



**ESTUDIO DE CASO**

**LACTANTE MENOR CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE  
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN POR TUMOR DE WILMS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL**

**PRESENTA:**

**LIC. HERNÁNDEZ MÉNDEZ GRISELDA**

**ASESOR:**

**EEI MARIA DE LOS ÁNGELES NOLASCO ORTIGOZA**



**México D.F., Junio del 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

Agradezco a mis padres por apoyarme durante este largo proceso.

A mis hermanos por alentarme a seguir adelante.

A mi alma gemela por estar siempre pendiente de mí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez

A mis profesores por brindarme sus conocimientos.

A mis amigos que me animaron a continuar.

A todas las personas universalmente queridas.

Gracias.

Lic. Griselda Hernández Méndez

INDICE	
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	5
I. MARCO TEÓRICO	
1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS	6
1.2 MARCO CONCEPTUAL	15
1.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	26
1.4 PRINCIPIOS ÉTICOS EN EL CUIDADO	55
1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA (TUMOR DE WILMS)	60
II. METODOLOGÍA	
2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO	64
2.2 METODOS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	68
2.3 PROCESO DIAGNÓSTICO	78
2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN	72
3 CONCLUSIONES	99
4. SUGERENCIAS	99
5. BIBLIOGRAFÍA	100
6. ANEXOS	103

## INTRODUCCIÓN

El saber de Enfermería está dirigido al cuidado de las personas en su integridad durante la experiencia humana única y particular que se da en el proceso salud-enfermedad. La especialista en Enfermería Infantil cumple un cuidado específico al valorar al paciente pediátrico.

El presente trabajo es un estudio de caso que se realizó durante el periodo de octubre-diciembre del 2012 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el servicio de infectología aplicando el proceso de atención enfermería enfocado al modelo de la teórica Virginia Henderson en un paciente lactante con dependencia de su necesidad de seguridad y protección

Se encuentra conformado por dos capítulos, el primero integrado por el modelo de la teórica Virginia Henderson , así como de los artículos revisados para el sustento del estudio de caso, el proceso de enfermería llevado a cabo en el paciente elegido para este estudio, consideraciones éticas, la presentación del factor de dependencia.

En el segundo capítulo se realiza la presentación de caso, la jerarquización y análisis de las necesidades, la elaboración de diagnósticos, el plan y evaluación de cada diagnóstico, conclusiones y sugerencias, así como anexos y bibliografía.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un estudio de caso basado en la teoría de Virginia Henderson, aplicando el proceso de Atención Enfermería en un paciente lactante menor hospitalizado en el HIMFG, con un Diagnóstico médico de tumor de Wilms

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Llevar a cabo la Recopilación de datos objetivos y subjetivos a través de la entrevista y exploración física.
- Valorar las 14 necesidades en un lactante menor con Diagnóstico médico de tumor renal.
- Identificar las necesidades y problemas reales y potenciales encontrados al paciente mediante la valoración.
- Jerarquizar las necesidades y problemas detectados en el paciente.
- Elaborar diagnósticos de Enfermería de cada una de la necesidades valoradas
- Elaborar estrategias de Enfermería en cada uno de los diagnósticos.
- Ejecutar las acciones de Enfermería.
- Evaluar la calidad de cuidados brindados a un paciente lactante menor con tumor de Wilms.

## I MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes (estudios relacionados)

Los modelos y teorías le han proporcionado a la profesión de enfermería una identidad propia de carácter científico, estableciendo como único objeto de estudio el cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. El proceso de enfermería sirve para ayudar al individuo a alcanzar y mantener un nivel óptimo de función, sus objetivos están encaminados a la enseñanza para la salud, mantenimiento de la misma, prevención de la enfermedad, o provisión de la dignidad durante la muerte. Mientras que el estudio de casos clínicos es un proceso de indagación para la integración de la teoría y la práctica.

Para el presente estudio de caso se realizó una búsqueda bibliográfica, encontrando 15 artículos en los cuales se utilizó el modelo de la teórica Virginia Henderson con enfoque al paciente pediátrico. Con respecto a esto Carreño Rodríguez, Adriana<sup>1</sup> en el 2011 elaboró un estudio en el cual trata sobre un paciente de sexo masculino de 34 días de nacido con diagnóstico de síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico (SVIH). El objetivo del caso fue identificar las necesidades alteradas y determinar los cuidados específicos del paciente con SVIH con base en la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH). Su metodología utilizada fue el PAE que se aplicó a un paciente hospitalizado en el Servicio de Cardio pediatría en el Área de Aislados del INCICH, utilizando el formato de valoración elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson e implementado por la Dirección de Enfermería del instituto Nacional de Cardiología. Las variables de estudio fueron las 14 necesidades, se identificaron las más alteradas y posteriormente

---

<sup>1</sup>Carreño Rodríguez, Adriana. Estudio de caso en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cadiológica. Vol. 19, Núm. 3. Septiembre-Diciembre 2011; 23-27.

se formularon los diagnósticos en el formato: problema, etiología, signos y síntomas (PES), así como etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se plantearon cuidados con base en las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular, instrumento en la aplicación del modelo de Virginia Henderson favoreció la identificación de necesidades reales y potenciales para mejorar la calidad de vida y la satisfacción de todas las necesidades estableciendo la priorización y aplicación de cuidados.

El estudio de caso de Mondragón, Adriana<sup>2</sup> fue enfocado a un adolescente de 14 años de edad con síndrome de delección 22q11 que presento alucinaciones, se encuentra basado teóricamente con el modelo de Virginia Henderson permite vislumbrar la vinculación teórico-práctica de la disciplina de enfermería; Su objetivo es desarrollar un plan de intervenciones de enfermería específico, oportuno y de calidad a un paciente que se encontró en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. El caso llevado a cabo mantuvo como variables las necesidades humanas alteradas; los datos clínicos obtenidos fueron identificados a través de una valoración, la cual permitió establecer el estado de salud, causas de dependencia, nivel de relación y un plan de cuidado enfermero orientado hacia la recuperación e integración. El cuidado de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, en el cual se considera al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir su independencia, es la piedra angular en la atención del paciente con síndrome de delección de la persona a su entorno social.

Oblitas, Ángeles<sup>3</sup>realizó un estudio de caso, para brindar los cuidados de enfermería a una niña en etapa escolar de 6 años, con influenza AH1N1, y con parálisis cerebral infantil (PCI) internada en el Hospital Nacional «Almanzor

---

<sup>2</sup>Mondragón, Adriana. Estudio de caso de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cadiológica. Vol. 18, Núm. 8. Septiembre-Diciembre 2010: 15-18.

<sup>3</sup>Oblitas, Ángeles. Estudio de caso en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista de enfermería Herediana 2010: 24-28.

Aguinaga Asenjo» de Chiclayo, Perú, en septiembre de 2009. El objetivo de este caso fue identificar los problemas o riesgos que afecten la salud de la escolar y planificar los cuidados respectivos.

Los materiales y métodos que se utilizaron fueron el proceso de cuidado de enfermería: la valoración, con instrumentos como la entrevista, la exploración física, la observación y la visita domiciliaria, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según Virginia Henderson. Se establecieron los problemas reales tales y potenciales. Posteriormente se planificaron los cuidados necesarios fomentando la conservación de la integridad tanto física, social, psicológica y espiritual de la persona. Los resultados fueron que los cuidados se brindaron en un 70% del total.

Martínez, Eneida<sup>4</sup> llevo a cabo el estudio de caso en el área de pediatría donde trato de un adolescente masculino de 13 años de edad. Para la atención de este caso tomó en cuenta la valoración global continua del estado independiente o dependiente del paciente. Se empleó la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración física general y focalizada a través de un instrumento de recolección de datos y mediante el método clínico se culminó en un plan de intervenciones de enfermería.

Según Virginia Henderson lograr la independencia de un individuo en forma continua (satisfacción de las 14 necesidades fundamentales) lleva al óptimo estado de salud, de no hacerlo, se presenta un estado de dependencia o enfermedad causado por diversos factores de riesgo. La atención de un paciente con desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur, (DECF), y con alteración en las fuentes de dificultad (falta de conocimiento, de fuerza y de voluntad), representa para la enfermera un reto importante. La labor de la enfermera asumir su responsabilidad para identificar los problemas, validar continuamente su función, perfeccionar los métodos que utiliza y reafirmar la efectividad de los cuidados de enfermería mediante el proceso de atención de enfermería, como el proceso de resolución de problemas.

---

<sup>4</sup>Martínez, Eneida. Caso clínico de un paciente con necesidad de moverse. Revista de enfermería del IMSS, No.15, 2010: 13-14

El objetivo principal de este trabajo fue identificar las necesidades básicas de un adolescente con la alteración en la necesidad de la movilidad, realizar un plan de intervenciones basado en diferentes tipos de diagnósticos de enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades básicas del adolescente, reconociendo las fuentes de dificultad que afectaron esas necesidades; además de proporcionar al adolescente orientación específica que contribuyen a lograr su independencia. Respecto al modelo de Virginia Henderson que se aplicó en este estudio de caso, conjuntamente con el proceso de atención de enfermería, se favoreció el análisis y reflexión sobre los cuidados que proporciona la enfermera.

Sánchez, Luis<sup>5</sup> realizó su estudio a un lactante mayor ubicado en el área de pediatría del hospital “Dr. Francisco Antonio Riskey” de Achaguas Estado Apure con un Dx: neumonía realizó a un paciente hospitalizado, tomó como modelo la propuesta de la teórica Virginia Henderson contempló la práctica de enfermería independiente de la medicina. Las personas podrían llegar a satisfacer sus necesidades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo esencial de este caso fue Aplicar el proceso de cuidado humano en sus cinco etapas. Como conclusión se obtuvo que el Proceso del Cuidado de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario. Cabe resaltar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el usuario, y, con el familiar del mismo, como fue el caso de este estudio.

---

<sup>5</sup>Sánchez, Luis. Caso clínico de un paciente con neumonía. Revista de enfermería del IMSS, vol. 9 2010: 16-18.

Díaz, Erika<sup>6</sup> realizó su estudio con el objetivo de identificar las necesidades básicas alteradas de un lactante menor con cardiopatía congénita. En cuanto a la metodología, se realizó la elección del lactante en el servicio de cardiotorax del Instituto Nacional de Pediatría (INP); solicitud del consentimiento informado de la madre; revisión bibliográfica extensa para la construcción del marco teórico; valoración de enfermería con el formato para evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años del INP; jerarquización de necesidades basada con el Modelo de Virginia Henderson, elaboración de diagnósticos enfermeros, planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería bajo el rigor ético pertinente, y la evaluación del resultado.

Oble, Perla María<sup>7</sup> baso su estudio de caso en un neonato sano durante su estancia hospitalaria en el área de alojamiento conjunto, al cual se le realizó un proceso de indagación para la integración de la teoría y la práctica. El proceso de enfermería sirvió para ayudar al individuo a alcanzar y mantener un nivel óptimo de función, sus objetivos están encaminados a la enseñanza para la salud, mantenimiento de la misma, prevención de la enfermedad, o provisión de la dignidad durante la muerte. La metodología se llevó a cabo con el Proceso enfermero Guía de valoración basada en modelo de Henderson. La fuente primaria se realizó con la entrevista a la madre, exploración física. La fuente secundaria fue el expediente clínico, bibliografía. Continuum Dependencia – Independencia, gráfica de Phaneuf Jerarquización de necesidades Estructuración de Diagnósticos de Enfermería que fueron conductas generadoras de salud para mantener su independencia.

---

<sup>6</sup>Díaz, Erika. Estudio de caso Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita Revista Mexicana de Enfermería Cadiológica. Vol. 19, Núm. 2. Mayo-Agosto 2011: 22-24.

<sup>7</sup>Oble, Perla María. Caso clínico a un neonato sano. Revista del Hospital General de México 2011. Recuperado en la pág. <http://www.authorstream.com/Presentation/OBLE-971617-presentaci-caso-clinico/> Noviembre 2012: 9-12.

Rivero, Wilmaris<sup>8</sup> aplicación del proceso de enfermería a paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda complicado con endocarditis infecciosa fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. El caso clínico consistió de un seguimiento que se realizó durante el mes de junio en el área de Pediatría III del hospital Dr. Jorge Lizárraga; durante su hospitalización se le proporcionaron cuidados propios del personal de Enfermería y médicos, dirigidos a mejorar sus condiciones de salud. El estudio fue un caso clínico, de diseño exploratorio, donde la muestra y la población estuvo conformada por un escolar masculino de 9 años de edad. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una historia de salud pediátrica estructurada por el examen físico, los patrones funcionales y la información obtenida por la madre del paciente. Al analizar los resultados, se pudo obtener que una buena aplicación del proceso de enfermería siguiendo cada una de sus etapas puede conllevar al mejoramiento de condiciones de salud de cualquier persona, no es solo el tratamiento médico lo que aporta mejoría a los seres humanos sino también el aporte científico que el personal de Enfermería ofrece.

González, Gabriela<sup>9</sup> elaboró un caso de una paciente del sexo femenino que se encontraba en el Hospital Central de Valencia. Para su elaboración se utilizó un instrumento, en este caso el proceso de gestión de cuidados de Enfermería y la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Para la realización de este estudio de caso clínico, se aplicaron las cinco etapas del proceso del cuidado de Enfermería. Se encuentra fundamentado por la teórica Virginia Henderson, el instrumento utilizado fue la historia de salud a través de la entrevista. Para la resolución del diagnóstico se realizaron acciones de interacción enfermera

---

<sup>8</sup>Rivero, Wilmaris. Caso clínico de leucemia, recuperado en Noviembre del 2012 disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-a-paciente-con-diagnostico-de-leucemia-linfoblastica-aguda-complicado-con-endocarditis-infecciosa-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>

<sup>9</sup>González, Gabriela. Caso clínico de Guillan Barre, recuperado en Noviembre del 2012 disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>

paciente-familiar, para valorar si existen fuentes de dificultad y las 14 necesidades.

Ferrer, Ángeles<sup>10</sup> enfocó su caso clínico en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera, C.H.J. Canalejo de A Corana teniendo como paciente a una niña de 11 meses hospitalizada con su madre; que ingresa por: estancamiento ponderal, cardiopatía congénita (Coartación de Aorta, Ductus arterioso, Comunicación interventricular) y Síndrome de Down. Valoración de la necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la Taxonomía NANDA y adaptados al programa informático de Gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta (GACELA).

El caso clínico de Hernández Tapia, Angélica<sup>11</sup> se realizó a un lactante menor de 2 meses, el propósito de este estudio de caso fue ayudar a una lactante menor utilizando el modelo de las necesidades en conjunto con el proceso enfermero para disminuir su dependencia en la necesidad de movimiento y postura; valorando de forma exhaustiva y focalizada; se obtuvieron datos subjetivos y objetivos que llevaron a la elaboración del diagnóstico enfermero apoyándose de la taxonomía NANDA, y la taxonomía NIC para la elaboración del plan de intervenciones. Los indicios encontrados en la bibliografía demuestran que el proceso enfermero en conjunto con la propuesta de las necesidades contribuye a mejorar la calidad de los cuidados de enfermería hacia los pacientes y su familia, tal como se evidenció en este estudio de caso. El poner en práctica todo el conjunto de elementos demostró que es factible la aplicación del modelo de las necesidades en el área de enfermería Infantil, favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades.

---

<sup>10</sup>Ferrer, Ángeles. Caso clínico de Síndrome de Down recuperado en Noviembre del 2012 disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>, Hospital Teresa Herrera.

<sup>11</sup>Hernández Tapia, Angélica. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Rev. CONAMED 2011; 16 supl 1:S34-S40: 23-26.

Hernández, Sanmiguel<sup>12</sup>presento su estudio de caso que se aplicó a un preescolar de 2 años y 9 meses, sexo masculino, quien ingreso a la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” del Estado Carabobo, Venezuela; presentando días con hipertermia y dolor en miembro inferior derecho, con lesión de 5cms a nivel del muslo. El objetivo fue aplicar el proceso de Enfermería a preescolar y su núcleo familiar con diagnóstico de Rabdomiosarcoma Embrionario en Miembro Inferior Derecho a Nivel del Muslo, basados en la Teoría de Virginia Henderson, con una metodología de tipo descriptiva y cualitativa utilizando la historia pediátrica, valoración de Enfermería, examen físico, diagnóstico y tratamiento. El paciente evoluciono, al tratamiento quimioestático administrado, logrando los criterios de Enfermería presentados en los diagnósticos prioritarios, obteniéndose una mejoría del preescolar, la educación al grupo familiar y la realización de los cuidados en el hogar. Actualmente el paciente fue intervenido quirúrgicamente removiendo el tumor que presentaba en su ingreso, durante su evolución padeció dolores constantes en el miembro por lo cual se administró analgésicos bajo prescripción médica, ameritando 10 días de hospitalización evolucionando satisfactoriamente.

