



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

SEDE HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE BAJÍO

**ESTUDIO DE CASO A UN LACTANTE MAYOR POR GLIOMA DE
VÍAS ÓPTICAS DE BAJO GRADO CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA

L.E.O. MAYOLA DEL CARMEN REYES ALCARAZ



TUTOR: E.E.I. LUZ DE LOURDES SÁNCHEZ NAVARRO

LEÓN, GTO. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

- A mi Poder Superior, por darme las facultades necesarias y permitir desarrollarme en esta profesión tan hermosa.
- A mi esposo, padres, y hermanas, por ser ese impulso y apoyo que me mantienen en el camino, y ser el motor de mi vida.
- A mi coordinadora, por compartirme sus conocimientos y experiencias, por inculcar responsabilidad, respeto y amor a mi profesión.
- A todo el personal del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío involucrado en este proyecto, por el apoyo y las facilidades otorgadas en mi realización académica y profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Estudios Relacionados.....	1
1.2 Proceso de Atención de Enfermería	9
• Primera Etapa: Valoración.....	12
- Obtención de datos.....	20
- Validación de los datos.....	21
• Segunda Etapa: Diagnóstico.....	22
- Tipos y componentes.....	25
• Tercera Etapa: Planificación.....	26
- Tipos de planificación.....	27
- El proceso de la planificación.....	29
• Cuarta Etapa: Ejecución.....	38
- Sistema de prestación de cuidados.....	39
• Quinta Etapa: Evaluación.....	42
- Formas de evaluación.....	43
- Esquema del proceso de evaluación.....	44
- Normas y cánones.....	46
- Lineamientos para la evaluación.....	47
1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....	50
• Conceptos principales.....	51
• Continuum Independencia-Dependencia.....	53
• Fuentes de la dificultad.....	54
• Necesidades	56
• Cuidados básicos	58
• Supuestos principales.....	61
• Postulados	62
1.4 Aspectos Éticos en el cuidado de Enfermería.....	64
• Declaración de principios.....	65
• Código de Ética para Enfermeras en México.....	68
• Consentimiento Informado.....	72
• Decálogo de Enfermería	79

1.5	Factor de Dependencia de Glioma de vías ópticas de bajo grado	81
2	METODOLOGÍA	
2.1	Descripción del caso.....	86
	• Habitus exterior	87
	• Jerarquía de las necesidades	88
2.2	Métodos e Instrumentos	94
2.3	Proceso de Construcción del Diagnóstico	96
2.4	Proceso de Planeación	101
2.5	Plan de Alta	122
3	RESULTADOS	124
4	CONCLUSIONES	125
5	BIBLIOGRAFIA	126
6	ANEXOS	129
	Anexo 1. Historia Clínica de Enfermería	
	Anexo 2. Hoja de Reporte Diario	
	Anexo 3. Hoja de Consentimiento Informado	
	Anexo 4. Díptico	

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso se analizan las necesidades de una lactante mayor con diagnóstico médico de Glioma de vías ópticas de bajo grado, que presenta consecuencias irreversibles derivadas de la propia evolución de la enfermedad, para cubrir sus necesidades de la mejor manera.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería. Desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. Le creaba insatisfacción la ausencia de un modelo enfermero que proporcionara una identidad profesional.

De acuerdo con la definición de la función y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención durante la atención del individuo en las diferentes etapas del desarrollo del mismo.¹

El Proceso Atención de Enfermería es el método científico de la Enfermera y está centrado en las respuestas humanas del sujeto, objeto de su atención, por lo que se hace imprescindible que la Enfermera conozca los enfoques éticos y bioéticos actuales y los aplique en cada una de las etapas de este método.

Para la aplicación de estos enfoques de forma completa se hace necesario que todo el personal de Enfermería conozca y domine los principios éticos establecidos y tenga plena conciencia de qué tratan cada uno de ellos y los fines que se buscan al aplicarlos.² En este trabajo se aplicaron diversos principios

¹ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. p.7.

² Porra J. (2001). *Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería*. Revista Cubana Enfermería, 17(2).p. 8.

éticos como lo son la beneficencia y no maleficencia, autonomía, justicia, valor de la vida humana, privacidad, veracidad, confiabilidad; los cuales se ven reflejados mediante el uso del consentimiento informado, el respeto de los derechos de los niños, de los pacientes y de los pacientes oncológicos.

En la actualidad, para lograr resultados óptimos en el tratamiento de pacientes pediátricos oncológicos es indispensable la colaboración de todo el equipo de salud y la atención especializada de la Enfermería Infantil que se encuentre en contacto con el paciente.

El presente estudio de caso se realizó en tres etapas; la primera fue mediante una revisión de la Enfermería basada en la evidencia, la cual permite documentar el marco teórico; la segunda parte fue la elección del caso clínico. Y en la tercera etapa se aplicó el método clínico, basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, la cual plantea catorce necesidades humanas, que determina en estadios de independencia y dependencia, enunciadas en los diagnósticos de enfermería y así optimizar el cuidado enfermero en prioridades que favorezcan la pronta recuperación de la salud del individuo en este caso a tratar.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, aunado al apoyo de la institución, del personal médico, enfermero y administrativo, a través del equipo, los procedimientos y políticas, considerando los diversos principios éticos en este estudio de caso, permitieron otorgar una atención especializada de Enfermería a la paciente pediátrica, logrando así, cubrir las necesidades alteradas, reforzar aquellas que se encuentran en independencia, para que de ésta manera, optimizar la calidad de vida de la persona.

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en base a la propuesta filosófica de Virginia Henderson a una lactante con dependencia en la necesidad de evitar los peligros del entorno de manera proactiva para lograr su independencia, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío de la ciudad de León, Guanajuato, durante el período de Octubre 2011 a Junio del 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar una valoración exhaustiva y focalizada de los datos obtenidos de la paciente y del cuidador primario dentro del marco de la bioética y previo consentimiento informado.
- ❖ Formular los diagnósticos enfermeros derivados del análisis de la valoración de la lactante.
- ❖ Diseñar una planificación de las intervenciones a realizar en base a la fijación de objetivos para corregir las necesidades alteradas, reducir las que se encuentran en riesgo y reforzar aquellas que están en independencia.
- ❖ Llevar a cabo las intervenciones especializadas durante la fase de planificación.
- ❖ Valorar el cumplimiento de los objetivos y la eficacia del plan de intervenciones trazado para lograr la independencia de la lactante.

1 MARCO TEÓRICO

1.1. ESTUDIOS RELACIONADOS

La práctica de Enfermería en las últimas décadas está luchando por conformar un cuerpo de conocimientos propios que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, lo que se logrará con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias.

En los últimos años, el desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia (PBE) ha revolucionado el mundo sanitario con sus planteamientos. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

Es importante destacar que la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) considera el método científico como la mejor herramienta de que disponemos para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética y reconoce la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la moderna práctica profesional. Por lo tanto, se pone de manifiesto la contribución de la EBE a aumentar el cuerpo de conocimientos propio, lo que garantiza el desarrollo de la profesión enfermera. (Subirana Casacuberta & Fargues García, 2004)

Para establecer un plan de atención es necesario contar con conocimientos de manera que se contemple a la persona en sus esferas, es por eso que realicé una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, que abordan los conceptos Virginia Henderson, paciente pediátrico, glioma de vías ópticas, Proceso Atención de Enfermería, encontrándose una amplia variedad de artículos científicos, siendo los de mayor utilidad diez de éstos.

El primer estudio de caso se titula “Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único”, de Cruz López Luz María y Martínez Palomino Guadalupe, trata de una lactante menor de 51 días de nacida, originaria de Netzahualcóyotl, Estado de México, que presenta cianosis importante desde el nacimiento, que se agudiza con la alimentación y el llanto, se refiere que en una hospitalizaciones previas. El diagnóstico definitivo es cardiopatía congénita de ventrículo único, el estudio fue desarrollado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en el 2006. La metodología usada en el estudio de caso es descriptiva, con la utilización de la filosofía de Virginia Henderson y Proceso Atención de Enfermería con la taxonomía de la NANDA. Elaborándose 7 diagnósticos reales y 1 diagnóstico de riesgo.

Concluyen el estudio de caso mencionando que como profesionales de enfermería nos encontramos ante situaciones muy complejas en nuestro trabajo diario. A través de nuestro plan de cuidados se logran optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de pacientes y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento médico.³

Otro estudio referido es de Magdalena Sierra Pacheco realizado también en el postquirúrgico del Servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, titulado “Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena”; y se trata de un lactante menor de 3 meses de edad, con diagnóstico de Coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar, originario y residente del estado de Hidalgo, madre de 29 años, dedicada al hogar, tabaquismo ocasional, aparentemente sana. Padre de 32 años Odontólogo, toxicomanías negadas, aparentemente sano, un hermano de 6 años, sano. Producto de segunda gestación, control prenatal desde el primer trimestre del embarazo, cursa con hiperémesis

³ Cruz, L., Martínez, G., (2006). *Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiología. 14(2), pp 56-61.

gravídica y desprendimiento prematuro de placenta; se maneja ambulatoriamente. A las 30 semanas de gestación se diagnostica oligohidramnios severo, es trasladada al Instituto Nacional de Perinatología donde se realiza cesárea de urgencia, con producto vivo de 33 SDG por Ballard con un peso de 760 gramos, que requirió intubación orotraqueal y aplicación de factor surfactante, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde permanece por 80 días, posteriormente es trasladado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ingresó el día 17/03/2005, hemodinámicamente estable, el 22/03/2005 se realiza coartectomía y ampliación del arco aórtico con sección y sutura del conducto arterioso. El 29 de marzo presenta derrame pericárdico e ingresa nuevamente a quirófano, al inicio presenta bradicardia severa hasta llegar a asistolia por lo que amerita maniobras de reanimación durante 15 minutos y revierte a ritmo sinusal.

