración de medicamentos y vigilancia en su toma sin interrupción.
Realizar medidas de higiene personal diariamente (baño, lavado de manos, corte de uñas, aseo dental, cambio de ropa diario y peinado).
Evitar el contacto del niño con personas enfermas (tos, gripe, diarrea, etc.).
Evitar exponer al niño a cambios bruscos de temperatura.
Continuar con sus actividades escolares, informando al maestro la condición de salud del niño.
Constancia en visitas médicas.

| | |
|-------------------------------|--|
| Orientación dietética: | Modificar los hábitos alimenticios realizando de forma mínima 3 comidas al día con los requisitos de: Lácteos, frutas, verduras, carnes y cereales además de un consumo de líquidos (agua) de 1 litro por día. Puede tener el consumo de una colación al día de preferencia una fruta o verdura. |
|-------------------------------|--|

| |
|--------------------------------|
| Medicamentos indicados: |
|--------------------------------|

| MEDICAMENTO | DOSIS | HORARIO | VIA |
|------------------------|--------------|----------------|------------|
| Furosemide | 14 mg | c/ 6 horas | VO |
| Espironolactona | 14mg | c/ 6 horas | VO |
| Digoxina | 65mcg | c/24 horas | VO |
| Sildenafilfil | 45mg | c/6 horas | VO |
| Captopril | 14mg | c/8 horas | VO |

Registro de signos y síntomas de alarma: Qué hacer y a dónde acudir cuando se presenten.

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico (pecho). • Palpitaciones. • Dificultad respiratoria. • Adinamia (no tener ganas de hacer nada). • Vomito/ diarrea. • Enfermedad respiratoria (tos, flema, dificultad para respirar). • Fiebre. • Color azulada de boca, uñas y dedos. • Jadeos. • Mareos. • Desmayos. • Pérdida de peso. • Moretones. | <ul style="list-style-type: none"> • Acudir al centro de salud más cercano o unidad hospitalaria inmediatamente para ser estabilizado. • Teléfonos de emergencia <ul style="list-style-type: none"> ✓ 066 ✓ 477 267 2000 (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío). |
|--|---|

Citas.

| <i>12 de enero del 2012</i> | <i>Cardiología pediátrica</i> | <i>18:00hrs</i> |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La aplicación de Proceso de Cuidados de Enfermería en cada una de sus 5 importantes etapas es una herramienta que en conjunto con un modelo conceptual como la propuesta filosófica de Virginia Henderson nos da la oportunidad como enfermeras de tener la habilidad y conocimientos para proporcionar al paciente un cuidado de calidad, mediante la realización de una valoración exhaustiva para así priorizar cada uno de los diagnósticos de enfermería, planear nuestras intervenciones y ejecutarlas dando una atención oportuna esto describiéndolo como actuar de una manera organizada y constante minimizando complicaciones y así favoreciendo a su recuperación lo más pronto posible, no olvidando que las necesidades del paciente se modifican por lo que en cada etapa del proceso que se está llevando a cabo debemos evaluar, para así tener la oportunidad de modificar nuestro plan de intervenciones a las condiciones del paciente.

Considero que la propuesta filosófica de Virginia Henderson si debe aplicarse en pacientes pediátricos ya que cumple con los requisitos para la identificación de las necesidades alteradas holísticamente, es rápida, precisa y de fácil aplicación en la práctica.

Mis sugerencias son:

- La aplicación de una base teórica en conjunto con el Proceso Atención Enfermero nos permite realizar una valoración completa y ofrecer un oportuno tratamiento.
- El trabajo multidisciplinario en un paciente grave nos da mejores resultados y se ofrece una mejor atención y una recuperación progresiva en poco tiempo.
- Planificar un plan de alta nos asegura que el paciente mantenga su estado de salud en óptimas condiciones en su hogar.
- El profesional de enfermería tiene la obligación de ofrecer los cuidados de más alta calidad, pero también tiene el deber de realizar investigación y documentarla.

5 BIBLIOGRAFIA

- Alfaro, R. (2003), Diagnóstico. Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: España, Ed. Masson, pp. 102. NANDA International, Diagnósticos enfermeros 2009 – 2011, Barcelona: España, pp. XIV – XXI.
- Alvarez, M., Bota, M. (Noviembre, 2005) Valoración de Enfermería en el niño y adolescente. Revista Nursing. Vol. 23, N°09.
- Angeles, Y., Barreto, M., Bolaño, H. (2010) Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista Enfermería Herediana, 3 (1).
- Arango, M., Infante, E., López, M. (1998) Estimulación temprana 1 y 2 , Juguemos con los niños. Ed. Gamma, vol. 1 – 2 – 3.
- Baño, A., Domínguez, F., Fernández, L., Gómez, R. (2000) Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el postoperado de cardiopatía congénita. Revista Española de Cardiología. Vol 53 – Num 11.
- Belli, E., Serraf, A., Lacour F. (1998) Biventricular repair for double- outlet right ventricle: Results and long – term follow – up. American Heart Association II.
- Bernal, A., Nieto, M. (2004) Ulceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Aquichan, vol. 4 (004), Chía, Colombia.
- Bulechek, G., Butcher, H. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: España, Ed. Elsevier. Pp. VII.
- Cabezas, A. (2008) Las aulas hospitalarias. Revista innovación y experiencias educativas. N°45, 6ª.
- Castillo, A., Pajuelo, Y. Evaluación de la calidad higiénico sanitaria en fórmulas de nutrición enteral usadas en dos hospitales de la ciudad de Lima. Tesis UNMSM.
- Chemes, C. (2008) La enfermera y la valoración de los signos vitales. Escuela de enfermería UNT, Argentina, Tucuman.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México.
- Cruz, L., Martínez, G. (2006). Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14 (2).
- Cuerda, M. (2009) Nutrición Enteral Domiciliaria. Nutrición Hospitalaria. Scielo v. 24, n.2: Madrid.
- Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009 – 201. (2010) Elsevier, Barcelona: España.
- Echazarreta, D., Mancini, L., Curró, M., Echazarreta, A., Viscuso, C., Portis, M., Uriarte, M., Reyes, S., Urrutia, M., Torrijos, R., Marelli, D.