Puig-Plana María Pilar<sup>13</sup> con el caso de un niño de tres años de edad que vive con sus padres y una hermana de nueve meses de edad. El niño manifestó cambios de conducta característicos de los celos, como rebeldía, agresividad e hiperactividad. El malestar psicomotor del hermano conlleva una predisposición a accidentes para la niña y una preocupación por la convivencia familiar por parte de los padres. En este caso se propone la intervención enfermera al grupo familiar a partir del hermano mayor y los padres mediante el desarrollo de la planificación de los cuidados basada en el modelo teórico de las necesidades de Virginia Henderson. La finalidad de la intervención enfermera delante de los celos del niño fue guiar la modificación de las conductas y asegurar el

---

<sup>12</sup>Hernández, Sanmiguel. Caso clínico de rabdiomiosarcoma recuperado en Diciembre del 2012 disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>

<sup>13</sup>Puig-Plana María Pilar. Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. Enfermería clínica. Vol. 20. Elsevier, Doyma 2010: 18-21.

restablecimiento a la normalidad en el grupo y un entorno familiar de convivencia saludable y seguro para todos ellos.

Zapatero Gatón, Gonzalo<sup>14</sup> realizó su plan de cuidados a un niño de 6 años de edad, diagnosticado de hipospadias medio, que ingresó en la Unidad de Cirugía Pediátrica para practicarle la técnica «Colgajo prepucial vascularizado en isla de doble cara» y corregir su patología. Se llevó a cabo mediante la respuesta al plan de cuidados de enfermería protocolizado en la Unidad. Se utilizó la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para los diagnósticos de enfermería (Clasificación 2003-2004) y se ha codificado con las Clasificaciones de Intervenciones y Resultados de Enfermería. Basados en la teórica Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

Se evidencia que una actuación de enfermería planificada en función de las necesidades consigue una evolución adecuada y evita la aparición de complicaciones a corto y largo plazo, tanto físicas como mentales en niños con hipospadias.

Fernández, Alonso<sup>15</sup> en su caso clínico describe las intervenciones de enfermería que se realizan al salir de la intervención quirúrgica y durante las primeras horas de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El modelo conceptual elegido es el de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se utiliza la clasificación de diagnósticos de Enfermería de la North American Nurses Association (NANDA) la Clasificación de resultados de enfermería e intervenciones de la Universidad de Iowa (Nurses Outcomes Classification (NOC) y Nurses Incomes Classification (NIC), respectivamente).

Los conocimientos necesarios para los cuidados de enfermería tienen que contemplar a la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social. Enmarcados en un modelo conceptual que organice toda la información

---

<sup>14</sup>Zapatero Gatón, Gonzalo. Casos clínico recuperado en Diciembre del 2012 disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/urología/plandecuidados>

<sup>15</sup>Fernández, Alonso. Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita. Rev. Enfermería en Cardiología No.44/2º cuatrimestre 2008: 25-27.

recogida, nos marque la filosofía y establezca líneas de acción, en el contexto del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) como método científico que sistematice el trabajo y lleve a la práctica el modelo elegido. Es necesario mantener unas relaciones interpersonales además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con el paciente y/o familia.

## **1.2 Marco conceptual**

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería.

Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina.<sup>16</sup>

### **Teoría de Virginia Henderson**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. El modelo de Virginia Henderson pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital.

Henderson definió enfermería: “La única función de la enfermera consiste en ayudar a individuos sanos o enfermos, a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a una muerte tranquila, estas actividades las llevaría a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, y la ayuda de la enfermera es dada para que se facilite la consecución de su independencia lo antes posible”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Marriner-Torney. Modelos y Teorías de enfermería. Madrid España. Mosby-Doyma. 1994, pp 305.

<sup>17</sup> Fernández, Ferrin Carmen, et al. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el S.XXI. Edit. Masson. Barcelona, 1998, pp 130-136.

\* Los conceptos básicos de su teoría son:

- La **enfermería**: “la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevaría a cabo si ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.<sup>18</sup>

-**Entorno**: lo menciona como algo estático que puede estar influenciado de forma positiva o negativa sobre el individuo y además el entorno está ligado sobre el impacto del usuario y la enfermera.

-**Persona**: individuo que necesita ayuda para recuperar su independencia o en determinado momento ayudarlo a una muerte tranquila.

-**Salud**: compara la salud con la independencia, y la capacidad de un individuo para tener equilibradas 14 necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

---

<sup>18</sup> Henderson-Nite. Enfermería teórica y práctica. El papel de la enfermera en la atención del paciente. Vol. 1. La prensa médica. Barcelona, 1987, pp 30-31.

La intervención de la enfermera es en las áreas de dependencia, mencionadas como fuentes de dificultad, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

La fuerza es la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.<sup>19</sup>

El conocimiento es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

La voluntad es el compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

La independencia es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

La dependencia la describe como un desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

### **Independencia**

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Esta es una de las características importantes que impiden la práctica rutinaria, ya que será la enfermera (de acuerdo con sus conocimientos y experiencia) y el usuario en base a sus capacidades y la experiencia vivida quienes decidirán en cada caso si ésta ha alcanzado o no el óptimo desarrollo de su potencial.

### **Dependencia**

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

---

<sup>19</sup> Phaneuf, Margot. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. McGraw-Hill, Barcelona-España, 1993, pp 26-35.

### **Independencia en el niño**

Es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.<sup>20</sup>

### **Dependencia en el niño**

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

### **Continuum independencia-dependencia**

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante. 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 de la persona. La dependencia se instala en el momento en el que la persona debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por tanto, es importante evaluar la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades.

Estos niveles se enuncian así:

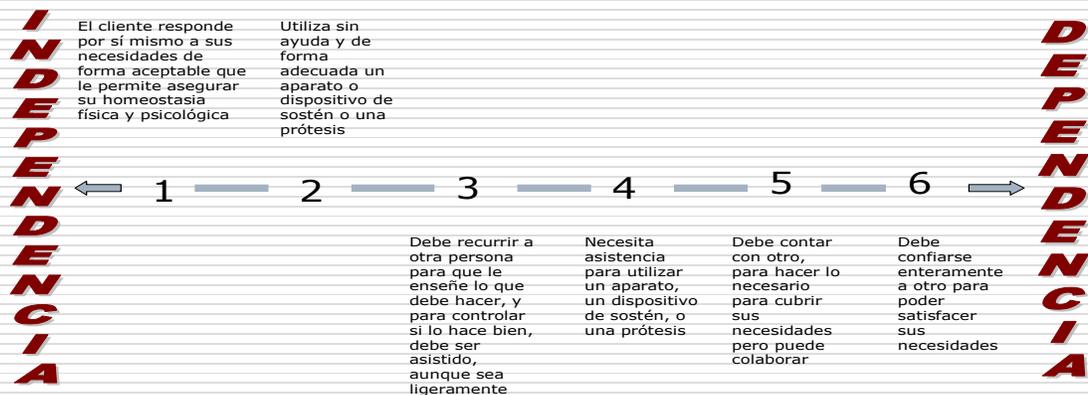
1. La persona es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permita la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza –sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o de prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y, de este modo, lograr satisfacer sus necesidades.

---

<sup>20</sup> ídem. Pág. 31.

3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona; porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.<sup>21</sup>

## Continuum independencia – dependencia



Tomado de Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-McGraw Hill, p 31

### RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA.

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

<sup>21</sup> ídem. Pág. 31



-Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Moverse y mantener una postura adecuada. Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

-Enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio, planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física Enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar: Reposo de las células del organismo para su regeneración.

-Enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

-Enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal. La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 37°C.<sup>23</sup>

-Enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de

---

<sup>23</sup> Ídem. Pág. 30

alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal.

-Enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene.

9. Evitar los peligros del entorno: protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

-Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con los demás. Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

-Enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Creencias y religión.

-Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Trabajo y autorrealización. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

-Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Recreación y ocio. Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

-Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; e enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Aprender. Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ídem. Pág. 32.

-Enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos <sup>25</sup>

### **Relaciones de la enfermera con otros profesionales**

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

1. La enfermera como sustituta de la persona. En estado de enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un <<sustituto de las carencias de la persona para ser “completo”, “íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento>>.
2. La enfermera como auxiliar de la persona. Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre a la persona para que adquiera o recupere su independencia.
3. Como compañera y orientadora de la persona. La enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia.

Relación enfermera-médico: Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial diferente a la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico.

La enfermera como miembro del equipo sanitario: la enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe realizar las tareas ajenas.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Ídem. Pág. 15

<sup>26</sup> Marriner T. Op Cit. Pág. 102

## **Supuestos principales**

### **Enfermería**

-Una 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.

Una enfermera debe tener nociones de biología como de sociología.

-Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.

-Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

### **Persona (paciente)**

-Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.

-El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.

-El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.

-El paciente y su familia constituyen una unidad.

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

### **Salud**

-La salud es la calidad de vida.

-La salud es fundamental para el funcionamiento humano.

-La salud requiere 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 fuerza, voluntad o el conocimiento necesarios.

### **Entorno**

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

-Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

-las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Ídem. Pág. 104

-Las enfermeras deben reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos 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 conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.<sup>28</sup>

### Postulados

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

-Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

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

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

### Valores

Los valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson son:

-La enfermera tiene funciones que le son propias.

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

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

Afirmaciones teóricas<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Ídem. Pág. 104

<sup>29</sup> Phaneuf, Margot. Óp. Cit. Pág. 63

### 1.3 Proceso de Atención de Enfermería

Proceso de Atención según Virginia Henderson

Definición

Para Virginia Henderson tiene un sentido filosófico, es el método ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.<sup>30</sup>

“El PAE es la aplicación de la resolución científica de problemas, a los cuidados de enfermería”<sup>31</sup>.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, es proceso tiene como características ser sistemático, organizado, metodológico y con fundamentación científica.

#### ETAPAS DEL PROCESO

**VALORACIÓN:** Es la base de todas las fases siguientes, su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, se evalúa a los pacientes a partir de cada uno de las 14 necesidades.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.<sup>32</sup>

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se debe tener en cuenta:

---

<sup>30</sup>Iyer P, Taptich B, Bernocchy-Losey D. El proceso de Diagnóstico y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México: MC Graw-Hill; 1997, pp 13.

<sup>31</sup>Fernandez, Ferrin Op Cit pag 30

<sup>32</sup> Sánchez, G. La teoría de Virginia Henderson. Recuperado el 16 de Octubre del 2012 disponible en <http://es.scribd.com/doc/14172257/Teoria-de-Virginia-Henderson>.

- Confirmar los problemas de salud detectados.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

#### TIPOS DE VALORACIÓN:

- Valoración inicial: realizada posterior al ingreso d un paciente. Cuyo propósito es establecer una base de datos, para identificar el problema y las referencias.
- Valoración focalizada: proceso progresivo, integrado durante los cuidados enfermeros.
- Valoración urgente: Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente.

#### MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

A) Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

**Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.<sup>33</sup>

**Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico,

---

<sup>33</sup> Iyer P. Op. Cit. pag 13

información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

**Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.<sup>34</sup>

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma,

---

<sup>34</sup> Ídem. Pág. 13

textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

### **Fuentes de datos**

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias. El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ídem Pág. 13

Los datos a recabar son:

- **datos subjetivos** : No se pueden medir y son propios de paciente . Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

- **datos objetivos** : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial ) .

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

- **datos actuales** : son datos sobre el problema de salud actual .

DIAGNÓSTICO: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales.

Un diagnóstico real de enfermería es un problema de salud que las enfermeras pueden tratar de forma legal independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo <sup>36</sup>

Para Henderson es un problema de dependencia, comprende, el análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes. <sup>37</sup>

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Para la estructuración de los diagnósticos existen dos formas; una de ellas es el formato PES propuesto por Gordon y la otra propuesta por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros. (NANDA)

Dentro de los diagnósticos de enfermería se encuentran:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes:

---

<sup>36</sup> Alfaro-Lefevre, el pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico. Masson, 1996, pp 134.

<sup>37</sup> Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. España, Edit. Mosby, 2003, pp 145.

enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

La taxonomía de la NANDA surgió en 1973 la importancia de utilizar las etiquetas diagnósticas radica en el beneficio al cuidado de los pacientes una mejor planeación de cuidados y consistencia, y mejora la comunicación, Mejora la organización clínica y la gestión de riesgo y demuestra el compromiso de aumentar la teoría, la práctica y la función de enfermería.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. España: ELSEVIER; 2008, pp19

La taxonomía se encuentra de la siguiente manera:

## DESARROLLO DE LA TAXONOMÍA II<sup>39</sup>

13 dominios

46 Clases

106 Conceptos diagnósticos

155 Diagnósticos

## ESTRUCTURA DE LA TAXONOMÍA II

### FORMA MULTIAXIAL. FLEXIBILIZA LA NOMENCLATURA

- Permite hacer adiciones y modificaciones
- Facilita la inclusión informática

Para la formulación y descripción diagnóstica, tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.-Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.-Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los errores frecuentes en la elaboración de diagnósticos son utilizar los diagnósticos médicos como etiología, al igual que no colocar los factores relacionados y las manifestaciones acordes al diagnóstico.

---

<sup>39</sup> Ídem. Pág. 31

Las normas que se utilizan para la elaboración de diagnósticos son:

-se elaboran a partir de problemas de salud, actitudes positivas o capacidades del individuo.

-Se relacionan una o varias causas.

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal  
Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Regla para la formulación de diagnósticos

Diagnóstico real. Enunciar el problema o lo positivo, enunciar la etiología o causa, utilizar la palabra relacionado, si se logran identificar signos y síntomas se agregan.

Diagnóstico potencial. Enunciar el problema o lo positivo, enunciar la etiología o causa.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Capenito L. Manual de Diagnósticos de enfermería. Madrid-España, Interamericana. McGraw-Hill, 1993; pp 108.

## NORMAS PARA LA REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

Los lineamientos que siguen se proporcionan para ayudar a las enfermeras en la redacción o validación de una declaración de las relaciones o fortalezas de la salud del paciente. Estos lineamientos no son pasos secuenciales, si no que se presentan de acuerdo con los tipos de respuestas del paciente, con formato y validación. Los lineamientos se discuten en términos de tipos de problemas del paciente, entre las cuales se incluyen: real y reconocida, real y no reconocida potencial, posible y fortalezas.

1. El diagnóstico de Enfermería es una declaración de un problema real o potencial de salud.

En vez de establecer el diagnóstico de Enfermería del individuo como “necesidad de sexo” ó “necesidad de fluidos”, podría establecerse como “disfunción sexual” relacionada con los efectos de la “medicación” ó “estado de debilidad y deficiencia en el volumen de fluidos en relación con la diferencia en el auto cuidado de alimentación”.

a) El diagnóstico de Enfermería es una declaración de un problema real del paciente (reconocida). Se producen como resultado de un diagnóstico médico, una situación o una condición. Los problemas se establecen en términos de la respuesta del paciente a estos factores y pueden expresarse como un agente estresante.

b) El diagnóstico de Enfermería es una declaración de un problema real del paciente (no reconocida). Los problemas reales (no reconocidas) son condiciones existentes que identifica la enfermera pero que el paciente no reconoce.

c) El diagnóstico de Enfermería es una declaración de un problema potencial del paciente. Los problemas potenciales son aquellos que son de alto riesgo o probabilidad. Los enunciados de diagnóstico de Enfermería potenciales son usualmente enunciados de dos partes en las que los factores de riesgo reemplazan la etiología.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Gordon. Óp. Cit. Pág. 30

d) El diagnóstico de Enfermería es una declaración de un problema posible del paciente. Es aquel que no ha sido verificado o validado. La enfermera sospecha o tiene una fuerte corazonada de que un problema puede estar presente, pero necesita datos adicionales para desechar o confirmar su viabilidad. Esto es similar a una hipótesis que quiere ser o no aceptada; es la impresión de la enfermera basada en su experiencia previa y en un “conocimiento interno”.

e) Los diagnósticos de Enfermería son enunciados de las fortalezas del paciente. Si el paciente, con o sin diagnóstico médico, se adapta y funciona en forma adecuada, sin preocupaciones percibidas, entonces los diagnósticos de Enfermería es una conclusión que puede establecerse en forma positiva (al contrario de lo que ocurre con la declaración de una preocupación o un problema).

#### CONCEPCIONES ERRÓNEAS DE LO QUE NO SON LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

La lista de concepciones erróneas empieza con uno de los problemas más comunes en la aceptación del término diagnóstico de enfermería, la mala interpretación debida a la confusión con el término diagnóstico médico.