Las herramientas utilizadas en el estudio de caso fueron el modelo conceptual de Virginia Henderson y el método enfermero junto con la taxonomía de la NANDA realizándose así un Plan de Intervenciones de Enfermería.

Sierra Pacheco concluye el estudio mencionando que la utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica durante el ejercicio de la profesión ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana, las necesidades y los problemas cambian de forma constante y dinámica por lo que el plan de atención se debe ir modificando con respecto al problema actual, por lo que una valoración constante ayuda a que se identifiquen los problemas a resolver.⁴

Alonso Fernández y Ros Elvira elaboraron un estudio titulado “Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC y NOC.” Realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de España en el año 2008,

⁴ Sierra, M., (2006). *Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 14(1), pp 16-23.

que habla del caso de David, un lactante menor de 8 meses de edad, que ingresa en la UCIP en situación posoperatoria inmediato de cirugía cardíaca por diagnóstico de Defecto de Canal Aurículo-Ventricular Completo, agregados a la patología cardíaca los diagnósticos de Síndrome de Down e hipotiroidismo, utilizando como metodología el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson y Proceso Atención de Enfermería en conjunto con la clasificación de los diagnósticos de la NANDA, dando como resultado la resolución de un diagnóstico real debido a que los cuidados se prolongan durante más tiempo que lo que dura la jornada laboral; y obteniendo como conclusión que el uso de un proceso sistemático y organizado ha sido de esencial importancia para organizar las ideas, integrar los lenguajes enfermeros en la práctica diaria, ya que así es de gran utilidad y favorece el desarrollo de nuestra profesión, confiando así , en que el desarrollo de los planes de cuidados estandarizados y el uso de las herramientas informáticas adecuadas puedan contribuir a la aplicación práctica y simplificación del proceso de atención de enfermería sin dejar de lado los valores humanistas y la atención personalizada y única que nuestros pacientes necesitan.⁵

Otro estudio de caso que se encontró es el de Ferrer Pardávila en el año 2003 realizado en el Hospital Teresa Herrera en Coruña, España; titulado “El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda, en Enfermería Pediátrica” utilizando como herramienta el Proceso Atención de Enfermería usando los diagnósticos de la NANDA con base en las necesidades de Virginia Henderson aplicado a una paciente lactante menor de 11 meses con diagnóstico de Estancamiento ponderal, Cardiopatía congénita y Síndrome de Down. El Proceso Atención de Enfermería estaba enfocado principalmente al diagnóstico médico de estancamiento ponderal, teniendo como resultado una ganancia de peso. El estudio de caso concluye mencionando que los

⁵ Alonso, S., Ros, E., (2008). Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC Y NOC. Enfermería en Cardiología. 44(2). Pp33-36.

profesionales de enfermería se han simbolizado como la persona que ayuda a los demás de su entorno, a curar y a cuidarlos en sus enfermedades, es decir que orientan la asistencia hacia aquellos que tienen la necesidad, y también que el proceso de atención de enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación con los pacientes y/o familias.⁶

El estudio titulado “Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes” cuyo autor es Rodríguez Bestilleiro y Ferrer Pardávila, estudio realizado en el Servicio de Lactantes del Hospital Materno Infantil Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A. Coruña, España; el cual es un estudio observacional, de prevalencia, descriptivo, retrospectivo, hecho en el período del 21 de octubre de 1999 al 21 de febrero del 2000, donde se incluyeron a todos los niños que ingresaron en la Unidad de Lactantes, la población de estudio fue de 176 niños, de los cuáles 100 eran varones y 76 mujeres en edades comprendidas entre 1 mes hasta 24 meses de edad; utilizaron la propuesta de Virginia Henderson y diagnósticos de la NANDA. La evaluación de los objetivos planteados en el estudio se obtuvo de los informes de enfermería al alta. El estudio concluye apuntando a que considerando el método empleado y partiendo de que cada niño y su familia son abordados como únicos, complejos y con componentes biopsicosociales y espirituales, y teniendo en cuenta que las necesidades están estrechamente relacionadas, podemos afirmar que no podemos buscar causas únicas. La intervención programada desde el mismo momento en que se produce el ingreso nos orienta tanto a actuaciones hospitalarias inmediatas como la derivación y seguimiento extrahospitalario.⁷

⁶ Ferrer, Á, García, R., Barreiro, J., (2003). *El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda, en Enfermería Pediátrica. Cultura de los cuidados.* 7(13). pp. 52-62.

⁷ Rodríguez, A., Ferrer, M., (2002). *Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y sus necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes.* Enfermería Clínica. 12(6). Pp. 52-62.

Continuando con la revisión de los estudios de caso, tenemos el titulado “Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre” de Partera Luque, et. Al., realizado en una Unidad de Cuidados Pediátricos (UCIP) de Barcelona, España. Se trata de una paciente preescolar de 5 años de edad postoperada de un quiste de colédoco que desarrolló una pancreatitis y múltiples complicaciones durante su estancia en la UCIP. La metodología fue mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería desarrollado por necesidades según el modelo de Virginia Henderson con problemas de colaboración, diagnósticos de enfermería reales y de riesgo e incluyendo la utilización de la taxonomía de la NANDA. El estudio concluye mencionando que a pesar de que en cualquier UCIP las actividades de enfermería se centran básicamente en problemas de colaboración que requieren una actuación rápida, eficiente y eficaz, consideramos imprescindible la inclusión de los padres en la planificación de los cuidados ante cualquier paciente pediátrico.⁸

Zapatero Gaytón B., et. Al, elaboraron el “Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias” aplicado a un escolar de 6 años de edad con un diagnóstico de hipospadias medio, realizado en una Unidad de Cirugía Infantil de España en el 2006, utilizando como herramienta el proceso atención de enfermería con la taxonomía NANDA con base a la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. El estudio concluye mencionando 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, y tanto físicas como mentales.⁹

Seguimos con el estudio de caso “Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital

⁸ Partera, M., Molina, F., Gestí, S., Cavero, J., (2003). *Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre*. Enfermería Clínica. 13(5). Pp.313-320.

⁹ Zapatero, I., Quilchano, B., Ausin, J., (2006). *Plan de Cuidados de enfermería a un niño con hipospadias*. Asociación Española de Enfermería en Urología. 97. Pp. 6-9.

Nacional de Chiclayo, Perú” realizado por Ángeles Oblitas Y. et. Al. En septiembre del 2009, se utilizó como material y método el proceso cuidado de enfermería procedido de las necesidades según Virginia Henderson; como conclusión precisa que el proceso de cuidado, permite brindar, promocionar y optimizar estilos de vida saludables en la paciente escolar, con la ayuda de la familia, para alcanzar su bienestar.¹⁰

Se presenta un caso titulado “Cuidados Básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura” en el 2001, realizado por Sánchez León V., en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, aplicando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson; orientada con el proceso de enfermería como el método científico de resolución de problemas del paciente.

Se concluye que gracias a la metodología aplicada se logró identificar los problemas básicos del adolescente, esto permitió realizar un plan de intervenciones de enfermería que favoreció la resolución de necesidades alteradas. Sin duda es un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería.¹¹

Por último cito el estudio hecho por Mondragón Romero A., et. Al. Titulado “Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11” en Junio del 2009, en el Servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el cuál es aplicado a un adolescente de 14 años de edad, procedente de Nayarit. El estudio de caso está basado teóricamente en el modelo de Virginia Henderson y en el Proceso Atención de Enfermería con taxonomía de la NANDA, concluyendo que es esencial que la enfermera identifique los datos

¹⁰ Ángeles Oblitas Y., Barreto Quiroz M., Bolaño Gil H., (2010). *Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú.* Rev Enferm. Herediana. Vol.3. Núm. 1. Págs.43-48.

¹¹ Sánchez, V., (2001). *Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura.* Rev. Enferm. IMSS. 9(2). Pp.91-96.

subjetivos y objetivos que presenta el niño con síndrome de delección 22q11, ya que un porcentaje alto de estos pacientes presenta delirios en la edad adulta y se controlan por la consulta externa, sólo así el personal de enfermería podrá otorgar una atención con calidad y calidez tratando de mantener la integridad e individualidad de cada paciente.¹²

El análisis de los estudios de caso como parte de la profesionalización de enfermería es de suma importancia, debido a que se requiere contar con una metodología que nos sirva como guía en la identificación de problemas del paciente pediátrico, y poder realizar un plan de intervenciones de enfermería como herramienta para resolver las necesidades básicas del individuo logrando así, brindar una atención de calidad y calidez humana.