(2006) Administración crónica de sildenafil en la hipertensión pulmonar., Vol. 1 N°1.

- Espinosa, V. (2003). Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería, 11 (1).
- Ferrer, A., García, R., Barreiro, J. (2003). Teoría y Método El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. Cultura de los cuidados, VII (13).
- Fukushima S., Yagihara, T. (2001) Biventricular repair in a patient having double outlet right ventricle with unusual straddling of the mitral valve. Cardio I Young 11.
- Galán, J. (1999) La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Revista Médica de Uruguay. 15 (1).
- Gallegos, R., Díaz, R. (Agosto, 2006) Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los individuos. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 14, N°7.
- García, J., Chi, G., Piñeiro, M., Callejas, N. (2010). Dilemas éticos y bioéticos de la práctica pediátrica en la Atención Primaria de Salud. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 8 (2).
- García, M. (1997). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Mexico: D.F. 1°edic. Progreso.
- Golombek, S., Fariña, D., Sola, A., Baquero, et. Al. (2011) Segundo Consenso Clínico de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología: manejo hemodinámico del recién nacido. Revista Panamericana de Salud Pública. 29(4).
- Gracia, D. Bioética y Pediatría. Madrid: España.
- Grzona, M. (2010) Manejo de bajo gasto cardiaco en el postoperatorio cardiovascular pediátrico. Revista médica Universitaria, Vol. 6, n°2.
- Henderson, V. (1994). La naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años después. Madrid. Mc Graw Hill.
- Hernández, V., Lagunas A. (Agosto, 2006) Proceso de Enfermería: su Teoría y su Práctica. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 14 N°7, pp.
- Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI (2007). Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. La Calidad, 1 – 2.
- Kosier Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España. Pag.179Kosier, Barbará (2008) Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 1 octava edición. Madrid España.
- Lifshitz, A. (2007). Influencia de la bioética en la ética clínica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45 (3).
- Lizasoain, R. (2000) Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria. España, Eunate.
- Lizzi, A., Bardi, D. (2009) Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños:. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. Anuario de investigaciones, vol. XVI.

- Luis, M., Fernandez, C., Navarro, M. (1998). De la teoría a la práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. Masson.
- Lyer, P. (1995) Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. Editorial McGraw-Hill interamericana.
- Medina, A., Feria, D., Oscoz, C. (2009) Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Scielo, Enfermería global n.17 Murcia.
- Mondragón, A. (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 18 (3).
- Monsalvo, E., Guaraná, R. (2008) El valor de la responsabilidad en los niños de educación infantil y su implicación en el desarrollo del comportamiento prosocial. Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura, Revista Iberoamericana de Educación.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2009). Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) (4ª. Ed.) Madrid España: Editorial Elsevier- Mosby.
- Muñoz, R., Da, E., Maroto, C. (2008) Cuidados críticos en cardiopatías congénitas adquiridas. Ed. Distribuna, Bogotá Colombia. Pp. 283 – 285.
- Park M. (1999). Cardiología Pediátrica. Hancourt Madrid: España.
- Partera, M., Molina, F., Gestí, S., Cavero, J. (2002). Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Enfermería Clínica, 13(5).
- Perich, R. (2008) Cardiopatías congénitas más frecuentes. Pediatría Integral Corporació Parc Taulí, Barcelona, XII (8).
- Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería El proceso de atención de enfermería. Madrid: España. Mc Graw Hill.
- Puga, A., Madiedo, M., Concepción, J. (2007) Pensamiento científico. Tecnología y ciencia. Su relación con el nuevo modelo pedagógico en enfermería. Gaceta Médica Espiriuana. 9 (2).
- Puig, M. (2010). Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. Enfermería Clínica, 20 (4).
- Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, M. (1997) Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: España. Mc Graw Hill
- Ríos, A. (2009) La higiene como tarea básica. Revista innovación y experiencias educativas. N° 45 – 6ª.
- Rivera, E. (2003) Eutanasia y autonomía. Humanitas, Humanidades Médicas. 1 (1).
- Roma, M. (1996) Actividad, Reposo y Sueño. Introducción a los cuidados de enfermería Infantil: Necesidades básicas. Alicante: Club Universitario (ISBN 8489522537).
- Sánchez, V. (2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista Enfermería IMSS, 9 (2).