Los diagnósticos de Enfermería no son diagnósticos Médicos:

Los diagnósticos médicos describen una enfermedad o un síndrome, los diagnósticos de Enfermería describen los efectos de los síntomas y la condición patológica sobre las actividades y estilo de vida del paciente.

El diagnóstico de Enfermería no es la prueba diagnóstica:

Los diagnósticos de Enfermería reflejan los efectos específicos de una prueba diagnóstica sobre el paciente.

El diagnóstico de Enfermería no es el diagnóstico Médico o quirúrgico.

Refleja la respuesta del paciente al tratamiento. Las posibles respuestas del paciente son: miedo, ansiedad (anticipada), alteración de la imagen corporal, depresión y desesperanza.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Ídem. Pág. 31

□ El diagnóstico de Enfermería no es sólo una etiqueta conceptual: Etiquetas tales como “obesidad”, “inmovilización y “estreñimiento” son demasiado generales y no definen la conexión específica ni muestran las relaciones necesarias para desarrollar órdenes significativas individualizadas de Enfermería.

□ El diagnóstico de Enfermería no es una declaración del problema de la enfermera con el paciente:

El problema del personal de la salud con el paciente debe ser diferenciado de la situación del paciente y su patrón de adaptación, el diagnóstico de Enfermería es el enunciado de la respuesta del paciente a la hospitalización o a una situación, incluyendo la etiología si se conoce.

□ El diagnóstico de Enfermería no es una meta de Enfermería:

Las metas de Enfermería son declaraciones de lo que la enfermera debe hacer por el paciente.

□ El diagnóstico de Enfermería no es un simple síntoma:

Consta de dos o más características definitorias y, en algunos casos, debe incluir elementos críticos particulares.

La Enfermería como cualquier otra profesión deberá combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos. Pero no sólo entran en juego estos factores, aunque de ellos dependa en gran parte toda la elaboración de un diagnóstico; también tendremos que saber conjugar una buena aptitud para reunir datos y una capacidad intelectual adecuada. Todos estos factores junto con nuestra filosofía personal, el marco conceptual de la profesión y una experiencia cada vez mayor definirán nuestra capacidad para la elaboración de diagnósticos.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Ídem. Pág. 31

## ERRORES POTENCIALES EN LA REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### INVERSIÓN DE LAS CLÁUSULAS.

La inversión de las partes causa dificultad en la comunicación y la planeación, debido a que la etiología es la base de la intervención de enfermería para modificar o aliviar la respuesta.

### REESTABLECER LA RESPUESTA EN LA ETIOLOGÍA.

No debe decirse la misma cosa en ambas partes de la declaración diagnóstica.

### INCLUIR MÁS DE UNA RELACIÓN EN LA CLÁUSULA DESCRIPTIVA.

Algunas veces, más de una relación real o potencial puede estar relacionada con la misma etiología. Sin embargo, ya que las consecuencias son diferentes para cada relación, es necesario escribir cada una de ellas por separado.

### INCLUIR JUICIOS DE VALORES EN LA DECLARACIÓN.

Las declaraciones también deben quedar libres de tendencias y no reflejar los juicios de valores de la enfermera. El juicio de valores incluye palabras como pobre, bueno, malo y no saludable.

### ESTABLECER LA MISMA RESPUESTA VARIAS VECES CUANDO HAY MÁS DE UNA ETIOLOGÍA PARA UNA RESPUESTA.

Usualmente, las relaciones con la salud del paciente son complejas y pueden deducirse con más de un factor etiológico. En otras palabras, varios factores pueden contribuir a una respuesta.

### ELABORAR UNA DECLARACIÓN LEGALMENTE NO ACONSEJABLE.

Una manera de evitar hacer una declaración legalmente no aconsejable consiste en usar la frase “relacionado (a) con” en vez de “debido (a) a” o “como resultado de” cuando se une la respuesta a la etiología.

Validación de la información

Revalorar al usuario

Comparar datos objetivos y subjetivos

Consultar al familiar y otros miembros del equipo de salud

Otra persona recolecte los datos

Registro de la información

Los objetivos son:

Establecer un mecanismo de comunicación

Facilita la prestación de la asistencia

Proporciona mecanismos para la evaluación

Registro legal de la asistencia

Proporciona una base para investigación

La organización de la información se da en grupos lógicos y prácticos.

Directrices

Anotar en forma objetiva, sin sesgos, juicios de valor ni opiniones personales

Incluir información completa del paciente

Evitar generalizaciones y términos como “bueno”, “normal”, etc.

Escribir de forma legible y tinta indeleble

No manipular el registro

Evitar dejar espacios en blanco

Anotar siempre fecha y hora del registro.<sup>44</sup>

**PLANIFICACIÓN:** Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de Enfermería.

El plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

La fecha.

El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.

Especificación de quién (sujeto).

Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto

Las modificaciones a un tratamiento estándar

La firma

---

<sup>44</sup> Gordon. Óp. Cit. Pág. 30

## Etapas de la planeación

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

Los tipos de prioridad son tres: alto riesgo (que pone en riesgo la vida del paciente), mediano riesgo (que no pone en riesgo la vida del paciente) y bajo riesgo (que se convierte en un riesgo para el paciente)

-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. <sup>45</sup>

## REDACCIÓN DE OBJETIVOS

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta

---

<sup>45</sup> Iyer P. Óp. Cit. Pág. 26

propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables (“que” y “hasta qué grado”), realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.

En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Los objetivos de Enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.<sup>46</sup>

## OBJETIVOS CENTRADOS EN EL CLIENTE

Los objetivos centrados en los clientes se fijan en los resultados deseados del tratamiento, los beneficios que el cliente obtiene de los cuidados enfermeros.

Objetivos e indicadores: El objetivo describe lo que usted espera observar en el cliente que demostrara que se ha beneficiado de los cuidados enfermeros.

---

<sup>46</sup> Ídem. Pág. 26

## COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS:

Sujeto: Quién se espera que alcance el resultado.

Verbo: Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo.

Condición: En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción.

Criterios de ejecución: En qué grado va a realizar la acción.

Momentos para lograrlo: Cuando se espera que esa persona sea capaz de hacerlo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio <sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Alfaro. Óp. cit pág. 35

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

TIPOS DE PLANEACIÓN	VENTAJAS
Individualizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones</li> </ul>
Estandarizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente.</li> <li>■ Son útiles en la enseñanza del profesional no familiarizado con los diagnósticos médicos</li> </ul>
Computarizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aumentan el potencial de documentación exacta y completa.</li> <li>■ La preparación del plan exige menos tiempo que el escrito a mano</li> <li>■ Se leen fácilmente</li> <li>■ El plan se realiza en la unidad del paciente</li> <li>■ Se facilita la actualización frecuente</li> </ul>
Multidisciplinarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La asistencia del paciente esta reforzada por la comunicación cuando varias disciplinas comparten puntos de vista</li> </ul>

FUENTE: Sánchez. Tipos de planeación. Recuperado en Diciembre del 2012 en la página <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Existen tres tipos de intervenciones: Independientes (son efectuadas por el personal de enfermería sin necesidad de indicaciones médicas) dependientes (acciones que dependen de una indicación escrita) e interdependientes (se efectúan en conjunto con el personal multidisciplinario).

Se puede tomar de guía la taxonomía NIC

Las intervenciones deben estar dirigidas a alterar los factores etiológicos asociados con el diagnóstico, no siempre es posible cambiar los factores etiológicos y cuando se puede es necesario tratar los signos y síntomas.

Para los diagnósticos de riesgo la intervención va dirigida a modificar o eliminar los factores de riesgo.

Los elementos de las intervenciones son las siguientes:

- Nombre o etiqueta

- Definición

- Grupo de actividad para realizar la intervención.

El contenido de la taxonomía NIC es el siguiente:

- primera parte. Elaboración y uso de la clasificación. Introducción a la Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). Desarrollo, verificación e implementación de la NIC 1987-2007.

- Segunda parte: taxonomía de las intervenciones de enfermería

- Tercera parte: clasificación.

- Cuarta parte: intervenciones centrales según especialidad de enfermería.

- Quinta parte: Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC.

- Sexta parte: Apéndices. Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la cuarta edición. Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada. Momentos destacados: Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Llamamiento a revisores expertos: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Publicaciones seleccionadas. Abreviaturas.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Clasificación de intervenciones NIC. 5ta ed. Edit. Elsevier, 2008

## DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de Enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de Enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Deben estar escritos por Enfermeras tituladas, ser iniciado después de la primera interacción con el paciente, fácilmente accesible y actual.

**EJECUCIÓN:** "Es el comienzo del plan de cuidados de Enfermería para conseguir objetivos concretos"<sup>49</sup>

"Es la cuarta etapa del proceso de cuidados en el curso del cual se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos"<sup>50</sup>

La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

---

<sup>49</sup>Iyer P, Op. Cit. Pág. 14

<sup>50</sup>Gordon Op. Cit. Pág. 30

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación
2. Intervención
3. Documentación

#### Etapa 1: Preparación

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

-Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido

Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.

-Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.

-Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente.

-Proporcionar los recursos necesarios

En el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Iyer P, Op. Cit. Pág 26

-Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

- Bienestar. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Entre las preocupaciones físicas se encuentran el entorno inmediato, intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura.

- Seguridad.

Grado de movilidad. El grado de movilidad del cliente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas como la tracción o las escayolas o por la necesidad de conservar la energía o el equilibrio.

Déficits sensoriales. El cliente que tiene una disminución de la percepción visual, auditiva, olfativa o táctil puede presentar riesgo de lesión.

## Etapa 2: Intervención

1. Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás.

2. Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C., el acicalamiento, el vestido la alimentación y la deambulaci3n son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atenci3n de enfermer3a porque existe alg3n problema que interfiere con su capacidad de cuidar de s3 mismos.

3. Supervisi3n del trabajo de otros miembros del equipo de enfermer3a. Como coordinador del equipo de enfermer3a, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestaci3n de los cuidados de enfermer3a.

4. Comunicaci3n con otros miembros del equipo de atenci3n sanitaria. El profesional de enfermer3a titulado es responsable de coordinar la atenci3n del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Ídem. Pág. 26

5.Educación. El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.

6.Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Etapa 3: Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

-Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

-Dar los informes verbales de enfermería,

-Mantener el plan de cuidados actualizado. <sup>53</sup>

## SISTEMA DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

### DEPARTAMENTOS

“Sirven para designar a las unidades de estructuración, que responden a diversos criterios y que tratan de agrupar las actividades y las personas sobre los que un determinado responsable ejerce la autoridad”

Criterios para la departamentalización

- Por número de personas.

- Por tiempo y horario.

- Por área funcional.

- Por especialidades.

### ORGANIGRAMA

“Representación gráfica y en forma esquemática de una organización y su estructura especialmente en la forma de relacionarse los departamentos a lo largo de las líneas de autoridad” .<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Iyer P. Op Cit pag 26

<sup>54</sup> R. Blasco. Administración y servicios de enfermería. Universitat de Barcelona Campus de Bellvitge. 2010, pp 58.

Tipos de organigramas.

\* Jerárquico (van en escala, jefe superior y debajo escalones de mando).

\* Staff (en la cúpula hay más gente, asesores y staff directivo).

\* Matricial (combinación del jerárquico y staff. Es más lineal, no hay pirámide).

## SISTEMATIZACIÓN = IGUALAR

“Establecimiento del conjunto de normas, protocolos y procedimientos que señalan los modos de trabajo más adecuados para el desarrollo del plan”

## SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS

Funcional:

Diferentes miembros del equipo realizan las tareas a un mismo paciente. El foco de atención son las tareas, no el paciente.

Ventajas:

- Clara determinación de las tareas.
- Se adquiere una elevada destreza.
- Sistema más económico.
- Precisa menor tiempo de adiestramiento.

Inconvenientes:

- No atención integral.
- Dificil relación enfermera/paciente.
- No satisfacción paciente/enfermera.
- No planificación de cuidados.
- Dificil cumplimentar registros.

Enfermería por pacientes:

Asignación de un número determinado de pacientes a una enfermera.

Ventajas:

- Favorece la atención integral.
- Posibilita la comunicación entre equipo paciente/familia.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Ídem. Pág. 47

- Continuidad de cuidados.
- Aumenta la satisfacción del paciente y de la enfermera.

Enfermería por equipos:

Los pacientes se asignan a un equipo formado por enfermera y auxiliar, pudiendo variar el número de componentes del equipo según la dotación de personal de cada unidad.

Ventajas:

- Utiliza al máximo los recursos.
- Fomenta el intercambio de opiniones.
- Propicia el cuidado integral.

Inconvenientes:

- Hace imprescindible el reconocimiento del líder del equipo.
- Puede generar aumento de personal.

Enfermería primaria:

Asignación de toda la responsabilidad del cuidado de un paciente a una enfermera, durante todo el periodo de hospitalización. Cuando la enfermera primaria no está presente es una enfermera asociada o colaboradora quién se encarga de asegurar la continuidad de cuidados.

Ventajas:

- Asegura la integridad y continuidad del cuidado.
- Vincula al paciente a su enfermera.

Inconvenientes:

- Puede presentar una no aceptación de responsabilidad.
- Imprescindible alto nivel de conocimientos.

Enfermería clínica:<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Ídem. Pág. 47

Profesionales, que por sus conocimientos, habilidades y experiencia se les considera expertos en unos cuidados concretos, siendo tanto el puesto que ocupan como el ámbito de responsabilidad distinto de unos centros a otros.

Enfermería por programas:

Cuando una institución organiza su trabajo por programas y pone una enfermera al frente del mismo por su experiencia y conocimientos del tema, se le denomina “Enfermera por programas”.

Programa: “Conjunto de actividades integradas de promoción, prevención y recuperación, destinadas a grupos específicos de personas o al medio, de forma que se logran los objetivos de salud establecidos, en plazos determinados”<sup>57</sup>.

Gestión de casos:

Es el sistema clínico que se centra en la responsabilidad de un individuo para la coordinación del cuidado que recibe el paciente durante un episodio o una continuidad de cuidados. Negociando, procurando y coordinando los servicios y recursos precisos para el paciente y familia.

**EVALUACIÓN:** Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente. Al final del Proceso compara el estado de salud del paciente.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Idem. Pag. 47

<sup>58</sup> Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986, pp 46.

El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Existen metaparadigmas descritos de la siguiente manera:

Entorno: lo menciona como algo estático que puede estar influenciado de forma positiva o negativa sobre el individuo y además el entorno está ligado sobre el impacto del usuario y la enfermera.

Persona: individuo que necesita ayuda para recuperar su independencia o en determinado momento ayudarlo a una muerte tranquila.

Salud: compara la salud con la independencia, y la capacidad de un individuo para tener equilibradas 14 necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.<sup>59</sup>

Los resultados deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones para dirigir estas hacia la consecución de resultados. Cada resultado representa un concepto que se utiliza para evaluar el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad y los efectos de las intervenciones enfermera, por lo cual la taxonomía NOC sirve de guía para la elaboración de resultados

Los elementos de los resultados son:

-Nombre de identificación y código.

-Dominio y clase en el que está clasificado y la escala de medida.

-Definición breve y concisa.

-Relación de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o comunidad con la escala tipo Likert de cinco puntos.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Ídem. Pág. 50

<sup>60</sup> Clasificación de Resultados de enfermería NOC, 4ta ed. Edit Elsevier. 2008.

La clasificación de la taxonomía NOC es la siguiente:

-primera parte: clasificación de resultados de enfermería: desarrollo, perfeccionamiento y uso en la práctica, investigación y enseñanza. Desarrollo e importancia de los resultados. Clasificación actual. Uso de la NOC en entornos clínicos. Uso de la Noc en enseñanza e investigación.

-Segunda parte: Taxonomia NOC

-Tercera parte: Resultados

-Cuarta parte: Relaciones NOC-patrones funcionales de salud. Elaciones NOC-NANDA internacional.

-Quinta parte: Resultados centrales según especialidades de enfermería.

-Sexta parte: Apéndices. Apéndice A. Resultados: nuevos, revisados, eliminados desde la tercera edición. Apéndice B. Guías para sugerir un resultado nuevo o revisado. Apéndice C. Publicaciones seleccionadas. Apéndice D. Cronología y momentos destacados de la clasificación de resultados de enfermería. Índice alfabético.<sup>61</sup>

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>62</sup>

En los siguientes cuadros se encuentran las formas y los métodos de evaluación utilizadas.