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) adquiere un gran valor para la práctica de los profesionales de enfermería en la búsqueda sistemática de respuestas con un enfoque reflexivo e interpretativo sustentadas en la investigación, lo que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular del quehacer de la enfermera/o.

¹² Mondragón, A., Macín, G., (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 18(3). Pp. 82-86.

1.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la enfermería, como cualquier otra profesión, también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

En otras disciplinas, el abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta se denomina metodología científica; sin embargo, este abordaje sistemático, al aplicarse a nuestro ámbito asistencial, recibe el nombre de **proceso enfermero**.

Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.¹³

Anteriormente al desarrollo del proceso, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona. Con frecuencia, se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.¹⁴

CONCEPTO.

El término **P.A.E.** (Proceso de Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall se creadora en el año 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles, sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir. Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el cliente. En la tercera (decidir),

¹³ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. p.3-4.

¹⁴ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P.167.

se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan. En la quinta, (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la *Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE)*, describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “la interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”. También en 1967, la *Facultad de Enfermería de la Catholic University of America* propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

En 1973, la *American Nurses' Association (ANA)*, publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso.

Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería. El concepto de diagnóstico en enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente. El término no fue aceptado fácilmente, aunque, muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermería profesional. Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico todavía era bastante controvertido.

En 1973, Gebbie y Lavin en *St. Louis University School of Nursing* ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico en enfermería como la “conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería”. Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras canadienses. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas.

En 1980, la ANA declaró que “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”. Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del médico. En 1968, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PE en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.¹⁵

En palabras de Alfaro (1998), el proceso enfermero “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”.

El Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.), comprende cinco etapas:

- 1.- Valoración.
- 2.- Diagnóstico.
- 3.- Planeación.
- 4.- Ejecución.
- 5.- Evaluación.

Las fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino subprocesos continuos que se solapan. Cada fase del proceso de enfermería afecta a otras; están estrechamente interrelacionadas.

OBJETIVOS.

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

¹⁵ Berman, A., Kozier, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P.175.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunitarios.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo. ¹⁶

Primera Etapa: Valoración.

La **valoración** “es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información)”. En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo.

La valoración de enfermería se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar. El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de los datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.¹⁷

Obtención de los datos:

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la

¹⁶ Iyer, P., Tapich, B., Bernocchi-Losey, D., (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ra. Ed.). Barcelona, España: Mc Graw-Hill. Interamericana. Pp. 14.

¹⁷ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P.179.

omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

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

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son ejemplos de datos históricos. Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa de la enfermera y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos y u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

- Tipos de datos.

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

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

Los *datos constantes* son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar la respuesta de los pacientes ante las intervenciones de enfermería.¹⁸

- Fuente de los datos.

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

Paciente. La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que pueden obtener directamente del profesional de enfermería del paciente. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos.

Personas de apoyo. Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que está inconsciente o confundido. En algunos casos, la persona que da la información puede querer seguir siendo anónima. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, acepte tal fuente de

¹⁸ ídem. P. 180.

información. El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo.

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

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

El profesional de enfermería debe considerar siempre la información que hay en la historia del paciente a la luz de la situación actual.

Profesionales sanitarios. Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones sanitarias.

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

✓ Métodos de obtención de los datos.

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

- Observación.

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

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa. Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observados, habitualmente centrados primero en el paciente.

- Entrevista.

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

Existen dos métodos para entrevistar: *dirigido* y *no dirigido*. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de

enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo.

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

* *Tipos de preguntas para la entrevista.*

Las preguntas se clasifican a menudo en *cerradas* y *abiertas* y en *neutras* o *dirigidas*. Las preguntas cerradas, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un “sí” o “no” o respuestas cortas directas que dan información específica.

Las preguntas *abiertas*, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Las preguntas abiertas pueden comenzar por “qué” o “cómo”.

El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente en ese momento. Los profesionales de enfermería encuentran a menudo necesario usar una combinación de preguntas cerradas y abiertas a través de una entrevista para cumplir los objetivos de la entrevista y obtener información necesaria.

Una pregunta *neutra* es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas. Una pregunta dirigida, en cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. La pregunta dirigida da al paciente la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

* *Planificación de la entrevista y marco.*

Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible. El profesional de enfermería también revisa el formulario de recogida de datos de la institución para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico.

Los profesionales de enfermería y los pacientes deben sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores. Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

Momento. Los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones sean mínimas.

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

Disposición de los asientos. Una disposición de los asientos en el que las partes se sienta en dos sillas colocadas en un ángulo recto crea una atmosfera menos formal y ambos tienden a sentirse en términos iguales.

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

Lenguaje. No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en un lenguaje común, y son necesarios

intérpretes o traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto.

* *Estadios de una entrevista.*

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

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

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

El cierre. El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón. El cierre es importante para mantener la buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones.¹⁹

- Exploración física.

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación para detectar problemas de salud. Para realizar

¹⁹ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 180-86.

la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El método cefalocaudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de manera individual. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo.

En lugar de hacer una exploración completa, el profesional de enfermería puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente antes de completar la exploración. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideales o las normas de temperatura corporal o presión arterial.²⁰

Organización de datos.

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente.²¹

²⁰ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. Pp. 192.

²¹ Ídem. P. 187.

Validación de los datos.

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de “comprobar dos veces” o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- ✓ Asegura que la información de la valoración es completa.
- ✓ Asegura que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- ✓ Obtiene información adicional que puede haberse pasado por alto.
- ✓ Diferencia entre pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.
- ✓ Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

Para construir una base de datos precisa, los profesionales de enfermería deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente. La respuesta del paciente puede validar la suposición del profesional u originar más preguntas. No validar las suposiciones puede conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente.²²

Registro de datos.

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de

²² Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P.191-92.

forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Un juicio o conclusión puede tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.

Segunda Etapa: Diagnóstico.

El **diagnóstico** “es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente”.²³ El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planificación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería comenzó formalmente en 1973, cuando dos miembros del equipo de la Saint Louis University, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, percibieron la necesidad de identificar los roles de los profesionales de enfermería en un marco de asistencia ambulatoria. La First National Conference para identificar los diagnósticos de enfermería fue patrocinada por la Saint Louis University School of Nursing and Allied Health Professions en 1967. Después celebraron conferencias nacionales en 1975, 1980 y posteriormente cada 2 años.

El reconocimiento internacional llegó con la First Canadian Conference en Toronto en 1977 y la International Nursing Conference en mayo de 1987 en Calgary, Alberta, Canadá. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que reconocía la

²³ ídem. P. 196.

participación y contribución de los profesionales de enfermería en EE. UU. Y Canadá.

El objetivo de la NANDA es definir, refinar y promover una taxonomía de la terminología diagnóstica de enfermería de uso general para profesionales de enfermería diplomados. Una taxonomía es un sistema de clasificación o grupo de categorías dispuesto sobre un solo principio o grupo de principios. Los miembros de la NANDA son profesionales de enfermería, especialistas clínicos, profesores, directores de enfermería, decanos, teóricos e investigadores. El grupo ha aprobado en la actualidad más de 170 diagnósticos de enfermería para uso clínico y pruebas.

Diagnósticos de enfermería NANDA.

Para usar el concepto de diagnósticos de enfermería de forma eficaz con el fin de generar y completar un plan de asistencia de enfermería, el profesional de enfermería debe familiarizarse con las definiciones de los términos usados, los tipos y los componentes de los diagnósticos de enfermería.

Norma y errores más comunes.

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

Las siguientes recomendaciones ayudan a minimizar el error diagnóstico:

Verificar. Plantear posibles explicaciones de los datos, pero tener en cuenta que todos los diagnósticos son sólo provisionales hasta que se verifiquen. Comenzar y terminar el proceso diagnóstico hablando con el paciente y la familia. Cuando se recojan datos, preguntarles cuáles son sus problemas de salud y cuáles creen

que son sus causas. Al final del proceso, pedirles que confirmen la precisión y relevancia de sus diagnósticos.

Construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica. Los profesionales de enfermería deben aplicar el conocimiento de muchas áreas diferentes para reconocer las pistas y patrones significativos y generar hipótesis sobre los datos.

Disponer de un conocimiento de trabajo de lo que es normal. Los profesionales de enfermería necesitan saber las normas de la población en cuanto a las constantes vitales, las pruebas de laboratorio, el desarrollo del habla, los ruidos respiratorios y otros. Además, los profesionales de enfermería deben determinar lo que es habitual para cada persona, teniendo en cuenta su edad, estructura física, estilo de vida, cultura y la propia percepción de la persona de lo que es su estado normal. El profesional de enfermería debería comparar las observaciones actuales con los datos basales del paciente siempre que fuera posible.

Consultar los recursos. Los profesionales de enfermería novatos y experimentados consultan los recursos adecuados siempre que tienen dudas sobre el diagnóstico. La bibliografía profesional, los colegas y otros profesionales son recursos adecuados. El profesional de enfermería debe usar un libro de diagnósticos de enfermería para determinar si los signos y síntomas del paciente se ajustan realmente a la etiqueta de la NANDA escogida.

Basar los diagnósticos en patrones, es decir, en comportamientos en el tiempo, mejor que en incidentes aislados.