- Serrada, M. (2007) Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere, año 11, num.39.
- Sierra, M. (2006). Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14 (1).
- Solis, M. (2008). Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con Dependencia de Oxigenación. Desarrollo Científico de Enfermería, 16 (9).
- Varas, J. (2011) Atención hospitalaria y derecho de asistencia espiritual. Revista obstétrica ginecológica, vol 6 (3).
- Velasco, C. (2007) Nutrición en el niño cardiópata. Corporación editorial médica del Valle. Colombia médica Vol. 38, n° 1, (sup I 1)
- Yoffe, L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. Psicodebate 7, Palermo, Argentina.

6. ANEXOS

6.1 HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

•

•

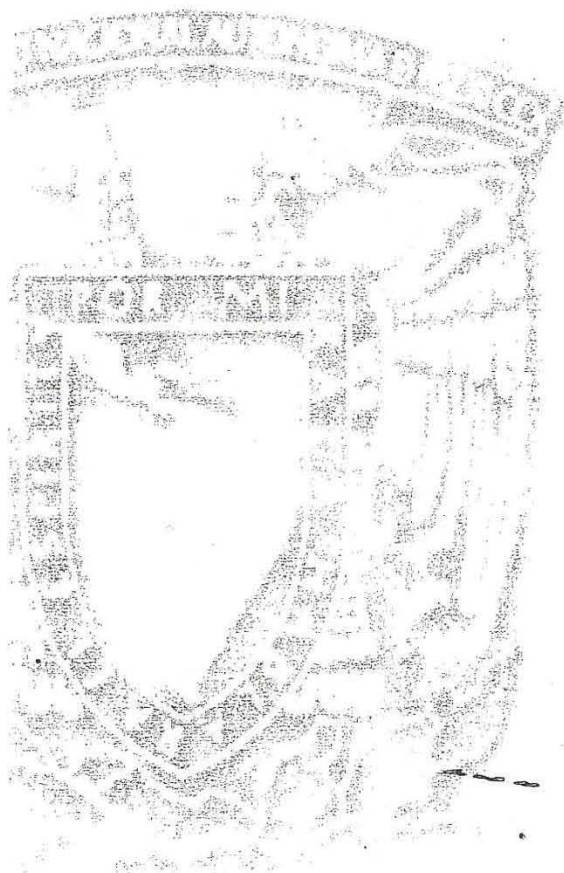
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Plan Único de Especialización de Enfermería

Instrumentos de valoración
nica en niño de 0 a 5 años

pecialización en Enfermería Infantil



ó:
Magdalena Franco Crozco
or y compilador:
rosa Ma. Ostigüín Meléndez



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

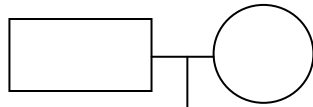
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

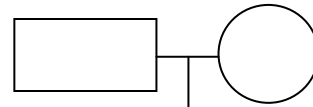
| | | |
|--|--|--------------------|
| Nombre _____ | Fecha de nacimiento: _____ | |
| Sexo: _____ | Edad: _____ | Procedencia: _____ |
| Edad del padre: _____ | Nombre de la madre: _____ | |
| Edad de la madre: _____ | Fecha de revisión: _____ | Hora: _____ |
| Escolaridad del padre: _____ | Madre: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

Mapa familiar

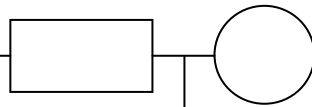
Abuelos paternos



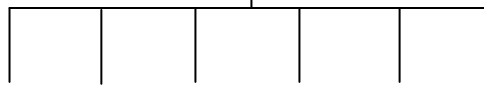
Abuelos maternos



Padres



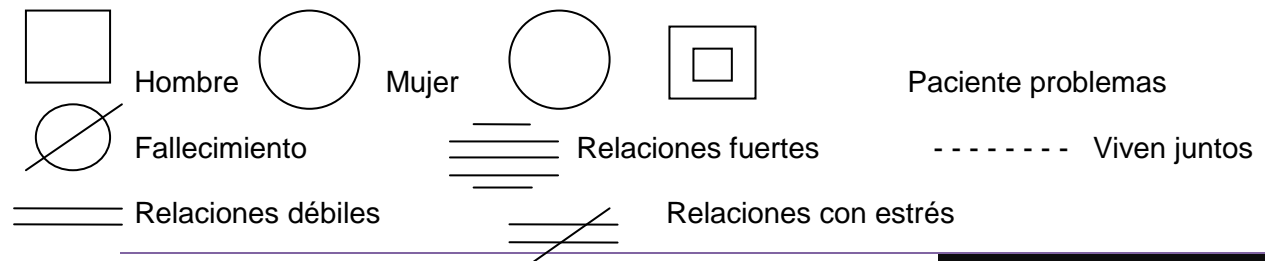
Hermanos



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



Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?