---

<sup>61</sup> Idem. Pág. 50

<sup>62</sup> Idem. Pág. 51

## Formas de evaluación

FORMAS DE EVALUACIÓN	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
PROPÓSITO	Mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente	Mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso	Mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermera
INSTRUMENTOS O MEDIOS	Comisión de la junta sobre hospitales Auditoria	Escala de clasificación de competencia de Enfermería. Escala de calidad de los cuidados de Enfermería	Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento
FUENTES DE DATOS	Manuales de procedimientos enunciados de la política institucional. Planes de atención. Programas de servicio Niveles educativos del personal Instalaciones y equipo disponibles	CONCURRENTE La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades RETROSPECTIVO Gráficas de procedimientos, como los signos vitales	CONCURRENTE El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas, y mejoría en el estado de salud. RETROSPECTIVO Cambios de conducta, destrezas y conocimientos del paciente

Fuente: Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986.

## Métodos de evaluación

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA	PROCESO	RESULTADO
CONCURRENTE	<p>PACIENTE: Preguntarle sobre las acciones realizadas por la enfermera.</p> <p>ENFERMERA: Observar a la enfermeras al proporcionar cuidados, y enseñar.</p> <p>GRAFICA: Ver hoja de evolución, planes y evaluación mientras estuvo el paciente en servicio</p>	<p>PACIENTE: Observar los cambios del paciente a través de conocimientos y destrezas y estado fisiológico</p>
RETROSPECTIVO	<p>GRAFICA: Buscar datos que documenten acciones de enfermería, planes de enfermería, objetivos, metas, medicamentos administrados y enseñanza realizada después que el paciente ha sido dado de alta.</p>	<p>GRAFICA: Buscar datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Cambios fisiológicos y conductas psicológicas, después que el paciente ha sido dado de alta</p>

Fuente: Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986.

## 1.4 Consideraciones éticas

La ética es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir.<sup>63</sup>

La palabra ética proviene del latín *ethicus*, y este del griego antiguo ἠθικός, o transcrito a nuestro alfabeto, "êthicos". Es preciso diferenciar al "êthos", que significa "carácter", del "ethos", que significa "costumbre", pues "ética" se sigue de aquel sentido y no es éste.<sup>2</sup> Desconocer tal diferencia deriva en la confusión de "ética" y "moral", pues esta última nace de la voz latina "mos, moris", que significa costumbre, es decir, lo mismo que "ethos". Si bien algunos sostienen la equivalencia de ambas doctrinas en lo que a su objeto respecta, es crucial saber que se fundamentan en conceptos muy distintos.

La Bioética es la rama de la ética que aspira a proveerlos principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego bios y ethos: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana y no humana (animales, naturaleza).<sup>64</sup>

### PRINCIPIOS ÉTICOS FUNDAMENTALES

En el campo de la Enfermería, se ha producido un proceso e formulación de códigos de la práctica profesional y de la afirmación de valores fundamentales y principios éticos. Así, en 1953 el Consejo Internacional de Enfermeras formuló el "Código para Enfermeras", ejemplo que siguieron diversas asociaciones nacionales, como, entre otras, la Asociación de Enfermeras Americanas (A.N.A.) (1968), el Colegio Real de Enfermeras (R.C.N.) (1979), y el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España (1989).

En general, las enfermeras se han centrado en su papel profesional, como de defensor de los derechos del individuo vulnerable; y en la responsabilidad de trabajar en favor de la recuperación de la autonomía.

---

<sup>63</sup>Peter Singer, «Ethics» (en inglés), *Ethics*, p. 1, Revisado el 3 de noviembre del 2012 en <http://search.eb.com.central.ezproxy.cuny.edu:2048/eb/article-9106054>, consultado el 07 de Diciembre del 2012.

<sup>64</sup>Joan Corominas. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispano*. 2011, pp 58.

## ENTRE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS EN MÉXICO TENEMOS:

- \* Derecho a ser informado.
- \* Confidencialidad. Derecho a la intimidad.
- \* No discriminación por motivos de raza, sexo, religión, ideas políticas o posición social.
- \* Respeto a la vida humana. Derecho a recibir cuidados adecuados.
- \* No a la tortura y no al trato cruel y degradante, ni el sometimiento ideológico de la persona.
- \* Derecho a ser tratado con dignidad humana.
- \* Consentimiento informado de la persona o de los familiares responsables de los menores o personas incapacitadas.<sup>65</sup>

## PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.

Existe un consenso mundial entre los profesionales de la salud, abogados, filósofos, teólogos y expertos en ciencias sociales, cuando enuncian el carácter fundamental de los principios de:

- \* Beneficencia, es decir, el deber de hacer el bien y abstenerse del mal; o ausencia de maleficencia.
- \* Justicia, es decir, imparcialidad hacia todo el mundo o indiscriminación.
- \* Respeto por la Persona, en la ética del cuidado de la salud; es decir, respeto a la vida y a la dignidad del paciente.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

---

<sup>65</sup> Nájera S. Código de ética. Revisado el 3 de Noviembre del 2012, disponible en <http://www.es.scribd.com/doc/13472262/dEtica.html>

El sujeto participante expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de investigadores, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad.

En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada.

El consentimiento informado debe:

Ser redactado en lenguaje sencillo y, hasta donde sea posible, no utilizar lenguaje técnico.

Evitar frases que comprometan o manipulen a los sujetos de investigación para que participen en el estudio.

Explicar claramente el propósito de la investigación

Definir el período en el cual los sujetos participarán en la investigación

Describir los procedimientos a los cuales serán sometidos los sujetos por participar en el estudio

Explicar los procedimientos, fármacos o dispositivos empleados en la investigación, así como también, señalar los posibles beneficios, riesgos o molestias que se puedan presentar (si aplica)

Incluir la firma, la fecha, y el número de cédula del sujeto participante o su representante legal, de un testigo, y del investigador que solicita el consentimiento.

Listar los nombres de los investigadores e instituciones que participan<sup>66</sup>

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

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

---

<sup>66</sup> Peter Singer. Op. Cit. Pág. 55

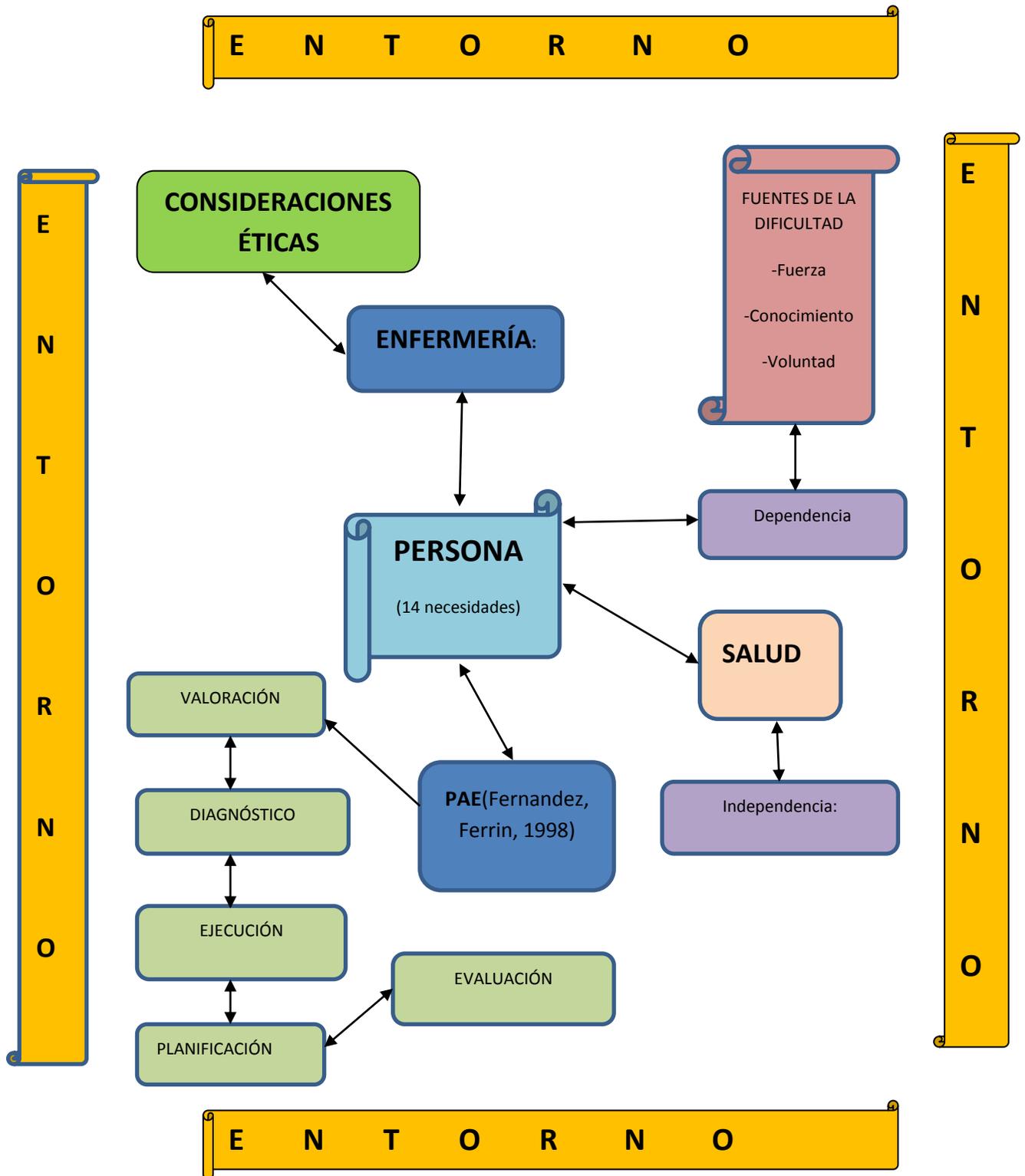
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad 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.<sup>67</sup>

Analizando la importancia que tiene el contar con una metodología del Proceso Atención Enfermería que vaya de la mano con un modelo conceptual, en este caso el de Virginia Henderson, se puede concluir que el paciente es el centro para la atención y cuidados, que se valoran sus 14 necesidades fundamentales y estas nos encaminan a identificar problemas reales, potenciales o de riesgo que nos permiten plantear diagnósticos de enfermería con los cuales podremos determinar el nivel de dependencia e independencia en que se encuentra el paciente y elaborar un plan de cuidados individualizado, teniendo en cuenta las consideraciones éticas de Enfermería. Resumiendo, se presenta el siguiente mapa conceptual.

---

<sup>67</sup> Secretaría de Salud (Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001) pp 3.

# VIRGINIA HENDERSON, EL METAPARADIGMA Y LA RELACIÓN DEL PAE



Elaboró: Lic. Hernández Méndez Griselda

## 1.5 Factor de dependencia

### TUMOR DE WILMS (NEFROBLASTOMA)

#### CONCEPTO

Tumor embrionario maligno del riñón formado por distintas combinaciones de elementos blastematosos, estromales y epiteliales.<sup>68</sup>

#### EPIDEMIOLOGÍA

El 50% de la patología oncológica en pediatría corresponde a masas o tumores sólidos, el 20% se localiza en el abdomen siendo el tumor de Wilms la neoplasia maligna renal más frecuente en niños menores de 15 años<sup>69</sup>. La masa, el dolor abdominal, la hematuria y la hipertensión son las manifestaciones clínicas más frecuentes de este tumor.

El tumor de Wilms suele manifestarse en niños <5 años, pero en ocasiones pueden afectar a niños mayores e incluso, raramente, a adultos. En alrededor del 4% de los casos se encuentran tumores de Wilms sincrónicos bilaterales. En algunos pacientes se ha identificado un defecto genético (WT1, gen supresor del tumor de Wilms). En muchas malformaciones congénitas (por ejemplo aniridia y hemihipertrofia) se encuentra un aumento de la incidencia de este tumor.

#### ETIOLOGÍA

El hecho de asociarse con algunos síndromes, le ha conferido características únicas por lo que los aspectos genéticos tiene gran valor en la etiología de esta neoplasia. Se cree que esta neoplasia, se origina a partir de un estado premaligno, los llamados “restos nefrogénicos”, que son zonas de blastema indiferenciado que persisten después de la semana 36. Estos restos se encuentran en menos del 1% en autopsias de infantes. La mayoría de estos restos involucionan, pero algunos crecen en tamaño, sufren transformación

---

<sup>68</sup> Manual Merk 16 edición, edición del centenario. Edit. Harcourt, 2008, pp 302.

<sup>69</sup> Walsh, P., Retik, A., Partin, A.: Pediatric Urologic Oncology, Wilms' Tumor. Campbell's urology 8th edition.2010, pp 208.

maligna y podrían originar lesiones de TW.<sup>70</sup>.El desarrollo renal se completa alrededor de la semana 36 de gestación, se presume que el TW surge de una falla en el desarrollo del blastema metanefrico.

## CUADRO CLÍNICO

El signo de presentación más frecuente es una masa abdominal palpable; otros signos posibles son dolor abdominal, hematuria, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos. La hematuria (que se encuentra en el 15-20% de los casos) indica la invasión del sistema colector. La isquemia por compresión del hilio o del parénquima renales puede inducir hipertensión.

La ecografía abdominal demuestra la naturaleza sólida o quística de la masa y si existe o no afectación de la vena renal o de la cava. La TC es necesaria para determinar la extensión del tumor y su propagación a los ganglios linfáticos regionales, el riñón contralateral o el hígado. Raras veces es necesario practicar una arteriografía renal, una cavografía, una pielografía retrógrada o una urografía de excreción. En el momento del diagnóstico inicial debe hacerse una radiografía de tórax (y posiblemente una TC torácica) para detectar o descartar las posibles metástasis pulmonares.

## DIAGNÓSTICO

Durante el examen físico hay que buscar signos de los síndromes que se asocian con TW tales con anirida, hemihipertrofia y anomalías genitourinarias. Los laboratorios solicitados son hemograma completo, pruebas de función renal y hepática, calcio sérico y uroanálisis. La evaluación con imágenes es de gran importancia, ya que dependiendo de la extensión de la enfermedad el abordaje inicial puede ser diferente a la nefrectomía radical. Una hematuria macroscópica, en un 25% de los casos es sugerente de un posible tumor renal. El primer diagnóstico diferencial debe establecerse con el neuroblastoma; la ecografía nos puede indicar que la masa está dentro del riñón.

---

<sup>70</sup> Brown KW, Malik KT. The Molecular Biology of Wilms' Tumour: Expert Reviews in Molecular Medicine 2010, pp 55-57.

La tomografía computarizada también nos mostrará si la masa es intrarrenal, si hay masas múltiples, la extensión del tumor y la afectación de grandes vasos, así como la afectación o no del otro riñón. En los estudios de TC sin contraste, el tumor de Wilms típico se presenta en forma de masas no homogéneas con zonas de baja densidad que indican necrosis. En el caso de sospechar metástasis hepáticas, ha de realizarse una TC abdominal.

La radiografía de tórax ha de realizarse, puesto que es habitual que al diagnóstico nos encontremos con metástasis pulmonares.

La evaluación de la médula ósea y del hueso las valoraremos dependiendo de la histología y del dolor óseo. El tumor puede alcanzar un gran tamaño y puede metastatizar hacia otros tejidos del cuerpo. Los lugares más comunes hacia donde se puede propagar la enfermedad son: ganglios linfáticos, pulmones, hígado, riñón contralateral, cerebro o huesos.

Usualmente el primer estudio es el ultrasonido abdominal que define las características de la masa, con evaluación de la vena cava inferior, para excluir la extensión tumoral intracava que ocurre en el 4% de los pacientes con tumor de Wilms<sup>71</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con nefroblastoma: no se evidencia blastema ni componentes mesenquimales heterólogos en el sarcoma de células claras. Con el tumor rabdoide: no hay, en el sarcoma de células claras, los núcleos prominentes y el citoplasma abundante del tumor rabdoide; en ocasiones, pueden presentar áreas parecidas a las del tumor rabdoide, pero, en general, habrá áreas más características del sarcoma de células claras. Las variantes morfológicas pueden llevar a plantearse otras opciones en el diagnóstico diferencial, en estos casos un muestreo generoso del tumor revelará áreas más típicas con células de citoplasma pálido, apariencia homogénea y tendencia a englobar estructuras del parénquima renal.

---

<sup>71</sup>Sredni ST, de Camargo B, Lopes LF, et al: immune histochemical detection of p53 protein expression as a prognostic indicator in Wilms tumor. Med Pediatr Oncol 2009. Pp 62.

## TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El pronóstico depende de las características anatomopatológicas del tumor, de su estadio en el momento del diagnóstico y de la edad del paciente (mejor cuanto más joven sea). Está indicada la exploración quirúrgica precoz de las lesiones potencialmente extirpables, con examen del riñón contralateral. Dependiendo del estadio de la enfermedad, el tratamiento consiste en quimioterapia con actinomicina D y vincristina, con o sin radioterapia. Cuando la enfermedad está más avanzada, se añade doxorubicina. El National Wilms' Tumor Study Group ha establecido los criterios para la estadiación y las normas para el tratamiento de estos tumores.