Mejorar las habilidades del pensamiento crítico. Estas habilidades ayudan al profesional de enfermería a ser consciente de los errores en el pensamiento y a

evitarlos, como un exceso de generalización, el estereotipo y el hacer suposiciones sin garantía.²⁴

Tipos de diagnósticos.

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son el actual, el del riesgo, el del bienestar, el posible y el sindrómico:

- * Un diagnóstico actual es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Un diagnóstico de enfermería actual se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.
- * Un diagnóstico de enfermería de riesgo es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.
- * Un diagnóstico de bienestar “describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento” (NANDA International, 2005).
- * Un diagnóstico de enfermería posible es uno en que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo.
- * Un diagnóstico sindrómico es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos.²⁵

Componentes de los diagnósticos.

El diagnóstico de enfermería actual o real, tiene tres componentes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos subjetivos y objetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las

²⁴ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. Pp.196-205.

²⁵ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. Pp. 197.

respuestas humanas recopiladas en la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta indica las intervenciones de enfermería adecuadas. Gordon fue quien definió los componentes del diagnóstico de enfermería como “formato P.E.S.”.

El diagnóstico de riesgo describe las respuestas humanas o situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. Por lo que tan solo está constituido por dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor del riesgo causal. Por su parte, los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podría alcanzar un nivel mayor. Todos estos diagnósticos pueden formularse como tal anteponiendo “potencial aumento de ...” ó “potencial mejora de ...” a la etiqueta diagnóstica y se prescinde de los factores relacionados y los signos o síntomas.²⁶

Tercera Etapa: Planificación.

La **planificación** “es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas”.²⁷ En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. Una intervención de enfermería es “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente” (Dochterman y Bulechek, 2004). El producto final de la fase de planificación es un plan de asistencia del paciente.

²⁶ Herrera, R. (2009). *Antología Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado* (2da. Ed.). México, D.F.: Universidad Autónoma de México.

²⁷ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 211.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificarlas en el diagnóstico de enfermería.²⁸

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.²⁹

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan de asistencia, por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos.³⁰

Tipos de planificación.

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

²⁸ Iyer, P., Tapich, B., Bernocchi-Losey, D., (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ra. Ed.). Barcelona, España: Mc Graw-Hill- Interamericana. P. 157.

²⁹ Phaneuf, M., (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 101.

³⁰ Berman, A., Kozier, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 211.

- Planificación inicial.

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

- Planificación en curso.

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

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

- Planificación para el alta.

La planificación para el alta, el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes. Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan

asistencia. Aunque a muchos pacientes se les da el alta para ir a otras instituciones, este tipo de asistencia cada vez se presta más en el domicilio. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto con el paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.³¹

El proceso de planificación.

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

- Establecimiento de prioridades.
 - Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente.
 - Selección de intervenciones de enfermería.
 - Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia.³²
-
- Establecimiento de prioridades.

El establecimiento de prioridades es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuáles segundo y así sucesivamente. En lugar de diagnósticos ordenados por importancia, los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja. Los problemas que amenazan la vida, como una pérdida de la función respiratoria o cardíaca, se consideran de prioridad alta. A los problemas que amenazan la salud, como las enfermedades agudas y la menor capacidad de afrontamiento, se les asigna una prioridad media porque pueden dar lugar a un desarrollo tardío o causar cambios físicos o emocionales destructivos. Un

³¹ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. Pp. 211-12.

³² Ídem. P. 217.

problema con prioridad baja es aquel que surge de necesidades de desarrollo normales o que requiere sólo un mínimo apoyo de enfermería.

No es necesario abordar antes todos los diagnósticos con prioridad alta que los demás. El profesional de enfermería puede abordar parcialmente un diagnóstico con una prioridad alta y después otro con una prioridad menor. Además, como el paciente puede tener varios problemas, el profesional de enfermería se enfrenta a menudo con más de un diagnóstico a la vez.

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

- * Los valores y creencias del paciente respecto a la salud: los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Cuando hay un tipo de diferencia de opinión, el paciente y el profesional de enfermería deben comentarlo abiertamente y resolver el conflicto. Pero, en una situación de amenaza para la vida, el profesional de enfermería suele tener que tomar la iniciativa.
- * Las prioridades del paciente: Implicar al paciente en la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la percepción del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de enfermería de los posibles problemas o complicaciones.
- * Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente: Si escasean el dinero, el equipo o el personal en la institución sanitaria, entonces a un problema se le puede dar una prioridad menor de lo habitual. Los profesionales de enfermería del marco domiciliario, por ejemplo, no tienen los recursos de un hospital. Si no se dispone de los recursos necesarios, podría ser necesario posponer la solución a ese problema, o podría ser necesario remitir al paciente a otro centro. Los recursos del paciente, como su capacidad económica o su capacidad para

el afrontamiento, también pueden influir en el establecimiento de prioridades.

- * La urgencia del problema de salud: sea cual sea el sistema usado, las situaciones con riesgo vital exigen a la enfermera la asignación de una prioridad alta.
- * Plan de tratamiento médico: las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con el tratamiento de otros profesionales sanitarios.

- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente.

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

Parte de la bibliografía de enfermería diferencia los términos definiendo los objetivos como declaraciones amplias sobre el estado del paciente y los resultados deseados como los criterios observables más específicos usados para evaluar si los objetivos se han cumplido.

Cuando los objetivos se establecen de manera amplia, el plan de asistencia debe incluir los objetivos y los resultados deseados.

Escribir primero el objetivo general y amplio puede ayudar a pensar en los resultados específicos que son necesarios, pero el objetivo amplio es sólo un punto de comienzo para la planificación. Es el resultado observable y específico el que debe escribirse en el plan de asistencia y usarse para evaluar el progreso del paciente.

- Selección de intervenciones y actividades de enfermería.

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las

intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, el profesional de enfermería elige intervenciones que traten los signos y síntomas o las características definidoras de la terminología de la NANDA.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería del riesgo deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente.

La identificación correcta de la causa durante la fase de diagnóstico proporciona la base para elegir intervenciones de enfermería satisfactorias. Las intervenciones variarán en función de la causa del problema.³³

- Desarrollo de los planes de asistencia de enfermería.

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

Un plan de asistencia estandarizado es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes. Un plan de asistencia individualizado se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen hacia los mismos resultados y que, si están disponibles, usen métodos que han demostrado su eficacia con un paciente en particular. Los profesionales de enfermería también usan el plan de asistencia formal para obtener ayuda sobre qué necesidades registrar en las

³³ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 217-24.

notas de evolución del paciente y como guía para delegar y asignar al personal la asistencia de los pacientes. Cuando los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería del paciente para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del paciente.

Los planes de asistencia comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de enfermería del paciente y obtener los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza el plan cuando el paciente ingresa en la institución y los actualiza constantemente a lo largo de la estancia del paciente en respuesta a los cambios en el estado del paciente y a las evaluaciones de la consecución del objetivo. Durante la fase de planificación, el profesional de enfermería debe a) decir qué necesidades del paciente necesitan planes individualizados y una asistencia habitual, y b) escribir resultados deseados individualizados e intervenciones de enfermería para los problemas del paciente que requieren atención de enfermería más allá de la asistencia habitual planificada previamente.

El plan de asistencia completo para un paciente se compone de varios documentos diferentes que: a) describen la asistencia habitual necesaria para cubrir las necesidades básicas, b) refleja los diagnósticos de enfermería y los problemas conjuntos, y c) especifica las responsabilidades de enfermería en el desempeño del plan médico de asistencia. Un plan completo de asistencia integra funciones de enfermería dependientes e independientes en un sistema integral significativo y proporciona un recurso central de información sobre el paciente.³⁴

³⁴ Berman, A., Kozier, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 212.

- Formatos de los planes de asistencia de enfermería.

Aunque los formatos difieren entre instituciones, el plan de asistencia se organiza a menudo en cuatro columnas o categorías: a) diagnósticos de enfermería; b) objetivos/resultados deseados; c) intervenciones de enfermería, y d) evaluación.

Planes de asistencia informatizados. Los ordenadores cada vez se usan más para elaborar y almacenar planes de asistencia de enfermería. El ordenador puede generar planes de asistencia estandarizados e individualizados. Los profesionales de enfermería acceden al plan de asistencia almacenado del paciente desde una terminal localizada en la unidad de enfermería o en la habitación del paciente. En un plan individualizado, el profesional de enfermería elige el diagnóstico adecuado de un menú sugerido por el ordenador. El ordenador enumera entonces los posibles objetivos e intervenciones de enfermería para esos diagnósticos; el profesional de enfermería eligen los que son adecuados para el paciente y teclea en algún objetivo e intervención adicional o acción de enfermería no enumerado en el menú. El profesional de enfermería puede leer el plan de la pantalla o imprimir una copia de trabajo actualizada.³⁵

Directrices para escribir planes de asistencia de enfermería. El profesional de enfermería debe usar las siguientes pautas cuando escribe planes de asistencia de enfermería:

1. Fechar y firmar el plan. La fecha en que se escribe el plan es esencial para la evaluación, revisión y planificación futura. La firma del profesional de enfermería demuestra responsabilidad ante el paciente y la profesión de la enfermería, ya que podrá evaluarse la eficacia de las acciones de enfermería.
2. Usar encabezados de la categoría. “Diagnósticos de enfermería”, “Objetivos/resultados deseados”, “Intervenciones de

³⁵ Berman, A., Kozier, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 215.

enfermería” y “Evaluación”. Incluya una fecha para la evaluación de cada objetivo.