Horario de visita: Sí:_____ No:_____ Salas de espera: Sí:_____ No:_____ Normas sobre barandales de

Camas y cunas: Sí:___ No:_____ Permanencia en el servicio: Sí:_____ No:_____

Informes sobre el estado de salud del niño: Sí:_____ No:_____ Horario de cafetería: Sí:_____

No:_____ Servicio religioso: Sí:_____ No:_____ Restricciones en la visita:_____

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

Familiar: Peso al nacer:_____ Talla al nacer:_____

Lloró al nacer:_____ Respiró al nacer:_____ Se realizaron maniobras de resucitación:_____

Motivo de la consulta/hospitalización:_____

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

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

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

Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:_____

Vacunación:

Alimentación

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

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

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

Licuada:_____ Otros:_____

¿Come sólo?:_____ ¿Con ayuda?_____ ¿Con quién come?_____

_____ Lugar:_____

¿Cuáles son los alimentos preferidos?_____

¿Qué alimentos rechaza?_____ Dieta especial:_____

Alergias alimentarias:_____ Otros: explique si tiene:_____

Alimentación especial:_____

| Cantidad de alimentos: | Desayuno | Comida | Merienda |
|--|----------|----------------------|----------|
| Cereales | _____ | _____ | _____ |
| Frutas | _____ | _____ | _____ |
| Vegetales | _____ | _____ | _____ |
| Carne | _____ | _____ | _____ |
| Tipo de líquidos: Vía oral:_____ | | Vía parenteral:_____ | |
| Hábitos en los alimentos:_____ | | | |
| A qué edad le salieron los dientes:_____ | | | |

Eliminación

| Evacuaciones | orina | en el pañal | en orinal | en el baño | día | noche |
|---|-------|---------------------------|-----------|-----------------------|-------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Consistencia de las heces; formadas:_____ | | Pastosa:_____ | | | | |
| Blanda:_____ | | Líquida:_____ | | | | |
| Semilíquida:_____ | | Espumosa:_____ | | Con sangre:_____ | | Con parásitos:_____ |
| Grumosa:_____ | | | | | | |
| Color: Amarilla:_____ | | Verde:_____ | | Café:_____ | | Negra:_____ |
| Blanca:_____ | | | | | | |
| Olor: Ácida:_____ | | Fétida:_____ | | Otros:_____ | | Moco:_____ |
| Sangre:_____ | | Restos alimenticios:_____ | | | | |
| Dolor al evacuar:_____ | | Orina: Color:_____ | | Olor:_____ | | Con sangre:_____ |
| Sedimento:_____ | | | | | | |
| Pus:_____ | | Dolor al orinar:_____ | | Edema palpebral:_____ | | Maleolar:_____ |
| Anasarca:_____ | | | | | | |
| Otros:_____ | | | | | | |
| Hábitos:_____ | | | | | | |
| Descripción de genitales:_____ | | | | | | |
| Sudoración:_____ | | | | | | |

Oxigenación

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____

Abdominal: _____ Torácico: _____ Braquial: _____

Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____

Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____

Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea: _____ Disociación toraco abdominal: _____

Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____

Respiración asistida _____ Controlada: _____

| Secreciones bronquiales: | Cantidad | Consistencia | Color | Olor |
|--------------------------|----------|--------------|-------|-------|
| Tubo traqueal | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Cavidad oro nasal | _____ | _____ | _____ | _____ |

Humedificación y oxigenación: _____

Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____

Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____

Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo – sueño

Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____

Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____

Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____

Duerme siesa: _____ En qué horario: _____

Valoración neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____

Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____

Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____

Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____

Búsqueda: _____ Moro: _____

Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____

Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

Vestido

Condiciones de la ropa de vestir: _____

Higiene: _____ Costumbres del cambio de ropa: _____

Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____

Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Termorregulación

El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible

A los cambios de temperatura: _____

Cuando tiene fiebre ¿cómo se la controla? _____

Movimiento y Postura

A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____

Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____

Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____

Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____

Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____

Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____

Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____

Cambios de posición con ayuda: _____

Comunicación

Responde al tacto: _____ Voltea con sonidos fuertes: _____

Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____

A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras

Palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____

Quién lo cuida: _____ Con quién juega: _____

Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____

Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____

Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____

Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí

Mismo: _____ Qué hace usted para consolarlo cuando

Hace berrinche: _____

Higiene

Condiciones higiénicas de la piel: _____

Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____

Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____

Frecuencia del cambio de ropa: _____

Recreación

Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____

Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____

Los objetos: _____ Animales: _____

Las personas: _____ Juega solo: _____

Con otros niños: _____ Con adultos: _____

Religión

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

Seguridad y protección

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

Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____

Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____

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

Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad crónica de un

Familiar: _____ Otros: _____

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

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en

Casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____

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

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

| Nombre del medicamento | Dosis | Vía |
|------------------------|-------|-------|
| Fecha _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la

Guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

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

_____ ¿Cómo reaccionó? _____

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

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

¿Qué aspiraciones tienen usted de su hijo? _____

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

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

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

Qué y cómo: _____

Otros dato: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

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

| Fecha en que identifica | Diagnósticos de enfermería | Fecha de resolución |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| | | |



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Nombre: _____

Servicio: _____

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

| Fecha | Diagnóstico de Enfermería | Objetivo | Intervenciones | Realizadas por | Evaluación |
|-------|---------------------------|----------|----------------|----------------|------------|
| | | | | | |



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del alumno: _____

| Necesidad | Indep. | Dep. | Causas de la dificultad | | | La dificultad Interac C/Nec. | | Fortalezas y debilidades Del paciente y su familia. |
|-----------|--------|-------|-------------------------|------|------|------------------------------|----|---|
| | Grado | Grado | F.F. | F.C. | F.V. | SÍ | NO | |
| | | | | | | | | |

Código grado de dependencia:

Total= Dt
Temporal= Dtm
Parcial= Dp
Permanente= Dpr

Causas de la dificultad

Falta de Fuerza: FF
Falta de Voluntad: FV
Falta de conocimiento: FC



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de egreso: _____
1.Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

2.Orientación dietética:

3.Medicamentos indicados:

| Medicamento | Dosis | Horario | Vía |
|-------------|-------|---------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

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

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

6.2 HOJA DE REPORTE DIARIO

•

•

Nombre de la alumno: _____ **Fecha** _____ **Servicio** _____
Nombre del niño: _____ **Edad** _____ **Reg. De Exp.** _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

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

Otros.