El tratamiento se dará en función del estadio, la edad, estado general e historial médico, la tolerancia a determinados fármacos, sus expectativas para la evolución de la enfermedad.

El tratamiento puede incluir (solo o en combinación):

- Cirugía (para extirpar en forma parcial o total el riñón afectado y cualquier estructura afectada). El tratamiento urgente de los tumores unilaterales es la extirpación del riñón afectado y ello, incluso en el caso de que ya existan metástasis pulmonares. Durante la intervención debe explorarse el riñón contralateral y el hígado, así como los ganglios retroperitoneales y la vena renal.

- Biopsia del tumor (si el tumor no se puede extirpar porque es demasiado grande o afecta a las estructuras circundantes, se necesita también una biopsia para el diagnóstico y la determinación de la etapa de la enfermedad).

- Quimioterapia (para reducir lo que queda del tumor o para tratar las metástasis o la recurrencia de la enfermedad).

- Radiación (también para reducir lo que queda del tumor o para tratar las metástasis o la recurrencia de la enfermedad).

Generalmente no se recomienda tratamiento preoperatorio en pacientes con neoplasia unilateral, pero sí lo está en enfermos con tumores bilaterales.

- Fármacos para controlar el dolor, la hipertensión, las náuseas y las infecciones.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1 Presentación del caso**

Se trata de paciente femenino, lactante menor de 3 meses de edad, originario del Estado de Puebla, habita en casa propia, construida con materiales perdurables, con servicio intradomiciliario de agua, luz, drenaje. Cuenta con 5 cuartos (2 recamaras, 1 sala, 1 cocina, 1 baño completo). No existe fauna nociva ni zoonosis. El ingreso económico al hogar varia ya que no perciben un sueldo fijo. Proviene de una familia nuclear con lazos afectivos fuertes. El padre tiene 31 años de edad, curso la secundaria completa, es campesino. La madre de 30 años de edad curso la secundaria completa, se dedica al hogar. La paciente tiene 3 hermanas (10, 5 y 3 años de edad) aparentemente sanas. Como antecedentes heredofamiliares de importancia, la madre refiere, abuelo materno con DM2 (diabetes mellitus tipo 2), resto negado.

La madre refiere ser de religión católica-creyente, teniendo como valores en su familia el amor, principalmente, la amistad, la unión familiar y el respeto.

Como antecedente personal de importancia, cuenta con esquema de vacunación completo, no presenta cartilla. La madre refiere que la paciente nació en casa, atendida por partera, peso al nacimiento 3.000 kg, talla no recuerda, sin dar calificación de apgar, 40 SDG. Lloro y respiro al nacer sin necesidad de realizar maniobras de reanimación. Al mes de edad estuvo hospitalizada por presentar hemorragia del recién nacido, hospitalizada 24 horas en Huejotzingo, se traslada al Hospital General de Puebla donde se mantuvo hospitalizada 10 días. Es canalizada al HIMFG el 24 de agosto del 2012 donde se le diagnostica masa abdominal derecha (nefroblastoma) desde ese momento se encuentra en tratamiento con antibióticos posterior a nefrectomía.

Se detecta el caso en el servicio de cirugía general el día 10 de Octubre del 2012. Se habla con el familiar sobre la finalidad del presente caso clínico y autoriza el estudio, por lo cual se inicia la historia clínica y valoración de las necesidades.

En este momento se encontraba pos operado de nefroureterectomía radical derecha, con herida quirúrgica transversal en región abdominal en proceso de cicatrización, con tratamiento:

-amikacina 62 mg IV c/24 hrs.

-tramadol 6mg PRN

-clindamicina 40 mg c/6hrs.

-metoclopramida 1.2 mg c/12 hrs.

Se obtienen los siguientes datos. Peso 3.000 kg, talla 51 cm, PC 33 cm, PT 33 cm, PA 35 cm.

Fue alimentada con seno materno por un mes, actualmente se le proporciona alimentación con biberón cada 3 horas, con fórmula de inicio a 15 ml/kg/día incrementando a 20 ml. Posteriormente se inicia con vía oral con fórmula (agua 57 ml, polvo 1gr., miel 3ml, desplaza a 62 ml.) Su patrón de eliminación es de 6-8 veces al día, orina clara, sin olor. Evacuaciones de 6-8 veces al día, semiformada, amarilla.

Se encuentra con signos vitales dentro de los parámetros normales

Tensión Arterial 90/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca 110 lx´

Frecuencia respiratoria 32 x´

Temperatura 36.2° C

#### HABITUS EXTERIOR

Lactante menor de 3 meses con edad aparente menor a la cronológica, fenotípicamente del sexo femenino, integra, complexión adelgazada, conformación simétrica, posición semifowler forzada, actitud inquieta, facies de dolor, palidez de tegumentos, estado nutricional deficiente, viste con un pañal desechable y una pijama de algodón que proporcionó el hospital.

## Resultados de laboratorio

Hemoglobina 8.7g/dl

Hematocrito 23.9%

Leucocitos 15,600

Seg 57%

Plaquetas 13000

VCM 86.9%

Na 117 mEq/L

K 3.8 mEq/L

Cl 86mg/dL

Ca 7.1 mg/dL

P 5.8 mg/dL

Mg 1.9 mg/dL

## Análisis y jerarquización de las necesidades

### Necesidades en Dependencia.-

-Seguridad y protección, se mantiene en dependencia por la reciente intervención quirúrgica de nefroureterectomía radical derecha, y leucocitosis de 15600 y plaquetopenia de 13000. Esto mantiene al paciente susceptible ante las infecciones. En el momento de la valoración la paciente no estaba recibiendo tratamiento con quimioterapia (inicio posterior a 6 meses)

-Nutrición e hidratación. Se encuentra con peso-talla bajos para la edad (percentil 5), y Hemoglobina de 8.7 g/dl. Piel seca y cabello débil. Se mantiene con alimentación parenteral (SOG), con fórmula de inicio a 15 ml/kg/día incrementando a 20 ml.

Posteriormente se inicia con vía oral con fórmula (agua 57 ml, polvo 1gr., miel 3ml, desplaza a 62 ml.)

-Eliminación. No ha presentado evacuaciones en 3 días, presenta ruidos peristálticos disminuidos (2 en 1 minuto). Presenta uresis de 4 a 5 veces al día con características amarillo claro, sin olor, sin sedimentos, aproximadamente 200-240 ml al día.

-Oxigenación, se observa disociación tóraco abdominal y se auscultan estertores bilaterales en región basal, al ingreso a piso de infectología, se mantiene con oxígeno suplementario continuo a 2 lts por minuto con casco cefálico. Al aspirar secreciones se observan espesas, blanquecinas, en moderada cantidad.

-Descanso y sueño. Se encuentra alterada por despertar constantemente por la manipulación al proporcionar tratamiento y los cuidados de enfermería, ya que continuamente se moviliza al paciente para toma de signos vitales, administración de medicamentos, alimentación asistida, y el ruido que existe en el servicio.

Aproximadamente duerme 10-12 horas, con sueño interrumpido no reparador.

Necesidades en Riesgo.-

-Movimiento y postura. Se muestra adinámico, realiza poca movilidad física por falta de fuerza y dolor por cirugía reciente. Presenta irritabilidad al movimiento, permaneciendo por 15 días con mínima movilización.

-Realización. La madre no cumple su rol en casa. Es el único cuidador en el hospital por el momento. Cuenta con el apoyo de la familia para el cuidado de su paciente y sus otras 3 hijas, el esposo trabaja para solventar los gastos.

Necesidades en Independencia.-

-Recreación. La madre se encarga de entretener a su hija con juguetes de colores llamativos que le proporcionan las voluntarias del hospital (sonajas, cubos de colores), habla con su paciente, le platica e interactúa con ella.

-Aprendizaje. La madre adquiere información sobre el cuidado de su paciente a través del personal multidisciplinario y de su hermana que es enfermera.

La paciente conoce el sonido de la voz de su madre, atiende cuando se le proporciona el alimento o algún juguete. Inicia con sonrisa social.

-Vestido y desvestido. Cuenta con ropa suficiente en el hospital, la madre conoce que tipo de ropa debe vestir su paciente con respecto a edad y clima.

-Higiene. Se realiza el baño de esponja diario, se mantiene limpia la piel de la paciente. La madre participa en el aseo de su hija, conoce los cuidados con respecto a la higiene de su paciente.

-Valores y creencias. La madre acude a la capilla del hospital en ocasiones, manifiesta cariño y atenciones a su hija, se observan imágenes religiosas en la cuna del paciente.

-Comunicación. Platica con su hija estimulándola auditivamente. La paciente responde con movimientos y sonrisas cuando su madre le habla. Se muestra irritable si algo le molesta o si se siente incómoda.

-Termorregulación. Se encuentra con temperatura entre 36.2° y 37°. Durante el tiempo que se valoró la temperatura se mantuvo en parámetros adecuados.

## **2.2 Proceso de valoración**

En esta etapa se realizó a través de la recolección de datos objetivos y subjetivos utilizando como método de valoración la observación, la entrevista y la exploración física. Se llevó a cabo la valoración de las 14 necesidades propuestas por la teórica Virginia Henderson, las gráficas propuestas por Phaneuf para valorar la independencia-dependencia de la persona.

Los instrumentos empleados para la recolección de información fueron la hoja de reporte diario para valorar cada una de las 14 necesidades de forma focalizada (anexo 1); la historia clínica de 0-5 años para la entrevista, este formato consta de 8 apartados (anexo 2); y se utilizaron escalas de valoración de talla-peso y escala del dolor (anexo 3); y la hoja de consentimiento informado en la cual el familiar autorizo la realización del estudio de caso (anexo 4)

## **2.3 Proceso diagnóstico**

Una vez obtenida y validada la información y haber detectado las fuentes de dificultad, el grado de dependencia-independencia se prosigue a elaborar los diagnósticos de enfermería para los cuáles se utilizaron las etiquetas

diagnósticas de la NANDA y el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas).

En esta etapa se jerarquizan los diagnósticos, se lograron identificar 14 diagnósticos de enfermería.

- 5 diagnósticos reales
- 2 diagnósticos de riesgo
- 7 diagnósticos de salud

En la siguiente tabla se encuentran los diagnósticos de enfermería identificados:

### JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Necesidad	Diagnóstico	Fecha de identificación	Nivel y grado de dependencia	Fuente de dificultad	Tipo de prioridad
Seguridad y protección	Protección ineficaz relacionado con pérdida de la barrera primaria (herida quirúrgica) y secundaria de protección (plaquetopenia y leucopenia), manifestado por, debilidad, deficiencia inmunitaria.	29-oct-2012	Dtm 4	Falta de fuerza	Alta
Nutrición	Desequilibrio nutricional por defecto r/c falta de fuerza del organismo para	12-oct-2012	Dtm 4	Falta de fuerza	Alta

	absorber nutrientes m/p peso bajo para la edad (percentil 5), piel seca.				
Eliminación	Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p ruidos peristálticos disminuidos (2 en un min.) y falta de evacuación	15-Oct-2012	Dtm 3	Falta de fuerza	Alta
Oxigenación	Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c acumulo de secreciones bronquiales m/p disociación toraco-abdominal, estertores bilaterales	10- Oct-2012	Dtm 4	Falta de fuerza	Media
Movimiento y postura	Riesgo de dependencia de la necesidad de movimiento y postura relacionado con movilidad insuficiente	19-Oct-2012	Ind 2	Falta de fuerza	Media

Sueño y descanso	Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones continuas de sueño por tratamiento, ruidos en el entorno m/p modificación en el ciclo circadiano (duerme más tiempo en el día)	22-Oct-2012	Dtm 3	-----	Media
Termo regulación	Independencia de la necesidad de termo regulación	26-Oct-2012	Ind 1	-----	Baja
Higiene	Independencia de la necesidad de higiene	29-Oct-2012	Ind 1	_____	Baja
Recreación	Disposición del cuidador primario para llevar a cabo el juego manifestado por referencia verbal de enseña a jugar a su hija.	31-Oct-2012	Ind 1	-----	Baja
Comunicación	Independencia de la necesidad de comunicación	30-Oct-2012	Ind 1	_____	Baja

Valores y creencias	Independencia en la necesidad de valores y creencias	30-Oct-2012	Ind 1	_____	Baja
Realización	Riesgo de alteración en la necesidad de realización r/c enfermedad de la hija y ser el único cuidador en el hospital	31-Oct-2012	Dtm 3	_____	Media
Aprendizaje	Independencia de la necesidad de aprendizaje	31- Oct-2012	Ind 1	_____	Baja
Vestido	Independencia en la necesidad de vestido	26-Oct-2012	Ind 1	_____	Baja

#### **2.4 Proceso de planeación, ejecución y evaluación**

En esta etapa se elaboraron prioridades (alta que compromete la vida del paciente; media que compromete la salud del paciente; y baja que no están relacionadas con la enfermedad del paciente pero en un futuro puede afectarle), Se elaboraron objetivos a corto, mediano y largo plazo los cuales cumplen con los criterios propuestos por Alfaro (sujeto, verbo, condición, criterios de ejecución y momento específico) y las intervenciones de enfermería de cada uno de los diagnósticos, para esto se elabora un formato que contiene datos personales del paciente y la necesidad, diagnóstico de enfermería, prioridad, rol de enfermería y objetivo.

El formato consta de las columnas de intervenciones, acciones y otra para la fundamentación. Al final de cada plan se agrega la evaluación.

Las intervenciones propuestas son ejecutadas y se realiza una evaluación final.

### PLAN DE CUIDADOS

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MGGT                      SERVICIO: INFECTOLOGIA                      REGISTRO: 797127

EDAD: 3 MESES                      SEXO: FEMENINO                      DX MEDICO: TUMOR DE WILMS

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	FALTA DE FUERZA	29 oct 2012	Dtm 4	ALTA	SUPLENCIA

#### Diagnóstico de enfermería

Protección ineficaz relacionado con pérdida de la barrera primaria (herida quirúrgica) y secundaria de protección, manifestado por debilidad, deficiencia inmunitaria.

#### Objetivo:

El paciente recuperará su protección eficaz mediante medidas específicas de prevención y de seguridad en los procedimientos a realizar durante su estancia intrahospitalaria

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
Identificación de riesgos diariamente  (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.</li> <li>-Identificar al paciente con circunstancias sociales excepcionales que complican un alta oportuna y eficiente.</li> <li>-Determinar el nivel educativo.</li> <li>-Determinar la ausencia de necesidades básicas.</li> </ul>	Los individuos continuamente se encuentran amenazados por agentes externos de los cuales deben protegerse para evitar agresiones a la salud (Rosales/Reyes, 2011)

<p>-Realizar el control de infecciones diariamente</p> <p>(independiente)</p>	<p>-Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</p> <p>-Aislar a las persona expuestas a enfermedades transmisibles.</p> <p>-Limitar el número de visitas.</p> <p>-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados al paciente.</p> <p>-Garantizar una manipulación aséptica de líneas iv.</p> <p>Medidas tales como: manejo mínimo de la línea, cambio de equipo de venoclisis cada 72 horas, utilizar llave de tres vías para ministración de medicamentos intra venosos, utilizar guantes y cubrebocas al realizar curación del sitio de inserción del catéter, enjuagar con agua inyectable entre cada aplicación de un medicamento y otro.</p>	<p>-El uso de medidas preventivas tienen la finalidad de proteger la salud y prevenir el daño (López/Luna 2008)</p>
<p>Valoración de los signos vitales cada 4 horas</p> <p>(independiente)</p>	<p>-Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura.</p> <p>-Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p> <p>Los signos de hipotermia son: palidez, cianosis distal, piel fría, diaforesis, bradicardia, bradipnea, hipotensión arterial.</p> <p>Los signos de hipertermia son: rubicundez, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea, vasodilatación.</p> <p>-Observar la presencia y calidad de los pulsos.</p> <p>-Observar si hay cianosis central y periférica (NIC-6680-21)</p> <p>-Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales (NIC-6680-24)</p>	<p>-El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer el diagnóstico (Rosales/Reyes, 2011)</p>

<p>Valorar signos y síntomas de infección diariamente (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar los signos y síntomas de infección focalizada. Tales como calor, rubor, dolor, edema, secreción.</li> <li>-Observar grado d vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>-Vigilar el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.</li> <li>-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</li> </ul> <p>Lavado de manos: Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)</li> <li>-Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón liquido</li> <li>-Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm. por debajo del pliegue de las muñecas.</li> <li>-La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano</li> <li>-Se friccionan espacios interdigitales</li> <li>-Enjuagar con abundante agua</li> <li>-Las manos se secan con toallas de papel desechables.</li> <li>-Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la re contaminación.</li> <li>-Deseche toalla en bote de basura municipal (El tiempo total para el procedimiento es de 40 a 60 segundos)</li> </ul>	<p>-Los microorganismos pueden transmitirse directamente mediante el contacto con el huésped, por lo cual es necesaria la protección del paciente contra riesgos percibidos (Rosales/Reyes, 2011)</p>
<p>Manejo del ambiente para la seguridad diaria (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente.</li> <li>-Eliminar los factores de peligro del ambiente tales como el contacto con pacientes infectados, evitar la fauna nociva, procurar la</li> </ul>	<p>-La limpieza inhibe el crecimiento de los microorganismos. La desinfección es un proceso por el cual los microorganismos patógenos son</p>

<p>Vigilar la seguridad del paciente (independiente)</p>	<p>limpieza del área.</p> <p>-Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.</p> <p>-Utilizar dispositivos de protección, como cuna con barandales en alto, proteger al paciente de golpes cubriendo barandales de la cuna, visitas limitadas.</p> <p>-Observar si hay alteraciones de la función física del paciente.</p> <p>-Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.</p> <p>-Determina el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento de los peligros que presente el ambiente.</p>	<p>destruidos (Nordmark/Rohweder, 2008)</p> <p>-La identificación oportuna de necesidades y problemas en el paciente permite una disminución de riesgos para la salud (Rosales/Reyes, 2007)</p>
--	---	---

### Evaluación

La paciente, recuperó la protección eficaz, fue dada de alta el día 2 de Noviembre por mejoría, continua con tratamiento y consultas de control. Se cumplió el objetivo planteado. Se encontró en nivel 2 de independencia.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
ALIMENTACIÓN	FALTA DE FUERZA	12 oct 2012	Dtm 3	ALTA	SUPLENCIA

### Diagnóstico de enfermería

Desequilibrio nutricional por defecto r/c falta de fuerza del organismo para absorber nutrientes m/p peso bajo para la edad (percentil 5), piel seca.