3. Usar símbolos y palabras clave médicas estandarizadas/aprobadas en lugar de completar frases para comunicar sus ideas, a no ser que las normas de la institución determinen otra cosa.

4. Ser específico. Como los profesionales de enfermería trabajan en turnos de diferentes duraciones, es incluso más importante ser específico sobre el momento esperado de una intervención.

5. Referirse a libros de procedimientos u otras fuentes de información en lugar de incluir todos los pasos en un plan escrito.

6. Ajustar el plan a las características especiales del paciente asegurándose de incluir las elecciones del paciente, como sus preferencias sobre el momento de la asistencia y el método usado. Esto refuerza la individualidad del paciente y su sensación de control.

7. Asegurarse de que el plan de enfermería incorpora aspectos preventivos y de mantenimiento de la salud así como aspectos que la restauren.

8. Asegurarse de que plan contiene intervenciones para la valoración continua del paciente.

9. Incluir actividades conjuntas y de coordinación en el plan.

10. Incluir planes para el alta del paciente y sus necesidades de asistencia domiciliaria. El profesional de enfermería comienza el plan para el alta tan pronto el paciente ingresa. A menudo es necesario consultar y hacer disposiciones con el profesional de enfermería comunitario, el asistente social e instituciones específicas que aporten al paciente información y el equipo necesario. Anadir educación y planes para el alta como complemento si son largos y complejos.³⁶

³⁶ Berman, A., Koziar, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 216.

- Tipos de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería se identifican y escriben durante la fase de planificación del proceso de enfermería; pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Las intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, iniciadas por el médico y otros tratamientos iniciados por el proveedor. La asistencia directa es una intervención realizada a través de la interacción con el paciente. La asistencia indirecta es una intervención realizada lejos del paciente pero en su nombre como la colaboración interdisciplinar o la gestión del ambiente sanitario.

Las intervenciones independientes son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales sanitarios. Al realizar una actividad autónoma, el profesional de enfermería determina que el paciente requiere ciertas intervenciones de enfermería, que bien realiza o delega en otros profesionales, y es responsable de la decisión y las acciones.

Las intervenciones dependientes son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, o según rutinas especificadas. Las órdenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería. El profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la orden médica en función del estado del paciente. Las intervenciones conjuntas son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal sanitario.

El tiempo empleado por el profesional de enfermería en sus funciones independientes respecto a las conjuntas o dependientes varía en función del área

clínica, el tipo de institución y la posición específica del profesional de enfermería.³⁷

- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas.

Tras escoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las escribe en el plan de asistencia.

Las intervenciones de enfermería en el plan de asistencia se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.

El formato de escritura de las intervenciones es parecido al de los resultados: verbo, condiciones y modificadores más el elemento temporal. La acción del verbo comienza la intervención y debe ser precisa. A veces, un modificador del verbo puede hacer que la intervención de enfermería sea más precisa.

En algunos marcos, la intervención (y otras secciones del plan de asistencia de enfermería) se firman. La firma de la enfermera que prescribe la intervención muestra su responsabilidad y tiene relevancia legal.

- *Relación entre las intervenciones de enfermería y el estado del problema.*

Dependiendo del tipo de problema del paciente, el profesional de enfermería escribe las intervenciones para la observación, la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud.

Las observaciones incluyen las valoraciones hechas para determinar si va a aparecer una complicación, y la observación de las respuestas del paciente a los tratamientos de enfermería y de otro tipo. El profesional de enfermería debe escribir las observaciones para los problemas reales y para los que está en situación de riesgo.

³⁷ Berman, A., Kozier, B., (2008). *Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica* (8va. Ed) (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 223.

Las intervenciones preventivas prescriben la asistencia necesaria para evitar complicaciones o reducir los factores de riesgo. Son necesarias sobre todo para posibles diagnósticos de enfermería y problemas conjuntos.

Los tratamientos comprenden la educación, las remisiones, la fisioterapia y otros cuidados necesarios para un diagnóstico de enfermería actual. Algunas intervenciones pueden ejercer acciones de prevención o tratamiento, dependiendo del estado del problema.

Las intervenciones para la promoción de la salud son adecuadas cuando los pacientes no tienen problemas de salud o cuando el profesional de enfermería establece un diagnóstico de enfermería de bienestar. Este tipo de intervenciones de enfermería se centran en ayudar al paciente a identificar áreas de mejora que llevarán a un nivel superior de bienestar y a actualizar el potencial de salud general del paciente.³⁸

Cuarta Etapa: Ejecución.

La **ejecución** es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. 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. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente.³⁹

Pasos.

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

³⁸ Ídem. 224.

³⁹ Iyer, P., Tapich, B., Bernocchi-Losey, D., (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ra. Ed.). Barcelona, España: Mc Graw-Hill. Interamericana. P. 224.

1. Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
2. Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.⁴⁰

Sistema de prestación de cuidados.

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de enfermería, en la ejecución de las intervenciones de enfermería se utiliza uno de cinco modelos principales. Estos cinco enfoques son:

- Asignación por tareas

⁴⁰ Iyer, P., Tapich, B., Bernocchi-Losey, D., (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ra. Ed.). Barcelona, España: Mc Graw-Hill. Interamericana. Pp. 224-61.

- Enfermería de equipo
 - Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones
 - Control de casos
 - Atención enfocada al paciente ⁴¹
-
- Asignación por tareas.

En la asignación por tareas, las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles profesionales de enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamiento.

- Equipos de Enfermería.

Es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes.

- Enfermería de Cuidados Básicos.

La enfermera de cuidados básicos es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80's, en el profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes.

La enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos incluidos los hospitalarios y las agencias de salud pública.

⁴¹ Ídem. P. 269.

- Variación de la enfermería de cuidados básicos.

Atención total al paciente. En la atención total al paciente, el profesional de enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Por lo general, en los hospitales los auxiliares de enfermería no suelen tener clientes asignados, sino que prestan servicios tan útiles como responder a los timbres de llamadas, ofrecer agua y aperitivos, transporte clientes y muestras. El profesional de enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria.

Enfermería modular En este sistema de prestación de cuidados, se ha intentado asignar al profesional de enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Un módulo está formado por clientes localizados en una misma sección de la unidad de enfermería, en habitaciones cercanas.

- Control de Casos.

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

- Atención enfocada al Paciente.

Como resultado de las presiones para la contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención, a principios de los años 90 surgió un nuevo modelo de prestación, de atención enfocada al paciente.

Principios de este modelo son los siguientes:

1. Dotar a la unidad de enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios.
2. Combinar profesionales de la enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
3. Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumente la proporción de cuidados directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que tiene que interaccionar.
5. Diseña de nuevo descripción del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de enfermería.
7. La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades del control de casos, incluidos los coordinadores de caos y las vías críticas.⁴²

Quinta Etapa: Evaluación.

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

⁴² Iyer, P., Tapich, B., Bernocchi-Losey, D., (1995). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3ra. Ed.). Barcelona, España: Mc Graw-Hill. Interamericana. Pp. 271-81.

La evaluación es continua. La evaluación hecha mientras o inmediatamente después de la aplicación de una orden de enfermería capacita al profesional de enfermería a hacer modificaciones de una intervención sobre la marcha. La evaluación realizada a intervalos especificados muestra la extensión del progreso hacia la consecución de objetivos y capacita al profesional de enfermería a corregir cualquier deficiencia y modificar el plan de asistencia cuando sea necesario.

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

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

Formas de Evaluación.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada), como se muestra en el siguiente cuadro.⁴³

⁴³ Griffith, J., (1993). *Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno. P. 299.

ESQUEMA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

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

Fuente: Janet W. Griffith., et al. (1993). *Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno.

- Estructura.

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

- Proceso.

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: ¿la enfermera identifica al paciente cuando le administra medicaciones?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explica los procedimientos al enfermo?, Los cánones para valorar la calidad del cuidado de enfermería han sido desarrollados pero requieren un refinamiento ulterior.

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar; los ejemplos incluyen la observación de su capacidad para enseñar la administración de la insulina y juzgar si las comprobaciones neurológicas se realizan con precisión y a tiempo. También puede revisarse las hojas o graficas de evolución por evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente está recibéndolas.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementación después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho. ⁴⁴

⁴⁴ Griffith, J., (1993). *Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno. Pp. 300-12.

- **Resultado.**

La evolución del resultado se centra en los cambios en las conductas y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión ya tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

La evaluación concurrente del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. Los ejemplos de conducta pertinentes incluyen la demostración del paciente que camina con muletas, la preparación y administración precisa de la insulina o la planeación de una dieta escasa en sodio.

La evaluación retrospectiva del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.⁴⁵

Normas y Cánones.

Los conceptos de normas y cánones con frecuencia se usan de manera distinta en la evaluación, pero son diferentes. Las normas o criterios son cualidades, atributos o características medibles que especifican destreza, conocimientos o estados de salud; describen los niveles aceptables de rendimiento al establecer las conductas esperadas de la enfermera o el paciente.