A) Habitus Externo

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda)

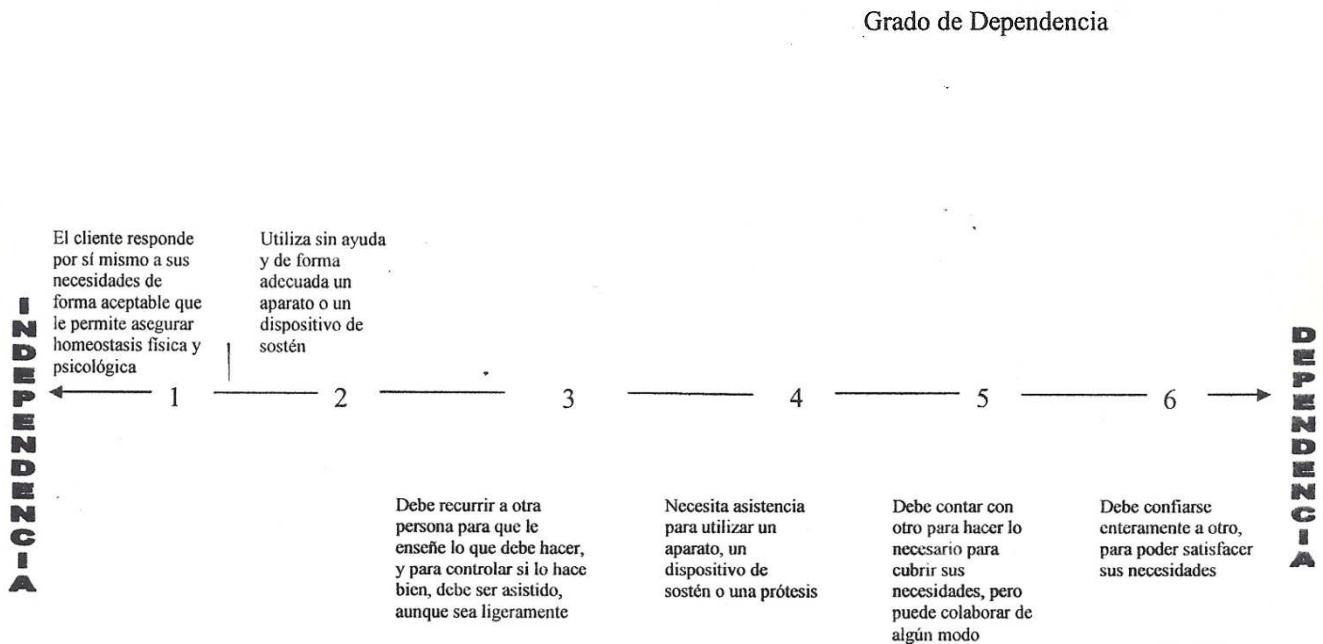
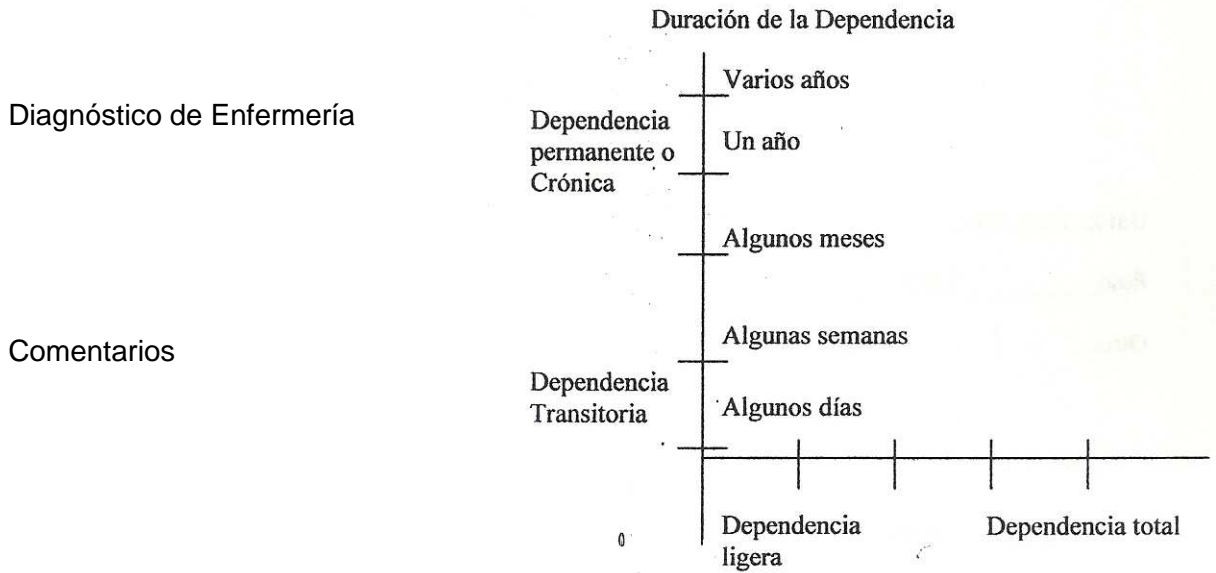
Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