### Objetivo:

El paciente recuperara de 20 a 30 gr cada tercer día mediante un programa nutricional en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>-Valoración de la nutrición cada tercer día</p> <p>(interdependiente)</p>	<p>-Pesar al paciente a intervalos establecidos.</p> <p>-Vigilar las tendencias de pérdida de peso.</p> <p>-Observar si la piel está seca, descamada, con pigmentación.</p> <p>-Observar si el pelo está seco, fino, resulta fácil de arrancar.</p> <p>-Comprobar el crecimiento y desarrollo.</p> <p>-Controlar la ingesta calórica y nutricional.</p>	<p>-Para la eficacia del funcionamiento celular y la producción de compuestos esenciales se requiere una alimentación adecuada por lo cual radica la importancia del monitoreo nutricional (Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Manejo de la nutrición diariamente</p> <p>(Interdependiente)</p>	<p>-Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios.</p> <p>-Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en proteínas.</p> <p>Con alimentación parenteral (SOG), con fórmula de inicio a 15 ml/kg/día incrementando a 20 ml.</p> <p>Posteriormente se inicia con vía oral con fórmula (agua 57 ml, polvo 1gr., miel 3ml, desplaza a 62 ml.)</p> <p>-Proporcionar al paciente alimentos nutritivos ricos en calorías.</p> <p>-Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.</p>	<p>-En la dieta se necesitan suficientes cantidades de grasas, proteínas, carbohidratos y minerales que provean lo necesario para la construcción, conservación y reparación de los tejidos. ( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Terapia nutricional en conjunto con el personal multidisciplinario</p> <p>(interdependiente)</p>	<p>-Pesar al paciente a intervalos adecuados.</p> <p>-Controlar los alimentos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria</p> <p>-Determinar la necesidad de alimentación enteral</p> <p>-Controlar los valores de laboratorio.</p> <p>-Controlar la ingesta nutricional.</p>	<p>-El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.</p> <p>(Aguilar, et al, 2007)</p>

<p>Ayudar al paciente para ganar peso (interdependiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesar al paciente a intervalos determinados.</li> <li>-Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.</li> <li>-Controlar periódicamente los niveles de albúmina, linfocitos, etc.</li> <li>-Proporcionar alimentos adecuados al paciente.</li> <li>-Ayudar a alimentar al paciente.</li> </ul>	<p>-Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad o cuando hay tensión emocional</p> <p>( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Manejo del peso cada tercer día (interdependiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.</li> <li>-Tratar los hábitos y factores hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.</li> <li>-Determinar el peso corporal ideal del individuo.</li> <li>-Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.</li> </ul>	<p>-La desnutrición es la alteración en la cual las necesidades nutricionales del organismo no se satisfacen adecuadamente, por lo cual es importante el manejo del peso (Rosales/Reyes, 2011)</p>

#### Evaluación.

Se contó con las intervenciones del personal de nutrición y la paciente mostró mejoría al mantener un régimen nutricional hiperprotéico durante su estancia intrahospitalaria, aumento 20 gramos cada tercer día, cumpliendo con esto el objetivo. Nivel de independencia 2.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
ELIMINACIÓN	FALTA DE FUERZA	15 oct 2012	Dtm 3	ALTA	AYUDA

#### Diagnóstico de enfermería

Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p ruidos peristálticos disminuidos (2 en un minuto) y falta de evacuación

Objetivo:

El paciente presentará evacuación en un lapso no mayor de 2 días mediante acciones encaminadas a la estimulación intestinal

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>Manejo intestinal diario (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.</li> <li>-Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.</li> <li>-Observar si hay sonidos intestinales.</li> <li>-Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos agudos.</li> <li>-Informar si hay disminución de los sonidos intestinales.</li> <li>-Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.</li> </ul>	<p>-Para que un organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentra en el conducto gastrointestinal y que las sustancias que se forman en el organismo se eliminen (Nodmark/ Rohweder, 2008)</p>
<p>Movilización pasiva-activa 2 veces por turno. (independiente)</p>	<p>-Realizar movimientos en piernas simulando bicicleta.</p> <p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Colocar al paciente en posición semifowler.</li> <li>-tomar las piernas del paciente</li> <li>-estirar una de las piernas y doblar la otra hacia el abdomen, cuidando los arcos de movimiento.</li> <li>-repetir el procedimiento por 5 minutos 3 veces al día.</li> </ul>	<p>-La actividad física ayuda a regular la evacuación mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando el peristaltismo. (Carpenito,1993)</p>
<p>Realizar masaje abdominal por turno (Independiente)</p>	<p>-Masaje isoperistaltico</p> <p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lavarse las manos</li> </ul>	<p>-El masaje abdominal es empleado para la estimulación intestinal cuando existe poca actividad física, siendo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colocar al paciente en posición semifowler.</li> <li>-Apoyar ambas manos extendidas por debajo del ombligo.</li> <li>-Comenzar a oprimir en los cuadrantes inferiores con presión suave y lenta.</li> <li>-Utilizar movimientos circulares en la región abdominal en dirección de las manecillas del reloj. Iniciar en colon ascendente y terminar en colon descendente.</li> <li>-Realizar el ejercicio 5 series, 3 veces al día.</li> </ul>	efectivo al realizarlo de manera periódica (Rosales/Reyes, 2011)
--	---	--

### Evaluación.

La paciente presento evacuaciones amarillo-pastosas, el día 16 de Octubre, quedando en nivel de independencia 1, logrando con esto el objetivo planteado.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
OXIGENACIÓN	FALTA DE FUERZA	10 oct 2012	Dtm 4	Alta	SUPLENCIA

### Diagnóstico de enfermería

Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c acúmulo de secreciones bronquiales m/p disociación toraco-abdominal, estertores bilaterales

### Objetivo:

El paciente recuperara la limpieza eficaz de la vía aérea mediante medidas específicas de terapia respiratoria durante el turno

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
Valorar la necesidad de oxigenación cada dos horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>-Observar si se producen respiraciones</li> </ul>	-Cuando el suministro de oxígeno es insuficiente el paciente presenta ansiedad, taquicardia,

<p>(independiente)</p> <p>Aspiración de las vías aéreas por razón necesaria</p> <p>(independiente)</p>	<p>ruidosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.</li> <li>-Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución o presencia de sonidos adventicios.</li> <li>-Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos.</li> <li>-Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.</li> </ul> <p>-Determinar la necesidad de la aspiración oral.</p> <p>-Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>-Disponer de precauciones universales.</p> <p>-Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración.</p> <p>Técnica de aspiración de secreciones</p> <p>Lavado de manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de guantes estériles. Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.</li> <li>• La persona que ayuda abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración que nosotros cogemos con la mano estéril; con la otra mano limpia cogemos el tubo o goma de aspiración.</li> <li>• Preoxigenar al paciente con FiO2 100% al menos durante un minuto.</li> <li>• Introducir la sonda a través de la nariz, y aspirar con la mano dominante.</li> <li>• No avanzar más cuando se note resistencia.</li> </ul>	<p>diaforesis. De aquí la importancia de la monitorización respiratoria. ( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p> <p>-Para mantener niveles adecuados de oxígeno y de bióxido de carbono en los alvéolos y en la sangre debe existir una irrigación y una difusión adecuadas, así como una ventilación suficiente, por lo cual la importancia de aspirar secreciones acumuladas.</p> <p>( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
--	---	--

<p>Llevar a cabo precauciones para evitar la aspiración continuamente (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con movimiento continuo sin volver a introducirla.</li> <li>• La aspiración no durará más de 10 segundos.</li> <li>• En caso de secreciones muy espesas, instilar suero fisiológico a través de las narinas.</li> <li>• Lavar la sonda con suero fisiológico si se va a aspirar después faringe y boca.</li> <li>• Desechar la sonda y aclarar el tubo o goma de aspiración con agua bidestilada.</li> <li>• Lavarse las manos.</li> <li>• Observar al paciente.</li> </ul> <p>-Anotar el tipo y cantidad de secreción obtenida.</p> <p>-Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.</p> <p>-Mantener una vía aérea.</p> <p>-Colocación vertical a 90°</p> <p>-Mantener el equipo de aspiración disponible.</p> <p>-Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30-45 minutos después de la alimentación (NIC-3200-17)</p>	<p>-Los centros respiratorios son muy sensibles al aumento en la concentración de bióxido de carbono o de hidrógeno en los líquidos que llegan a ellos. ( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Oxigenoterapia continua (interdependiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Eliminar las secreciones bucales, nasales.</li> <li>-Mantener la permeabilidad de la vía aérea.</li> <li>-Administrar oxígeno suplementario.</li> <li>-Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</li> </ul>	<p>-Todas las células requieren un aporte adecuado de oxígeno para su óptimo funcionamiento por lo que en ocasiones en necesario administrar oxígeno suplementario</p>

<p>Fisioterapia respiratoria cada 4 horas (interdependiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprobar la eficacia de la oximetría (pulsioxímetro).</li> <li>-Determinar si existen contraindicaciones para el uso de fisioterapia respiratoria.</li> <li>-Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado.</li> </ul> <p>Para drenar el lóbulo medio colocar al paciente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recostado sobre el dorso, inclinado sobre el lado izquierdo. En la posición de Trendelemburg tratamiento para el tórax derecho.</li> <li>-Recostado sobre el abdomen, inclinado sobre el lado izquierdo, con las caderas elevadas, tratamiento para el dorso derecho.</li> </ul> <p>Para drenar los lóbulos basales/inferiores colocar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recostado en posición Trendelemburg sobre el dorso; realizar el tratamiento para el tórax derecho e izquierdo.</li> <li>-Recostado en posición de Trendelemburg sobre el abdomen; realizar el tratamiento para el tórax derecho e izquierdo.</li> <li>-Sobre el lado derecho o izquierdo en posición Trendelemburg sobre el abdomen; realizar el tratamiento sobre el dorso derecho e izquierdo.</li> <li>-Recostado sobre el abdomen con tratamiento para el dorso derecho e izquierdo.</li> <li>-Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.</li> <li>-Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural.</li> </ul>	<p>(Rosales/Reyes, 2011)</p> <p>-Todas las maniobras de enfermería que involucren el aparato respiratorio deben efectuarse con la mayor precaución posible, por lo cual radica la importancia y prevención en la fisioterapia (Aguilar, 2007)</p>
--	--	---

## Evaluación.

La paciente recuperó la limpieza eficaz de vía aérea, manteniendo una saturación de oxígeno entre el 90- 97% a través de apoyo ventilatorio fase 2 por casco cefálico, posterior a esto el día 11 de octubre se retira oxígeno suplementario manteniendo una saturación entre 94-98%, logrando el objetivo, manteniéndose en nivel 2 de independencia.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
MOVIMIENTO Y POSTURA	FALTA DE FUERZA	19 oct 2012	Dtm 3	MEDIA	AYUDA

## Diagnóstico de enfermería

Riesgo de dependencia de la necesidad de movimiento y postura relacionado con movilidad insuficiente.

### Objetivo:

El paciente mantendrá la movilidad mediante ejercicios realizados en conjunto con el personal de rehabilitación evitando el síndrome de desuso durante su estancia intrahospitalaria

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
En conjunto con el fisioterapeuta ejecutar terapia de ejercicios de control muscular una vez al día  (interdependiente)	-Colaborar con fisioterapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo de ejercicios  Serie de ejercicios efectuados en la paciente  -aducción y abducción de brazos (una serie de 5 movimientos 3 repeticiones)  -rotación de muñecas (una serie de 5 movimientos, 3 repeticiones)  -flexión y extensión de piernas simultáneamente (una serie de 5 movimientos, 3 repeticiones)  Rotación de torso (una serie de 3 movimientos, 3 repeticiones)  -Evaluar las funciones sensoriales.	-Una actividad muscular forzada durante largo tiempo causa hipertrofia muscular y cuando no se utilizan los músculos o se usan poco se atrofian, por lo cual es importante una terapia de ejercicios (Rosales/Reyes, 2011)

<p>Proteger al paciente contra las lesiones mecánicas diario (Nordmark/ Rowheder, 2008) (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una secuencia de actividades diarias para potenciar los cuidados de la terapia.</li> <li>-Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada periodo de ejercicios.</li> <li>-Efectuar los cambios de posición</li> <li>-Mover al paciente manteniendo la alineación del cuerpo en todo momento</li> <li>-Realizar movimientos activo-pasivos o pasivamente todos los días.</li> <li>-Movilizar de acuerdo a sus radios de acción.</li> </ul>	<p>-La alineación de las partes del cuerpo debe estar balanceada y debe haber un mínimo de tensión en todos los músculos ( Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Fomento del ejercicio diariamente (interdependiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorar las barreras para el ejercicio.</li> <li>-Ayudar al individuo para desarrollar sus ejercicios de acuerdo a sus necesidades.</li> <li>-Realizar los ejercicios con el paciente.</li> <li>-Controlar el cumplimiento de la terapia física.</li> <li>-Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.</li> </ul>	<p>-Un músculo sano puede reducirse a la mitad de su tamaño normal después de 2 meses de no utilizarse, el fomento del ejercicio evita la hipotrofia muscular (Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
<p>Cambios de posición cada 2 horas. (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar un colchón firme.</li> <li>-Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>-Colocar en una posición que facilite la ventilación perfusión.</li> <li>-Colocar en una posición que evite tensiones en la herida.</li> <li>-Elevar el cabecero de la cama.</li> </ul>	<p>-La motilidad articular puede limitarse o perderse por completo cuando la articulación no se mueve dentro de su radio de motilidad durante un periodo prolongado (Rosales/Reyes, 2011)</p>

## Evaluación.

Se contó con la participación del personal de rehabilitación, la paciente mantuvo la movilidad corporal mediante las terapias de rehabilitación, permaneciendo de esta manera nivel de independencia 2, logrando el objetivo.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
SUEÑO Y DESCANSO	-----	22 oct 2012	Dtm 3	MEDIA	APOYO

## Diagnóstico de enfermería

Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones continuas de sueño por tratamiento m/p modificación en el ciclo circadiano (duerme mayor tiempo en el día)

### Objetivo:

El paciente restablecerá el patrón de sueño y descanso proporcionando un entorno sin interrupciones durante su hospitalización

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
Valorar la cantidad y calidad del sueño y descanso diariamente. (independiente)	-Vigilar patrones de sueño  -Identificar edad del paciente y horas de sueño-descanso  -Vigilar el estado de salud  -Identificar la tensión actual	-Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden restablecerse  (Nordmark/ Rohweder, 2008)
Evaluación integral del sueño y descanso diariamente (independiente)	-Vigilar el entorno del paciente  -Número de horas que duerme  -Despertares durante las horas de sueño  -Horas de penumbra  -Cambios en el comportamiento mientras descansa.	-La evaluación diaria de descanso y sueño da pauta para verificar si el paciente en realidad cubre la necesidad y tiene un sueño reparador (Nordmark/ Rohweder, 2008)