En las normas escritas o resultados conductuales para los pacientes, pueden incluirse las categorías siguientes:

- ✓ Las respuestas fisiológicas del paciente, como temperatura normal, curaciones de las heridas, presión sanguínea dentro de límites normales o una respuesta apropiada a los estímulos.

⁴⁵ Ídem. P. 312.

- ✓ El paciente demostrara una destreza, como caminar con muletas o administrar la insulina con precisión.
- ✓ El nivel de conocimiento del paciente acerca de la enfermedad, incluyendo las medidas de tratamiento y los medicamentos.
- ✓ El nivel del paciente de las conductas adaptativas, como la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, el ejercicio o resolver su aflicción.

Los cánones o estándares representan niveles aceptables, esperados de rendimiento del personal de enfermería o de otros miembros del equipo de salud. Son establecidos por la autoridad por la costumbre o por consenso general.⁴⁶

Evaluación Formativa y Acumulativa.

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

La evaluación acumulativa describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se escribe después de que se han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no están disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.⁴⁷

Lineamientos para la Evaluación.

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación. Estos presuponen el logro de los componentes procedentes en el proceso de atención de enfermería.

1. Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación: La normas para la evaluación son indicadores de las conductas esperadas del paciente; se escriben del mismo modo que los

⁴⁶ Griffith, J., (1993). *Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno. P. 314.

⁴⁷ Ídem. P. 317.

objetivos, pero aclaran las conductas con mayor especificación. Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:

- ✓ Apropriadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.

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

- ✓ Realistas y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.

- ✓ Pertinentes al dominio (cognitivo, psicomotor o afectivo) enunciado en el objetivo.

2. La evaluación formativa describe si hasta qué grado el paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados: durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.

3. La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso: La enfermera evalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.

4. El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada: La modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación.

Algunas razones para modificar los planes son:

- ✓ Los planes no eran realistas en tiempo o recursos.

- ✓ Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.

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

- ✓ Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.

✓ Se disponen de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones posibles para las cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados.⁴⁸

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de Enfermería y, representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Resulta importante destacar la conceptualización del cuidado para el esclarecimiento de ideas y diversas formas de pensamiento, para la unificación de criterios profesionales a favor del mejoramiento del ejercicio de la profesión.

Para concluir, es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.

⁴⁸ Griffith, J., (1993). *Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno. P. 319.

1.3. Propuesta Filosófica de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

En 1966 fue editada una obra de su autoría titulada *The Nature of Nursing*, entre otras, y en la cual describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en la escuela de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Calificaba su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos.

Henderson definió a enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible”.⁴⁹

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella catorce necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Se convirtió en una leyenda viva. En este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en toda la comunidad de esta disciplina, transmitida por Internet. Halloran escribió sobre ella: “La señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence

⁴⁹ Henderson Virginia/Macmillan Publishing Company (1966). *The Nature of Nursing*. Suiza: Mc Graw Hill.

Nightingale para el XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial” (Internet, 21 de marzo de 1996).

CONCEPTOS PRINCIPALES.

*** Enfermería.**

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

*** Independencia.**

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

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma convincente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza es independiente.

*** Dependencia.**

Es el desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud.

Está causada por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad.

Si, por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que

le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.⁵⁰

Tabla 1. La independencia y la dependencia en el niño.⁵¹

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

Tabla 2. La independencia y la dependencia en el adulto.⁵²

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

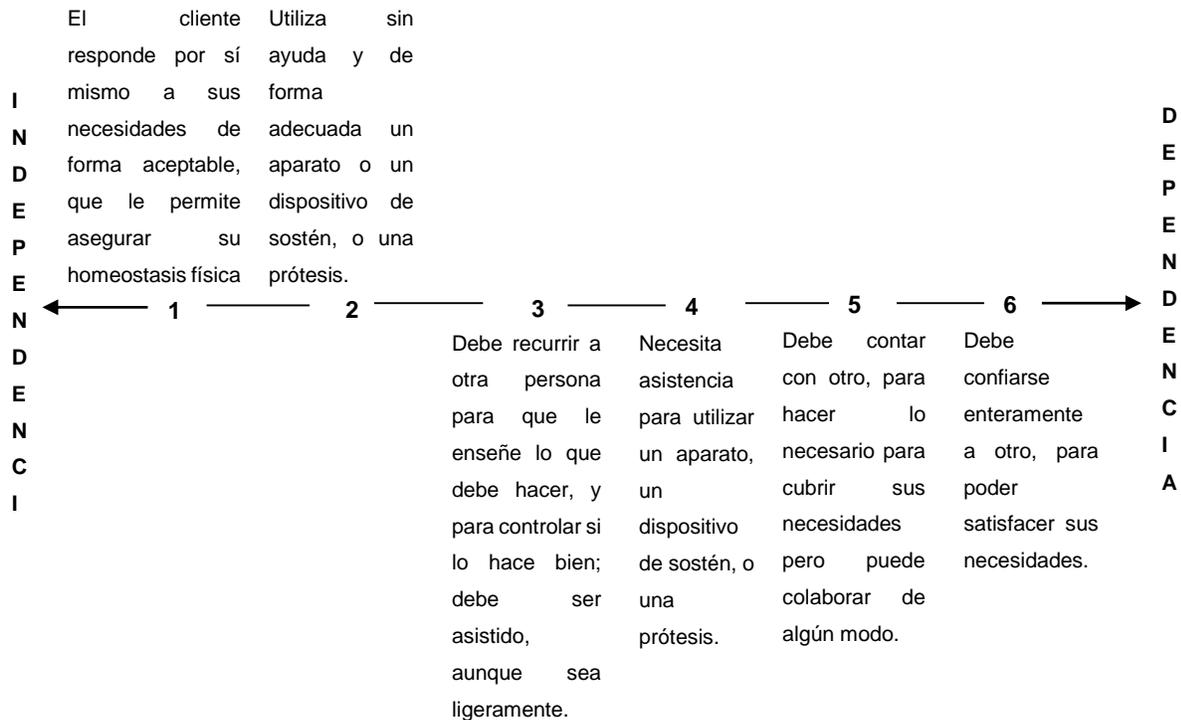
Fuente: PHANEUF, Ph (1997). La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México.

⁵⁰ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. p. 37.

⁵¹ Phaneuf, M., (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 29..

⁵² Ídem. P. 29.

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA.



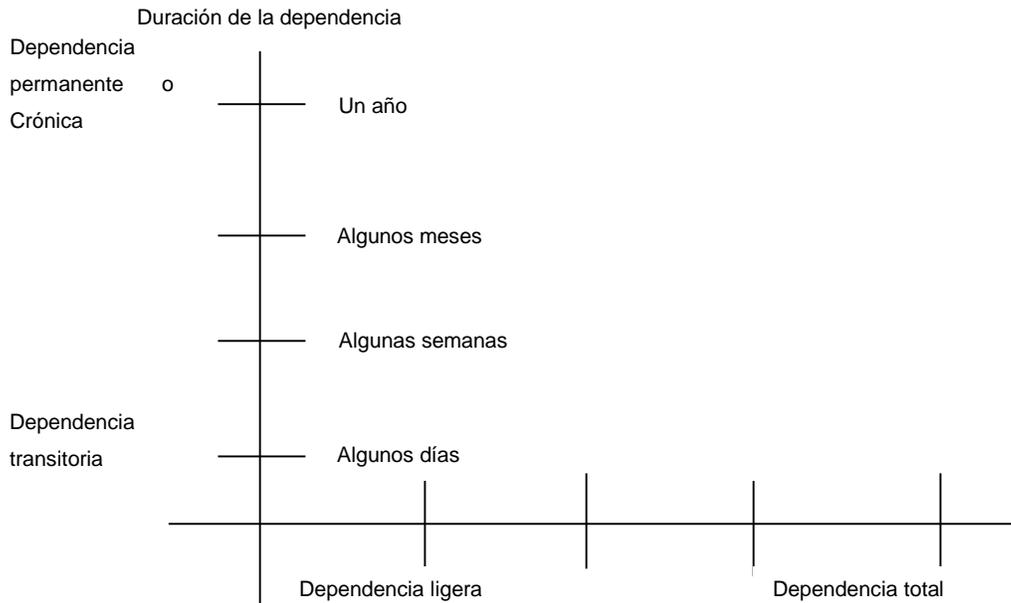
Fuente: PHANEUF, Ph. (1997). La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México.

La noción de la satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadenada. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que *el cliente 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.*

Es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.⁵³

⁵³ Phaneuf, M., (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 30.

GRADO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA.



Fuente: PHANEUF, Ph. (1997). La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México.

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.⁵⁴

Fuentes de la dificultad.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Está relacionada con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas:

⁵⁴ Ídem. P. 32.

1. Los *conocimientos* se refieren a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber *qué* hacer y *cómo* hacerlo.

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

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

Por consiguiente, se trata de *falta de fuerza física* en los casos en que la persona carezca de la habilidad psicomotriz para realizar las actividades requeridas, y de *falta de fuerza psíquica* cuando no sea capaz de percibir la información, relacionarla con los datos de que ya dispone o tomar una decisión que se manifieste en una conducta concreta.

En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

3. La *voluntad* implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Por tanto, para identificar como área de dependencia la *falta de voluntad* es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, si bien no desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.⁵⁵

⁵⁵ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. p. 34.