6.3 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

•

•



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
 ESPECIALIDAD DEL BAJIO

Consentimiento Informado para Estudio de Caso

Yo Jose Luis Luevano Garcia declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Jose de Jesus Luevano Cisneros participe en el **Estudio de Caso** Proceso de Atención de Enfermería en un preescolar con dependencia en las necesidades básicas por cardiopatía congénita (doble salida de ventrículo derecho)

cuyo Objetivo principal es: su estudio
Elaborar el proceso atención de enfermería en un preescolar con dependencia en las necesidades básicas con doble salida de ventrículo derecho sustentado en 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 respuestas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: Información, orientación, intervenciones y actividades de enfermería.

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 del responsable del estudio de caso: Patricia Lizeth Hernández Díaz
 Firma _____

Nombre del padre o tutor Jose Luis Luevano Garcia
 Firma _____

Testigos

Nombre Maria Guadalupe Guerrero Zúñiga
 Firma Guadalupe Z.
 Domicilio _____

Nombre Maria Guadalupe Infante Padilla
 Firma [Firma]
 Domicilio _____

León, Guanajuato a 19 de Diciembre 2011

6.4 TRIPTICO PLAN DE ALTA



**PLAN DE ALTA
PARA EL PACIENTE
POSOPERADO DE
CARDIOPATIA CONGENITA
(DSVD)**



*** CUIDADOS ESPECÍFICOS Y MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS:**

- Vigilancia de signos y síntomas de alarma.
- Ofrecer dieta variada con sanitización de alimentos, los cuales deben encontrarse lavados, cocidos y conservados en un lugar fresco y agua purificada.
- Vigilancia periódica de crecimiento mediante y talla (por lo menos acudir a su centro de salud 1 vez al mes).
- Vigilar que la herida quirúrgica no tenga datos de infección: Dolor, estar roja y caliente o con salida de pus.
- Fomentar ejercicios de rehabilitación física diariamente.
- Estimulación de comunicación verbal con enseñanza de 2 a 3 palabras diariamente y con fomento del juego.
- Administración de medicamentos y vigilancia en su toma sin interrupción.
- Realizar medidas de higiene personal diariamente.
- Evitar el contacto del niño con personas enfermas (tos, gripe, diarrea, etc).
- Evitar exponer al niño a cambios bruscos de temperatura.
- Continuar con sus actividades escolares, informando al maestro la condición de salud del niño.
- Utiliza el ABC de la estimulación para tu niño:
 - A) Abrazos
 - B) Besos
 - C) Caricias
- Acudir a los citas médicas sin interrupción

*** MEDICAMENTOS:**

- Cada vez que al niño se le indique un medicamento se debe pedir explicación completa de cómo administrarlo.
- Antes de que el niño tome su medicamento hay que vigilar lo siguiente:
 - ✓ Que sea el medicamento que corresponda según la indicación médica.
 - ✓ La dosis indicada debe ser la correcta.
 - ✓ Verificar que el medicamento no se encuentre caducado.
 - ✓ Administrar el medicamento a la hora que corresponde.
 - ✓ Verificar que el niño tome su medicamento.
- Preguntar si el medicamento debe darse con algún líquido o comida en especial.
- Vigilar cualquier tipo de reacción alérgica o malestar en su administración tales como:
 - ✓ Vómito.
 - ✓ Incapacidad para hablar.
 - ✓ Palidez.
 - ✓ Coloración azulada de la piel.
 - ✓ Inflamación de la boca.
 - ✓ Sensación de comezón.
 - ✓ Palpitaciones.
- Ante cualquier reacción alérgica o malestar por la administración de medicamentos llevar al niño a su centro de salud u hospital más cercano a su domicilio.
- No dudar en hacer preguntas sobre los medicamentos.
- **NO DEJES LOS MEDICAMENTOS AL ALCANCE DE LOS NIÑOS, YA QUE POR CURIOSIDAD PUEDEN INGERIRLOS OCASIONANDO UNA INTOXICACIÓN. LAS CONSECUENCIAS DE TOMAR UN MEDICAMENTO EN CANTIDADES INAPROPIADAS O SIN INDICACIÓN MÉDICA PUEDEN SER FATALES.**

*** SEÑALES DE ALARMA:**

- Palpitaciones.
- Color azulada de boca, uñas y dedos.
- Jadeos.
- Mareos.
- Desmayos.
- Sudoración.
- Pérdida de peso.
- Fiebre.
- Tos y flema.
- Moretones.
- SI PRESENTA CUALQUIERA DE ESTOS SINTOMAS DEBES LLEVAR A TU HIJO A SER ATENDIDO DE MANERA INMEDIATA AL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL MAS CERCAÑO A TU DOMICILIO.
- Notificar a la brevedad a su medico cardiólogo
- Tener a la mano los teléfonos de emergencia
 - ✓ Emergencias: 066
 - ✓ Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío: 477 267 2000

NUNCA DEBEMOS OLVIDAR QUE UN NIÑO CARDIOPATA ES UN NIÑO NORMAL QUE TIENE DERECHO A SER FELIZ AL IGUAL QUE CUALQUIER OTRO NIÑO.