Facilitar un ambiente propicio para el sueño y el descanso diariamente.  (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crear un ambiente seguro para el paciente</li> <li>-Favorecer un clima templado</li> <li>-Disminuir los estímulos ambientales lo más posible en el transcurso de la noche.</li> <li>-Controlar o evitar los ruidos indeseables lo más posible.</li> </ul>	-Un ambiente tranquilo, favorece un sueño reparador, ya que dormir y descansar es una necesidad de todo ser humano (Kozier, 1998)
--	---	---

### Evaluación.

Se logró mantener un patrón de sueño y descanso de 18 horas al cabo de una semana y posterior durante su estancia intrahospitalaria cumpliendo el objetivo. Se logró un nivel 2 de independencia

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
TERMO REGULACIÓN	-----	26 oct 2012	Independencia	MEDIA	AYUDA

### Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de termorregulación

Objetivo:

El paciente mantendrá una temperatura corporal entre 36.2 y 37° durante el periodo de convalecencia mediante medida preventivas de fluctuaciones de la temperatura.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
Valoración de los signos vitales cada 4 hora  (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar periódicamente la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio,</li> <li>-Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura (en este caso se utilizó un sensor de temperatura).</li> </ul>	Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada por lo cual

<p>Regulación de la temperatura cada 4 horas (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</li> <li>-Observar la presencia y calidad de los pulsos.</li> <li>-Observar si hay cianosis central y periférica.</li> <li>-Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.</li> <li>-Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.</li> <li>-Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.</li> <li>-Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>-Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia.</li> <li>-Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</li> <li>-Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.</li> </ul>	<p>radica la importancia del monitoreo de signos vitales (Rosales/Reyes, 2011)</p> <p>En los organismos vivos la temperatura varía según las especies. En el hombre se mantiene constante por la capacidad que tienen para regular independientemente de las variaciones (Nordmark/ Rowheder, 2008)</p>
--	---	---

### Evaluación

La paciente se mantuvo con una temperatura corporal constante entre 36.2 y 37°, se mantiene en independencia grado 1, se logró el objetivo planteado.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
HIGIENE	-----	29 oct 2012	INDEPEN-DENCIA	BAJA	ACOMPaña-MIENTO

### Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de higiene

Objetivo:

El paciente se mantendrá en independencia de la necesidad de higiene durante su estancia intrahospitalaria

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
Baño diario (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar el baño con una temperatura agradable.</li> <li>-Ayudar con las medidas de higiene.</li> <li>-Aplicar ungüentos y crema hidratante en zonas de piel seca.</li> <li>-Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La higiene personal en relación con el aseo general ayuda a la prevención y se toma como medida de control de infecciones oportunistas que se adhieren a la piel (Nordmark/ Rohweder, 2008)</li> </ul>
Cuidados de los ojos diario (Independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.</li> <li>-Sugerir la limpieza diaria de los ojos.</li> <li>-Observar el reflejo corneal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los ojos no requieren una higiene especial ya que el líquido lagrimal limpia los ojos constantemente y los parpados y pestañas impiden que entren partículas extrañas. Solo requieren una limpieza externa. (Kozier, 1999)</li> </ul>
Proporcionar cuidados de las uñas diariamente (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar en la limpieza de las uñas.</li> <li>-Empapar la uñas con agua caliente, limpiar debajo de las uñas.</li> <li>-Observar si se produce algún cambio en las uñas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener las uñas limpias impide la aparición de bacterias y microorganismos patógenos (Rosales, 2011)</li> </ul>
Cuidados a la piel diario (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realiza la limpieza con jabón antibacterial.</li> <li>-Tras el baño secar cuidadosamente la piel, de preferencia esponjeando.</li> <li>-Valorar la presencia de lesiones, excoriaciones, prurito o resequedad.</li> <li>-Aplicar lubricante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es importante valorar el estado de la piel y proporcionar los cuidados necesarios para evitar lesiones , ya que es la primera línea de defensa del cuerpo (Kozier, 1993)</li> </ul>

Cuidados de los oídos diariamente (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colocar al bebé de forma que la oreja quede plana con respecto a la cabeza.</li> <li>-Observar si hay drenaje de los oídos.</li> <li>-Evitar introducir objetos con punta en los oídos.</li> <li>-Limpiar cuidadosamente la oreja sin introducir objetos al oído</li> </ul>	<p>-Es importante valorar la higiene ótica y proporcionar los cuidados necesarios, evitando lesiones posteriores. (Nordmark/Rohweder, 2008)</p>
Cuidados del cabello diario (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lavar el cabello.</li> <li>-Secar el cabello.</li> <li>-Peinar el cabello.</li> </ul>	<p>-El aseo del cabello elimina la grasa acumulada y las células muertas, produce una sensación de bienestar y relajación (Kozier, 1993)</p>

#### Evaluación-

La paciente se mantuvo en nivel de independencia nivel 1 de la necesidad durante la estancia intrahospitalaria, se logró el objetivo.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
RECREACIÓN	-----	31 oct 2012	INDEPENDENCIA	BAJA	ACOMPANIAMIENTO

#### Diagnóstico de enfermería

Disposición del cuidador primario para llevar a cabo el juego manifestado por referencia verbal de enseñanza a jugar a su hija.

Objetivo: la madre continuará con la disposición para efectuar el juego con el paciente durante su estancia intrahospitalaria y posterior a ella.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
-Recrear al paciente (independiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar juguetes acordes a la edad del niño</li> <li>-Orientar a la madre sobre los juguetes que</li> </ul>	<p>-El juego en la etapa pediátrica estimula los sentidos del niño, con esto logrando una mejor</p>

<p>Proporcionar un entorno variable (independiente)</p> <p>-Musicoterapia (independiente)</p> <p>-Terapia con juegos (independiente)</p>	<p>se le pueden dar al niño, por ejemplo juguetes fácilmente lavables que no contengan piezas pequeñas, que tengan diferentes texturas (suaves, ásperas, lisas, etc.)</p> <p>-Cuidar que los juguetes no tengan piezas pequeñas</p> <p>-Utilizar juguetes coloridos (rojo, azul, amarillo, verde)</p> <p>-Colocar móviles sobre su cuna</p> <p>-Proporcionar frazadas de colores llamativos</p> <p>-Promover un ambiente tranquilo</p> <p>-Determinar el interés del individuo por la música. Se recomiendan sonidos de la naturaleza, música instrumental o de estimulación temprana.</p> <p>-Identificar las preferencias musicales del individuo.</p> <p>-Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.</p> <p>-Dispones un ambiente tranquilo, libre de interrupciones.</p> <p>-Dar tiempo suficiente para permitir un juego efectivo, al proporcionar figuras de plástico de colores llamativos, sonajas, movilizand o el carrusel y efectuando sonidos.</p> <p>-Proporcionar un equipo de juegos seguro.</p> <p>-permitir que el paciente manipule los juguetes.</p> <p>-Observar el uso por parte del paciente de los juguetes, sonajas, carrusel de figuras y colores,</p>	<p>percepción para su vida futura.</p> <p>Logra el desarrollo psicomotor por etapas.</p> <p>(Nordmark/ Rohweder, 2008)</p> <p>-Las estrategias creativas para variar el ambiente ayudan a evitar el aburrimiento (Carpenito,1993)</p> <p>-La musicoterapia es el uso de la música para satisfacer necesidades físicas y emocionales, logrando una distracción favorable (Riopelle,1990)</p> <p>-El juego es uno de los aspectos más importantes de la vida infantil y una de las herramientas más importantes para tratar el estrés (Riopelle,1990)</p>
--	---	---

## Evaluación

La Madre continúa en disposición para proporcionar jugar con su paciente logrando con esto continuar en independencia nivel 1

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
COMUNICACIÓN	-----	30 oct 2012	INDEPENDENCIA	BAJA	ACOMPANAMIENTO

## Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de comunicación

Objetivo:

El paciente permanecerá en nivel 1, independencia, de la necesidad de comunicación durante su estancia intrahospitalaria, mediante acciones de estimulación.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>-Valorar la comunicación efectiva del paciente diariamente (independiente)</p> <p>-Mantener contacto con el paciente (Independiente)</p>	<p>-Comprensión sobre el proceso de comunicación</p> <p>-Determinar los factores ambientales.</p> <p>-Identificar los procesos de comunicación efectiva entre el paciente y familiares.</p> <p>-Interactuar con el paciente, hablar con él y valorar si emite sonidos o balbuceos durante la estimulación auditiva.</p> <p>-Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con el paciente.</p> <p>-Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece contacto.</p> <p>-Coger al bebé cómoda y firmemente,</p>	<p>-El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros y para su expresión. La comunicación entre los individuos está influida por factores internos y externos.</p> <p>(Nordmark/ Rohweder, 2008)</p> <p>-La colaboración de los padres en los cuidados del paciente ayudan a preservar la comunicación y la unidad familiar y</p>

<p>-Estimulación temprana (independiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar a los padres a tocar al paciente.</li> <li>-Evaluar el efecto cuando se realiza el contacto.</li> <li>-Hablar al paciente mientras se tenga contacto directo con él.</li> <li>-Observar si existe sonrisa, llanto, movimientos, al momento de la estimulación auditiva.</li> <li>-interactuar con el paciente y animar al familiar a la interacción con el niño.</li> <li>-acostarlo de espalda y levantarlo hasta sentarlo suavemente tomándolo de las manos.</li> <li>-Colocar objetos a los lados para que gire su cabeza.</li> <li>-cantarle canciones de cuna, esto para desarrollar el ritmo de lenguaje.</li> <li>-Proporcionarle juguetes que produzcan sonidos y observar su reacción.</li> <li>-Cambiarlo de posición y ayudarlo a la movilización</li> <li>-Pasarle objetos con texturas diferentes desde la punta de los dedos hacia la muñeca para desarrollar el sentido del tacto</li> </ul>	<p>posibilita que el niño se relacione con los demás</p> <p>(Nordmark/ Rohweder, 2008)</p> <p>-La estimulación temprana induce a la adaptación del paciente, se produce cuando se es capaz de ejecutar comportamientos de comunicación efectivos. (Kozier,1993)</p>
---	--	---

### Evaluación.

Durante el tiempo que se implementó el plan de atención se contó con el material y equipo necesario para la atención adecuada del paciente, la paciente se mantuvo en independencia 1 durante su estancia intrahospitalaria, logrando el objetivo.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
VALORES Y CREENCIAS	-----	30 oct 2012	INDEPENDENCIA	BAJA	ACOMPANAMIENTO

## Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de valores y creencias

Objetivo:

El cuidador primario se mantendrá en independencia nivel 1 en la necesidad de valores y creencias durante su estancia intrahospitalaria.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
-Identificar valores y creencias del cuidador primario  (independiente)	-Identificar las experiencias a las que se tiene que adaptar el paciente dada la hospitalización.  -Proporcionar al paciente y familiares la oportunidad de practicar sus papeles socioculturales.  -La enfermera debe examinar y evaluar su propia identificación sociocultural, su comportamiento de acuerdo con su papel y las expectativas con el fin de evita cualquier acto de enfermería que no sea terapéutico.	- En una sociedad en la cual existen múltiples grupos raciales y religiosos, las relaciones interpersonales satisfactorias pueden ser interferidas por ideas preconcebidas, malas concepciones y falta de conocimientos de un grupo sobre el otro.  (Nordmark/ Rohweder, 2008)
-Clarificación de valores  (independiente)	-Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección.  -Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios.  -Apoyar la toma de decisiones del cuidador primario.	Los valores se dan en las personas independientemente que seles conozca o no, son descubiertos por el hombre y de esta manera los hacen parte de sí mismos. (Nordmark/ Rohweder, 2008)
-Apoyo espiritual  (independiente)	-Fomentar la práctica de valores humanos.  -Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.  -Tratar al paciente con dignidad y respeto.  -Fomentar la participación en actividades religiosas.	-El personal de enfermería debe mostrar respeto para poder contar con la disposición y confianza de manifestarse.(Kozier,1991)

## Evaluación

El cuidador primario continúa en nivel 1 de independencia, se logró el objetivo.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
REALIZACIÓN	-----	31 oct 2012	Dtm 3	BAJA	ACOMPANAMIENTO

### Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteración en la necesidad de realización relacionado con enfermedad de la hija y ser el único cuidador en el hospital

#### Objetivo:

La madre no presentará alteración en la necesidad de realización a través del apoyo del personal multidisciplinario durante la estancia intrahospitalaria de su paciente.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>-Valorar la necesidad de realización de la madre (independiente)</p> <p>-Apoyo a la familia (independiente)</p>	<p>-La enfermera puede dirigir sus conocimientos y observaciones hacia los pacientes para determinar-</p> <p>-como el individuo se ve a sí mismo.</p> <p>-factores o situaciones del ambiente que interfieran en su estado actual.</p> <p>-proporcionar actitudes y experiencias positivas al paciente y su familia.</p> <p>-Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.</p> <p>-Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.</p> <p>-Ofrecer una esperanza realista.</p>	<p>-El equilibrio psicológico requiere de una integración adecuada de todos los aspectos de los procesos psicológicos del individuo  (Rosales/Reyes,2011)</p> <p>-La familia es el principal recurso para responder a las necesidades propias y del entorno familiar, constituye un referente para el proceso de integración (Nordmark/Rohweder, 2008)</p>

-Apoyo al cuidador principal (independiente)	-Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.  -Determinar la aceptación del cuidador de su papel.  -Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.  -Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.	-El contacto frecuente es un componente importante en la realización familiar (Nordmark/ Rohweder, 2008)
---	--	--

### Evaluación

La madre continúa en disposición para continuar con la realización dentro de su círculo familiar, contando con el apoyo de su familia y del personal multidisciplinario del hospital.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
APRENDIZAJE	-----	31 oct 2012	INDEPENDENCIA	BAJA	ACOMPANAMIENTO

### Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de aprendizaje

Objetivo:

La paciente se mantendrá en nivel de independencia 1, durante su estancia intrahospitalaria mediante estimulación continua.

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
-Enseñanza individual (independiente)	-Establecer compenetración con el paciente.  -Proporcionar un ambiente que favorezca el aprendizaje.  -Identificar las necesidades individuales del paciente.	-En el aprendizaje completo la adquisición es más eficaz si las partes del objetivo se estudian por separado. La información que se aprende con mayor

<p>-Fomentar el desarrollo del paciente</p>	<p>-Desarrollar una relación de confianza con el paciente.</p> <p>-Establecer una interacción individual con el paciente.</p> <p>-Asegurarse que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.</p>	<p>eficiencia es aquella que tiene significado para el contexto de la vida del individuo. (Nordamark/Rohweder, 2008)</p> <p>-El aprendizaje está influido por una variedad de factores internos y externos, éste es más probable que sea eficaz si el aprendiz tiene la oportunidad de practicar los nuevos conocimientos (Nordamark/Rohweder, 2008)</p>
<p>-Potencialización de la disposición de aprendizaje (independiente)</p>	<p>-Disponer de un ambiente no amenazador.</p> <p>-Establecer la credibilidad de la información proporcionada.</p> <p>-Aumentar la orientación en la realidad por parte del cuidador primario.</p> <p>-Efectuar el juego como método de aprendizaje con juguetes coloridos, musicales, de texturas.</p>	<p>-El juego permite al niño experimentar su aprendizaje (Rosales/Reyes, 2011)</p>

### Evaluación.

Se logró el objetivo ya que la paciente se mantuvo en nivel de independencia 1.

Necesidad	Fuente de dificultad	Fecha de identificación	Grado de dependencia	Tipo de prioridad	Rol de enfermería
VESTIDO	-----	26 oct 2012	INDEPENDENCIA	BAJA	ACOMPANAMIENTO

Diagnóstico de enfermería

Independencia de la necesidad de vestido

Objetivo:

La paciente continuara en independencia nivel 1 durante su estancia en el hospital

Intervenciones de enfermería	Acciones de enfermería	Fundamentación
El cuidador ayuda a vestir a su hija	-Vestir al paciente después de terminar la higiene personal.  Con la ropa hospitalaria reglamentaria.  -Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.  Por ejemplo la ropa hospitalaria, playeras son botones (con cintas que amarren hacia un lado), pantalón sin resorte (con cintas que amarren y queden dentro del pantalón)	Existen algunas necesidades que se consideran comunes para todas las personas, de aquí la importancia de la vestimenta (Rosales/Reyes, 2011)

Evaluación.

Se contó con la ropa suficiente para su vestimenta, se mantiene en nivel de independencia 1

#### EVALUACIÓN GENERAL

Se lograron los objetivos con el paciente, el cual fue dado de alta del hospital por mejoría el día 2 de noviembre del 2012, se le proporciono orientación y se resolvieron dudas.

Actualmente se le da seguimiento por parte de la consulta externa para posteriormente integrarlo a tratamiento con quimioterapia

### 3. CONCLUSIONES

Al elaborar un estudio de caso se requieren fundamentos para la atención adecuada de nuestros pacientes e implementación de acciones.