Necesidad.

Aunque no está claramente especificado, de los escritos de V. Henderson se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. Cada una de las catorce necesidades constituye el elemento integrador de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona y, aunque sólo algunas podrían considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.

Cada necesidad es un todo compuesto por aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, y las catorce necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la totalidad de la persona.⁵⁶

1. **Respirar.** Captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.
2. **Comer y beber.** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad, de cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. **Eliminar.** Deshacerse de sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.
4. **Moverse y mantener una buena postura.** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

⁵⁶ Ídem. P. 36.

5. ***Dormir y descansar.*** Debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. ***Vestirse y desvestirse.*** El individuo debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimiento. La ropa representa un grupo, estatus e ideología a la cual se pertenece, así como un elemento de comunicación.
7. ***Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.*** Se debe conservar una temperatura más o menos constante para mantener un buen estado.
8. ***Estar limpio y proteger sus tegumentos.*** Es una necesidad que tiene el individuo para mantener un cuerpo aseado, tener apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. ***Evitar los peligros.*** Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. ***Comunicarse con sus semejantes.*** Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.
11. ***Actuar según sus creencias y valores.*** Hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal, de la justicia, y la persecución de una ideología.
12. ***Ocuparse para realizarse.*** El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. ***Recrearse.*** Divertirse es una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. **Aprender.** Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades, para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o conservar la salud.⁵⁷

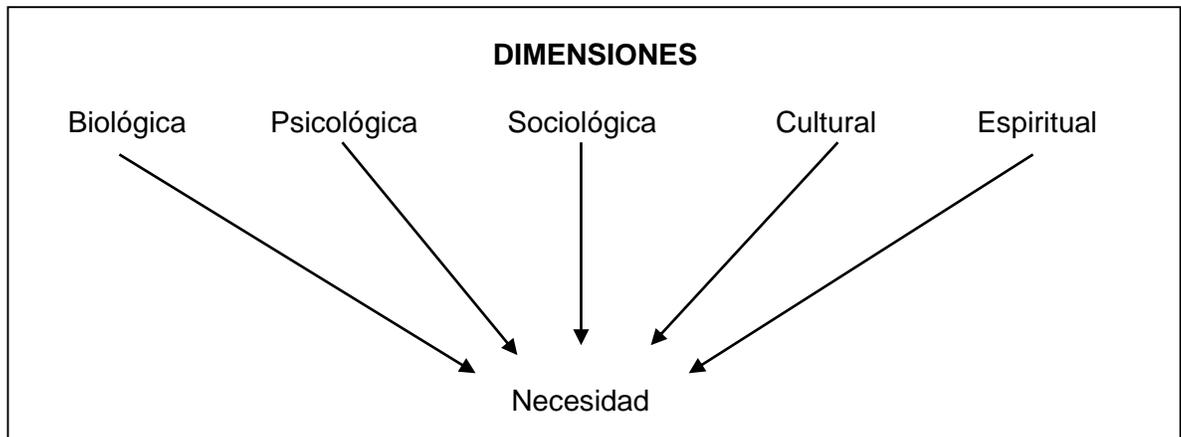


Fig.1. Dimensiones que pueden modificar la manifestación y la satisfacción de cada una de las necesidades.⁵⁸

Cuidados básicos.

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

Los cuidados básicos no implican tareas de escasa complejidad, sino cualquier cuidado enfermero que requiera la persona para alcanzar su independencia o para ser suplida en su autonomía, sin importar el grado de dificultad.

⁵⁷ Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, M., (1997). *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid, España: Mc Graw Hill-Interamericana. Pp. 7-70.

⁵⁸ Phaneuf, M., (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana. P. 20.

Entorno.

El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.⁵⁹

- Relaciones con otros profesionales.

La relación enfermera-paciente. Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente: 1) la enfermera como una *sustituta* del paciente, 2) la enfermera como una *auxiliar* del paciente y 3) la enfermera como una *compañera* del paciente. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un “sustituto de las carencia del paciente para ser ‘completo’, ‘íntegro’ o ‘independiente’ debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento”. Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera “es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, etc.”.

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia.

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

⁵⁹ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. pp. 36-37.

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

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 deben realizar las tareas ajenas.

Henderson comparaba todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.⁶⁰

⁶⁰ Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* Barcelona, España: Masson, S.A. p. 34.

Supuestos principales.

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría, pero se han extraído los siguientes:

- 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 tanto de biología como de sociología.
 - Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
 - Los catorce componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

- Persona.
 - 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 catorce componentes de enfermería.

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

- Entorno.

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

- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.

- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.

- 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.⁶¹

-

Postulados.

1. La persona es un todo complejo con catorce necesidades básicas.

2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.

Valores.

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.

2. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no calificado.

3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

⁶¹ Henderson Virginia/Macmillan Publishing Company (1966). *The Nature of Nursing*. Suiza: Mc Graw Hill.

Las tres asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional, lo que creemos que se debe a que fue la primera teórica que intentó marcar los límites que separaban las áreas de competencia médica y enfermera.⁶²

Los esfuerzos para conceptualizar el cuidado de enfermería, aún se ejerce con relativo consenso disciplinar, esto se hace más evidente durante la formación universitaria de enfermería sustentada en una diversidad curricular de planes y programas de estudio; no obstante coexisten factores de índole biológico y social que mantienen desarticulado y consecuentemente poco sustentado el modelo pedagógico con el contexto social y el mercado de trabajo.

Con la intención de sistematizar el pensamiento desarrollado por la ciencia de la enfermería, existen diversos modelos conceptuales que demarcan las líneas de acción sobre la imagen profesional, su contribución disciplinar e interdisciplinaria con el equipo de salud y con la naturaleza del servicio que presta a la sociedad. La filosofía de Virginia Henderson, permite reconocer la importancia de las bases filosóficas como contribución al avance de la enfermería; es evidente que su trabajo se aproxima a la definición de los límites y el contenido de la profesión y sin duda a una definición universal de la disciplina enfermera. Prueba del interés por validar tales postulados, es el uso frecuente de una guía de valoración de enfermería de las 14 necesidades, como criterios para el juicio y la actuación de la enfermera en cualquier ámbito de la práctica.

Es deseable continuar el seguimiento y documentación de todas aquellas aportaciones generadas en los diferentes escenarios, con la pretensión de establecer la congruencia entre filosofías o marcos conceptuales, métodos, técnicas e instrumentos a fin de asegurar el rigor metodológico exigido a toda disciplina.

⁶² Fernández, C., Luis, M., Navarro, M., (1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A. pp. 33-34.

1.4. Aspectos Éticos en el cuidado de Enfermería

Hablar hoy de **ética**, de moral o de virtud, especialmente en ambientes seculares, suena a trasnochado, o al profano le parecen cuestiones de religión. Sin embargo, en medio de la secularización y pluralidad que empieza a emerger en nuestra sociedad mexicana, la voz de la ética tiene algo que decir para quien guste del uso racional como una manera de afrontar los problemas de la vida. En efecto, la ética es un invento de los griegos, una rama de la filosofía práctica para modificar aquello que puede ser de otra manera. Nosotros hoy, en una democracia germinal, mal haríamos si no tomáramos en cuenta los aportes de la sociedad ateniense, para modificar aquello que puede ser cambiado en orden a que todos seamos felices.

La enfermería es una profesión que puede hacer mucho bien o mucho mal, y esto puede ser cambiado según la disposición del sujeto. El cuidado del paciente es parte del tratamiento. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquél que se confía a los cuidados del profesional de enfermería. De ahí la importancia de formar en la virtud a todo aquél que se dedique a esta profesión, de tal manera que no sólo desempeñe con excelencia sus tareas, sino que además se convierta en una buena persona que haga el bien.⁶³

La sociedad contemporánea se expone todos los días a situaciones inéditas que la sorprenden desarmada.

Quizás el cambio más importante en la ética clínica a partir del movimiento de la bioética es el reconocimiento pleno de la autonomía del paciente, que le fuera escatimada durante mucho tiempo.

Con el principio de autonomía se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones, aun cuando no sean las mejores desde una perspectiva sanitaria,

⁶³ Paéz, R., (2000). *La ética de las virtudes y enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 8. pp.60-68.

incluso negarse a seguir las prescripciones de los médicos si no les parecen apropiadas.⁶⁴

Declaración de Principios.

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

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

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

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

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

⁶⁴ Lifshitz, A., (2007). *Influencia de la bioética en la ética clínica*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 45(3). Pp. 209-211.

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

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

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

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe

mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

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

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

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

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

– Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁶⁵

Código de Ética para Enfermeras en México.

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

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

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

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

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

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

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

⁶⁵ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México*. 2001. <http://www.conamed.gob.mx>

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

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

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

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

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

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

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

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

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

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

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

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

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

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

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

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

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

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

Consentimiento Informado.

Se puede definir al consentimiento informado como: *"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".* ⁶⁶

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

1. Derecho a la información:

1. Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quién es el médico responsable de su atención.
2. Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
3. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.

⁶⁶ Aguirre Gas Héctor Dr. Facultad de Medicina- UNAM. *Código de Ética. Consentimiento Informado.* 2001. <http://www.facmed.unam.mx>

4. Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
5. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
6. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
7. Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.⁶⁷

2. Libertad de Elección:

1. Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.
2. Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
3. Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
4. No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar

⁶⁷ Ídem.

su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.