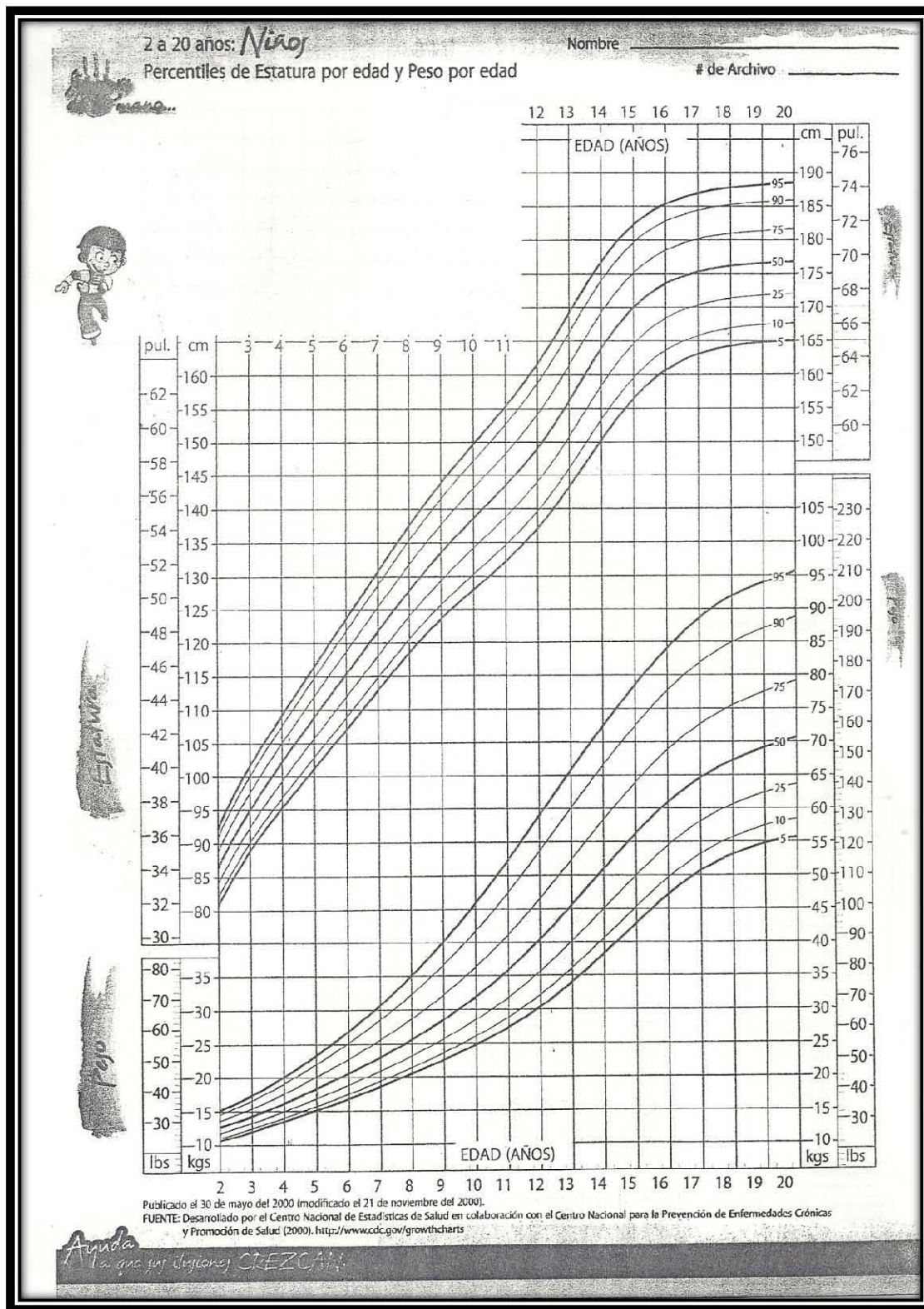
Elaborado por:
L.E.O. Patricia Lizeth Hernández Díaz

6.5 ESCALAS DE VALORACION

•

•

→ **Percentiles de estatura por edad y peso por edad en niños de 2 a 20 años.**



→ Velocidad de crecimiento e índice de masa corporal.