Al llevar a cabo la aplicación del PAE junto con el modelo de la teórica Virginia Henderson nos da la pauta para llevar a cabo nuestras actividades específicas de una manera sistematizada y con fundamentos teóricos. Permite la adecuada identificación y jerarquización de necesidades para intervenir y lograr una independencia en el paciente.

Los instrumentos utilizados fueron funcionales durante la valoración al paciente ya que se pudieron recolectar los datos necesarios para el estudio de caso.

Se alcanzaron los objetivos planteados y el paciente egreso a su domicilio por mejoría el día 2 de noviembre del 2012.

Se identificaron 15 casos clínicos de pacientes pediátricos, de los cuales se lleva a cabo el proceso de atención enfermero, utilizando el modelo de Virginia Henderson. Y se elaboraron diagnósticos de enfermería (3 de dependencia, 3 de riesgo y 8 de independencia).

### 4. SUGERENCIAS

Aplicar en todo nuestro hacer de enfermería algún modelo ya que esto nos unifica como profesionales de la salud para proporcionar atención individualizada.

Sugiero que se proporcione más tiempo para la valoración de los pacientes ya que éste fue insuficiente.

Para valorar a mi paciente hubo cosas importantes que tratar junto con el familiar pero el tiempo otorgado a la práctica es corto y no se puede dar un seguimiento constante para la valoración.

Se sugiere implementar sesiones de enfermería cada semana donde se presenten estudios de caso y su seguimiento.

Se sugiere la publicación de estudios de caso para difundir nuestro hacer de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R, Aplicación del proceso enfermero. 5ta ed. Edit. Doyma-Mosby. Barcelona España. 2003.
2. Alfaro-Lefevre, el pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico. Masson, 1996.
3. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, Secretaria de Salud, 2001
4. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. España, Ed. Mosby 2003
5. Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986.
6. Iyer P, Taptich B, Bernocchy-Losey D. El proceso de Diagnóstico y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México: MC Graw-Hill; 1997
7. Joan Corominas. Diccionario crítico etimológico castellano e hispano. Mosby. 2011
8. Manual Merk 16 edición, edición del centenario. Edit. Harcourt, 2008.
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. España: ELSEVIER; 2008.
10. NIC. Clasificación de intervenciones 5ta ed. Edit. Elsevier, 2008
11. NOC, Clasificación de Resultados de enfermería. 4ta ed. Edit. Elsevier. 2008.
12. R. Blasco. Administración y servicios de enfermería. Universitat de Barcelona Campus de Bellvitge. 2010.
13. Walsh, P., Retik. A., Partin, A.: Pediatric Urologic Oncology, Wilms' Tumor. Campbell's urology 8th edition. 2010

## HEMEROGRAFIA

1. Brown KW, Malik KT. The Molecular Biology of Wilms' Tumour: Expert Reviews in Molecular Medicine 2010
2. Carreño Rodríguez, Adriana. Estudio de caso en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 19, Núm. 3. Septiembre-Diciembre 2011.
3. Díaz, Erika. Estudio de caso Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 19, Núm. 2. Mayo-Agosto 2011.
4. Fernández, Alonso. Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita. Rev. Enfermería en Cardiología No.44/2° cuatrimestre 2008.
5. Hernández Tapia, Angélica. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Rev. CONAMED 2011; 16 supl 1:S34-S40
6. Henderson-Nite. Enfermería teórica y práctica. El papel de la enfermera en la atención del paciente. Vol. 1. La prensa médica. Barcelona, 1987.
7. Martínez, Eneida. Caso clínico de un paciente con necesidad de moverse. Revista de enfermería del IMSS, No.15, 2010.
8. Mondragón, Adriana. Estudio de caso de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 18, Núm. 8. Septiembre-Diciembre 2010
9. Oblitas, Ángeles. Estudio de caso en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista de enfermería Herediana 2010
10. Puig-Plana María Pilar. Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. Enfermería clínica. Vol. 20. Elsevier, Doyma 2010.
11. Sánchez, Luis. Caso clínico de un paciente con neumonía. Revista de enfermería del IMSS, vol. 9 2010

## ELECTRONICA

1. Ferrer, Ángeles. Caso clínico de Síndrome de Down recuperado en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>, Hospital Teresa Herrera.
2. González, Gabriela. Caso clínico de Guillan Barre, recuperado en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>
3. Hernández, Sanmiguel. Caso clínico de rabdiomiosarcoma recuperado en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>
4. Oble, Perla María. Caso clínico a un neonato sano. Revista del Hospital General de México 2011 en la pág. <http://www.authorstream.com/Presentation/OBLE-971617-presentacion-caso-clinico/>
5. Peter Singer, «Ethics» (en inglés), Ethics, p. 1, <http://search.eb.com.central.ezproxy.cuny.edu:2048/eb/article-9106054>, consultado el 07 de Diciembre del 2012.
6. Rivero, Wilmaris. Caso clínico de leucemia, recuperado en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3796/4/Aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-a-paciente-con-diagnostico-de-leucemia-linfoblastica-aguda-complicado-con-endocarditis-infecciosa-fundamentado-en-la-teoria-de-Virginia-Henderson>.
7. Sánchez. Tipos de planeación. Recuperado en Diciembre del 2012 en la página <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
8. Zapatero Gatón, Gonzalo. Casos clínico recuperado en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/urologia/plandecuidados>

# 6. ANEXOS

- 1-Hoja de reporte diario
- 2-Historia clínica 0-5 años
- 3-Escala de valoración peso-talla
- 4-Consentimiento informado.

ANEXO 1

UN M

Enfermería

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

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre 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) Observación General

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

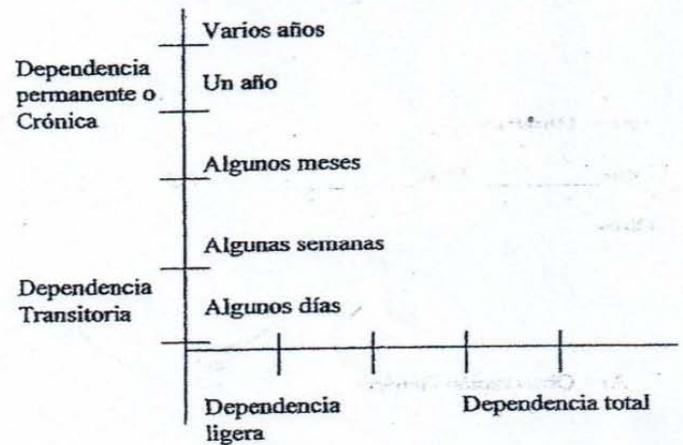
Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

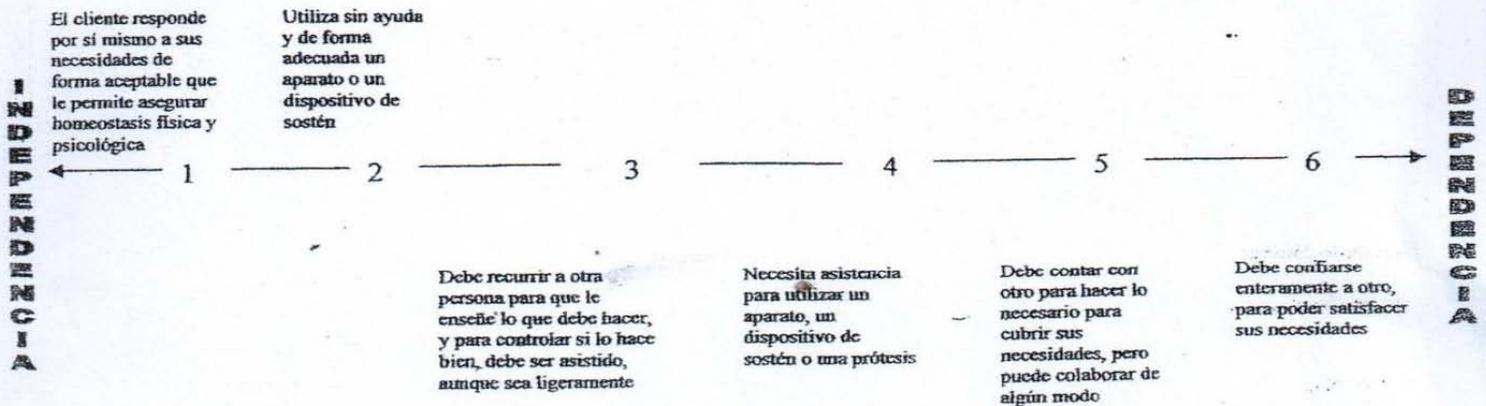
Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

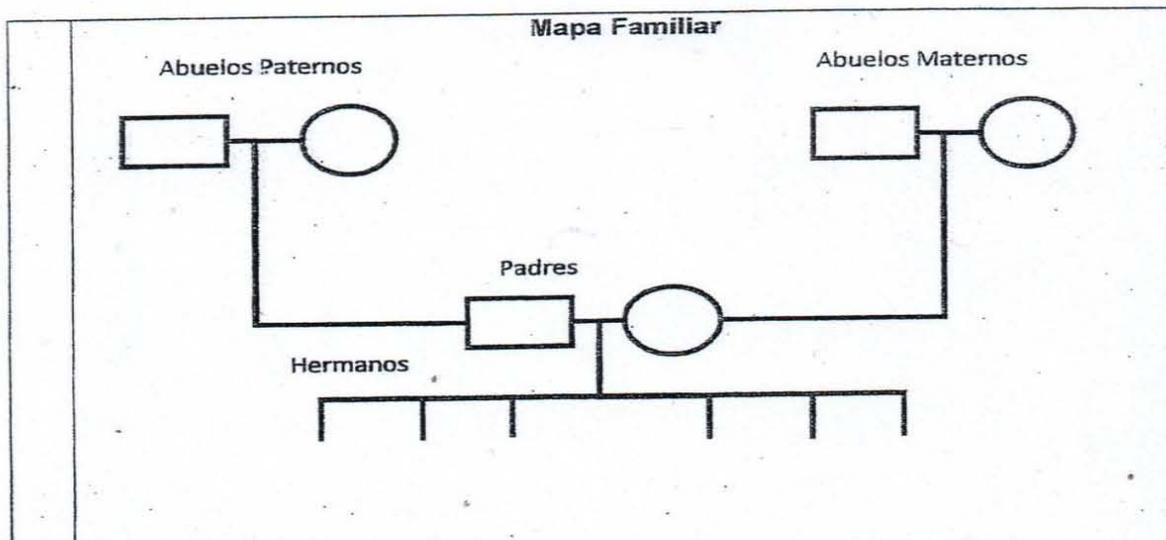

  
**UNAM**
  
**POSGRADO**
  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**
  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ENFERMERÍA INFANTIL**

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

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnostico Médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II F A M I L I A	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: _____ _____



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relaciones Afectiva	Enfermedades

**Símbolos**

Hombre     Mujer     Pacientes problemas     Pacientes problemas  
 Fallecimiento     Relaciones fuertes     Relaciones débiles     Relaciones con estrés

III O R I E N T A C I O N	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí ___ No: ___ Sala de espera: Sí ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado actual del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí ___ No: ___</p> <p>Servicio Religioso: ___ Restricciones en la visita: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
IV A N T E C E D E N T E S I N D I V I D U A L E S	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar:</p> <p>Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____</p> <p>Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____ ¿Quién?: _____ ¿Cuando? _____ El niño es alérgico; Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es Sí, ¿a que es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación:</p>

1	<b>Alimentación</b>																																
	<p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Con que frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____</p> <p>Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____</p> <p>Licuada: _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____</p> <p>Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____ Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p> <p>Alimentación especial: _____</p>																																
1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Cantidad de alimentos:</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Desayuno</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Comida</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Merienda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cereales</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Carne</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>Tipo de líquidos: Vía oral:</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Vía Parenteral:</td> </tr> <tr> <td>Hábitos en los alimentos:</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>A qué edad le salieron los dientes:</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </tbody> </table>	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda	Cereales				Frutas				Carne				Tipo de líquidos: Vía oral:					Vía Parenteral:			Hábitos en los alimentos:				A qué edad le salieron los dientes:			
Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda																														
Cereales																																	
Frutas																																	
Carne																																	
Tipo de líquidos: Vía oral:																																	
	Vía Parenteral:																																
Hábitos en los alimentos:																																	
A qué edad le salieron los dientes:																																	
2	<b>Eliminación</b>																																
	<p>Evacuaciones orina en el pañal en orinal en el baño día noche</p> <p>_____</p> <p>Consistencia de las heces: formadas: _____ pastosas: _____</p> <p>Blanda: _____ Líquida: _____</p> <p>Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Grumosa: _____</p> <p>Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____</p> <p>Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____</p> <p>Restos Alimenticios: _____</p> <p>Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____</p> <p>Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hábitos: _____</p> <p>Descripción de genitales: _____</p> <p>Sudoración: _____</p>																																

Oxigenación

3 Somatometría : Peso: \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Perímetros: Cefálico: \_\_\_\_\_  
 Abdominal: \_\_\_\_\_ Torácico: \_\_\_\_\_ Braquial: \_\_\_\_\_  
 Signos vitales: Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ 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                      \_\_\_\_\_  
 Humidificación y oxigenación: \_\_\_\_\_  
 Tiene dificultad para respirar: cuando come \_\_\_\_\_ cuando camina \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
 4 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 siesta: \_\_\_\_\_ En qué horario: \_\_\_\_\_  
 Valoración neurológica: Actividad: Activo: \_\_\_\_\_ Letárgico: \_\_\_\_\_ Tranquilo: \_\_\_\_\_  
 Dormido: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_ Movimientos simétricos: \_\_\_\_\_  
 Asimétricos: \_\_\_\_\_ Respuesta pupilar: \_\_\_\_\_  
 Para el recién nacido: Reflejos, succión: \_\_\_\_\_ Deglución: \_\_\_\_\_ Nauseoso: \_\_\_\_\_  
 Búsqueda: \_\_\_\_\_ Moro: \_\_\_\_\_  
 Prensión: \_\_\_\_\_ Fontanela: Normal: \_\_\_\_\_ Abombada: \_\_\_\_\_ Deprimida: \_\_\_\_\_  
 Suturas craneales: Aproximadas: \_\_\_\_\_ Separadas: \_\_\_\_\_ Imbricadas: \_\_\_\_\_

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

9	<p style="text-align: center;"><b>Higiene</b></p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>
10	<p style="text-align: center;"><b>Recreación</b></p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ la música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por los juegos: _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega solo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>
11	<p style="text-align: center;"><b>Religión</b></p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran? _____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;"><b>Seguridad y protección</b></p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____</p> <p>Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p>
	<p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____</p> <p>O con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____</p>

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

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

De qué forma acostumbra dárselos: \_\_\_\_\_

### Aprendizaje

13 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

14 ¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? \_\_\_\_\_  
Su hijo participa en los juegos: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Con quién: \_\_\_\_\_  
Comparte juguetes: \_\_\_\_\_  
Hace amistad con otros niños y adultos: \_\_\_\_\_  
Imita a su papá, o a usted o algún pariente: Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí explique por qué  
y cómo: \_\_\_\_\_  
Otros datos: \_\_\_\_\_  
  
Nombre de la Enfermera: \_\_\_\_\_  
  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Análisis**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Orientación dietética:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Medicamentos indicados:

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

6. Fecha de su próxima cita: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL  
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTUDIO DE CASO**

Fecha\_\_ 10 de octubre del 2012.

NOMBRE:\_\_\_\_\_

AFILIACIÓN\_\_\_\_\_

SERVICIO:\_\_\_\_\_

Yo\_\_\_\_\_ acepto voluntariamente que mi paciente \_\_\_\_\_ participe en el estudio de caso de \_\_\_\_\_ con el objetivo de proporcionarle continuidad al tratamiento y a los cuidados específicos que requiera para su recuperación.

Se me explicaron beneficios y posibles riesgos dando pauta a retirar a mi paciente de este estudio de caso si así lo decido, sin tener ningún inconveniente.

Responsable del estudio de caso \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTUDIO DE CASO

Fecha 10 de octubre del 2012.

NOMBRE: M. G. G. T.

AFILIACIÓN 797127

SERVICIO: Cirugía

Yo Maria Argelia Toxqui acepto voluntariamente que mi paciente MGGT participe en el estudio de caso de Lic. Giselda Hernández Méndez con el objetivo de proporcionarle continuidad al tratamiento y a los cuidados específicos que requiera para su recuperación.

Se me explicaron beneficios y posibles riesgos dando pauta a retirar a mi paciente de este estudio de caso si así lo decido, sin tener ningún inconveniente.

Responsable del estudio de caso Lic Giselda Hernández Méndez

Firma Giselda Hdz M.

Nombre del padre o tutor Maria Argelia Toxqui

Firma Maria Argelia Toxqui