2 a 20 años: *Niños* Nombre _____ # de Archivo _____

Velocidad de Crecimiento

Tanner JM, Davies PSW, J Pediatrics 1985:107

Índice de Masa Corporal

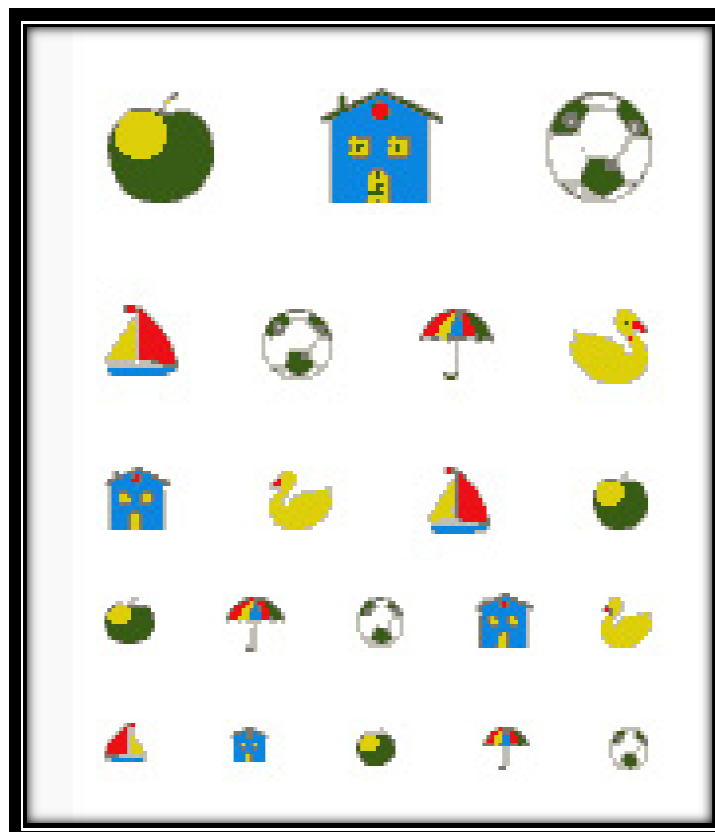
Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

| | | | | |
|--------------------|--------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Código de Atención | Registro SSA | No de Autorización de IPP | No. Auto. Acreditación SSA | Identificador de Material |
| GENE/177/P011.2010 | 002004 SSA M | 0083004500070 | 03200008345487 | 664631/5173/P011.2010 |

→ Escala del dolor para paciente pediátrico.



→ Tabla de Snellen para el paciente pediátrico.



→ Escala del coma de Glasgow.

| Puntuación | >1 año | <1 año |
|--|---|--|
| Respuesta apertura ocular 4 3 2 1 | Espontánea A la orden verbal Al dolor Ninguna | Espontánea Al grito Al dolor Ninguna |
| Respuesta Motriz 6 5 4 3 2 1 | Obedece órdenes Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna | Espontánea Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna |
| Respuesta verbal 5 4 3 2 1 | Se orienta – conversa Conversa confusa Palabras inadecuada Sonidos raros Ninguna | Balbucea Llora – consolable Llora persistente Gruñe o se queja Ninguna |

→ Escala de ROTS.

| MARCA | DESCRIPCION |
|-------|---------------------------|
| 0 | Arreflexia. |
| 1 | Hiporreflexia. |
| 2 | Respuesta refleja normal. |
| 3 | Hiperreflexia leve. |
| 4 | Clonus (3 a 4 sacudidas). |
| 5 | Clonus. |

→ Escala de Daniela para fuerza muscular.

| | |
|---|--|
| 0 | Ausente, parálisis total |
| 1 | Contracción palpable o visible |
| 2 | Movimiento activo con gravedad eliminada |
| 3 | Movilidad activa contra gravedad |
| 4 | Movilidad activa contra resistencia |
| 5 | Movilidad contra resistencia completa |

→ Hitos del desarrollo.

Desarrollo Infantil de 0 a 6 años

| | 0 a 2 meses | 3 a 6 meses | 6 a 9 meses | 9 a 12 meses | 12 a 18 meses | 18 a 24 meses | 2 a 4 años | 4 a 6 años |
|--------------------------|---|---|---|--|---|--------------------------------------|--|--|
| Área motora | Controla su cabeza | Puede agarrar de propósito los objetos. Se sujeta cuando los sostiene | Puede sostenerse solo | Se levanta de pie y se mantiene así un tiempo | Andar sin ayuda | Puede jugar con pelota con ayuda | Se sienta al pedalear | Puede hacer bicicleta con los pies fijos |
| Área cognitiva | Mira todo lo que se mueva. Reacciona ante el estado | Algunos objetos con la mano | Juega y experimenta al tocarlo. Levanta | Tira de una moneda para mover el juguete | Puede poner pegatinas y recortar imágenes | Puede construir torres con bloques | Puede hacer vestimenta y desmenuzarse | Realiza el dibujo de la figura humana con detalles |
| Área del lenguaje | Emite sonidos espontáneos y gurgidos | Reconoce los dibujos abstractos del bebé | Dice diferentes sonidos débiles y fuertes que tienen coherencia | Comienza a decir sus primeros palabras con significado | Dice una palabra espontánea más que una vez | Dice frases de dos palabras | Puede construir oraciones sencillas con objetos apropiados | Pregunta el significado de las cosas |
| Área social | Muestra a quién se le da | Reconoce a quién se le da | Emite movimientos espontáneos (dibujos espontáneos) | Se queda jugando con otros | Dice más | Hace experimentos o juegos con otros | Juega o lee con otros | Juega con otros niños |

Apellidos.....Nombre.....Sexo.....Fecha de nacimiento.....

TABLA DE DESARROLLO (0-5 AÑOS) HAIZEA-LLEVANT