5. Preservar la calidad de su vida.
6. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
7. En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.
8. A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.
9. La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento.

El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción. El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.⁶⁸

3. *Riesgos e inconvenientes:*

1. Ser demasiado Ser demasiado explícito y causar depresión angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.

⁶⁸ ídem.

2. Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.
3. Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).
4. Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.
5. Información alarmante dirigida a "cubrirse" (medicina defensiva) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.
6. La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.

7. Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.⁶⁹

4. Condiciones que requieren consentimiento informado:

1. La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencias extrema, con riesgo para quienes convivan con ellos, su salud o su vida, particularmente en caso de intento de suicidio.
2. La realización de una intervención quirúrgica.
3. La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
4. La participación en protocolos de investigación.
5. La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
6. La práctica de procedimientos invasivos.
7. El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
8. Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.
9. En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
10. El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.

En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, diseñados "ex profeso", con la firma de dos testigos,

⁶⁹ Ídem.

familiares y no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.

En casos en que el riesgo sea importante, en procedimientos definitivos de control de la fertilidad o cuando sea el paciente el que deba comprometerse es preferible que el consentimiento sea por escrito.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente. Cuando hubiera negativa de aceptación por el paciente, ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico, si es posible con la firma del paciente o en su defecto, del familiar legalmente responsable.

Una vez otorgado su consentimiento, el paciente deberá comprometerse a participar responsablemente en su atención.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento y no estuviera presente un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él, el médico tratante o cualquier médico en caso de urgencia, puede tomar la decisión. Se debe ser particularmente escrupuloso en las anotaciones que se hagan en el expediente clínico, especialmente en lo que se refiere a la fundamentación de las decisiones que se tomen. En estos casos, sobre todo si existe duda, el Comité de Ética Hospitalario puede intervenir para apoyar la decisión, siempre a favor del paciente.

El médico tiene derecho a negarse a administrar tratamientos que no considere adecuados médicamente, excesivos o gravosos para el paciente o la familia, desde el punto de vista económico o moral, o que puedan acelerar el desenlace final, especialmente si el beneficio esperado no los justifica. En estas circunstancias se considera adecuado consultar o transferir al paciente a otro médico o solicitar la intervención del Comité de Ética Hospitalario.

El paciente también tiene derecho a:

- Que se tomen en cuenta sus preferencias en el ejercicio de su autonomía para tomar una decisión, particularmente si está consiente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).
- Cuando el paciente no esté en condiciones de otorgar su consentimiento, cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión de apoyo vital, debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de su confianza, al Comité de Ética Hospitalario o al poder judicial, y en caso necesario trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el expediente clínico.
- Elaborar su "testamento de vida", mientras esté consciente, en el que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se les realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.

En pacientes con padecimientos terminales que no están en condiciones de tomar decisiones, debe tenerse en cuenta la posible existencia del "*testamento de vida*" sobre su atención, en que con anticipación y por escrito, hubiera expresado su voluntad de ser sujetos o no a determinados procedimientos médicos.

El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia.⁷⁰

⁷⁰ Ídem.

Decálogo de Enfermería.

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

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

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁷¹

⁷¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México*. 2001. <http://www.conamed.gob.mx>

La ética del cuidar presenta una gran complejidad cuando es aplicada en los cuidados de enfermería. La ética como teoría y como práctica tiene siempre un trasfondo cultural por lo que debe ser analizada teniendo en cuenta las diferentes perspectivas culturales.

La teoría es un instrumento de gran utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos. Las enfermeras durante las entrevistas ponen de manifiesto que determinados deberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico y que el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos que cuestionan y amplían los postulados teóricos vigentes. En el marco de la ciencia aplicada, el progreso del saber implica ampliar conocimientos prácticos.

Proporcionar unos cuidados de calidad implica que la teoría y la práctica tienen que relacionarse entre sí.

1.5. Factor de Dependencia

GLIOMA DE VÍAS ÓPTICAS DE BAJO GRADO.

Los gliomas del nervio óptico son una entidad típica de la infancia. Pueden afectar al nervio óptico, al quiasma, o extenderse hacia el hipotálamo y estructuras subyacentes. En el 70% de los casos se asocia a neurofibromatosis tipo I. Un 20% de los pacientes afectados de neurofibromatosis tipo I están afectados de un glioma de vías ópticas. Son entidades típicas de la primera infancia, siendo una mayoría de casos diagnosticados en la primera década de la vida.⁷²

Incidencia. El glioma del nervio óptico es un tumor infrecuente que representa aproximadamente el 1,5-3,5% de los tumores orbitarios. Son más frecuentes en niños de 2-10 años; y son diagnosticados de Neurofibromatosis tipo 1; incidencia 15-21%.⁷³

Epidemiología. AL realizar un análisis de los casos atendidos en las Unidades Médicas Acreditadas en México, de 2007 a 2008, se observa que los cánceres más frecuentes son las Leucemias, seguida por los Linfomas, Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC), y los Sarcomas de Partes Blandas. Respecto a los Tumores del SNC el más frecuente es el Astrocitoma, el Meduloblastoma, el **Glioma**, el Ependinoma, y el Tumor Neuroectodérmico Primitivo.

El glioma tiene presencia del 1.35%, es decir hay 30 casos de éste cáncer reportados a nivel nacional en las Unidades Acreditadas en México en el periodo del 2007-2008.⁷⁴ Siendo éstos los datos más actuales hasta el momento; es importante mencionar que no hay información en lo que corresponde a nivel estatal y local con respecto a esta patología.

⁷² Sierra, L., (2006). Gliomas. *Tratado de Oncología Pediátrica-Enfermedades malignas del niño y del adolescente*. (1ra. Ed.). Madrid, España: Pearson Prentice Hall. P. 317-18.

⁷³ Jerez Olivera E, et. Al. Glioma del nervio óptico. A propósito de un caso. 2006. <http://www.oftalmo.com/sco/revista-17/17sco14.htm>

⁷⁴ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/infantilmexico.html>

Causas. Los gliomas ópticos son raros y su causa se desconoce. La mayoría de estos gliomas son de crecimiento lento y no cancerosos (benignos), y ocurren en niños, casi siempre antes de los 20 años.

Existe además una fuerte asociación entre el glioma óptico y la neurofibromatosis tipo 1 (NF1).⁷⁵

Fisiopatología. Los astrocitomas de bajo grado pueden localizarse en cualquier parte del SNC. Los tipos histológicos más comunes en la infancia son el astrocitoma pilocítico y el fibrilar. El pilocítico se localiza preferentemente en la línea media, tálamo y sustancia blanca cerebral. Histopatológicamente es un tumor de apariencia benigna, con áreas microquísticas, formado por células fusiformes, fibras de Rosenthal y cuerpos granulares. De crecimiento lento, destruye el tejido normal por invasión local. El astrocitoma fibrilar es un tumor de mayor densidad celular, que ocasionalmente presenta fenómenos de pleomorfismo y mitosis. Son más frecuentes en los hemisferios cerebrales.

No existe un sistema de estadiaje de los gliomas de bajo grado reconocido. Disemina por contigüidad y muy ocasionalmente se observan metástasis a distancia. En pacientes afectados de neurofibromatosis pueden darse gliomas multifocales.

Cuadro clínico. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización tumoral. En general, los pacientes refieren una progresiva pérdida de la agudeza visual, función pupilar anormal, alteración en la visión cromática o atrofia óptica; estas alteraciones pueden ir acompañadas de estrabismo y/o nistagmus. Los tumores intraorbitarios cursan con proptosis, mientras que los intracraneales pueden bloquear el III ventrículo, dando lugar a un cuadro de hipertensión. Se han descrito alteraciones endocrinológicas tipo pubertad precoz y del crecimiento en tumores de localización hipotálamo-quiasmática.

⁷⁵ http://www.umm.edu/esp_ency/article/001024.htm

Diagnóstico. Un examen neurológico muestra pérdidas en la visión en uno o en ambos ojos. Puede haber cambios en el nervio óptico, incluyendo inflamación o cicatrización del nervio o palidez y atrofia del disco óptico.

Se puede presentar extensión del tumor a sitios del cerebro más profundos. Asimismo, puede haber signos de aumento de presión dentro del cerebro (presión intracraneal), al igual que signos de neurofibromatosis 1 (NF1).

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- * Angiografía cerebral: a menudo no es necesaria, pero si se usa muestra una masa que ocupa espacio.
- * Tomografía computarizada o resonancia magnética (RM) de la cabeza: confirman el diagnóstico y la ubicación exacta del tumor.
- * Se examina el tejido extraído del tumor durante una cirugía o una biopsia guiada por tomografía computarizada para confirmar el tipo exacto de tumor.
- * Las pruebas del campo visual pueden ayudar a determinar qué tan invasivo es el tumor.

Tratamiento. El tratamiento de los gliomas de bajo grado está determinado por su localización y posibilidad de resección quirúrgica. En un porcentaje que va del 40% al 80% de los tumores de localización hemisférica, es posible la resección completa. En localizaciones más profundas el porcentaje es muy inferior.

La quimioterapia es capaz de inducir respuestas en tumores de bajo grado. Los agentes más activos son los derivados del platino. En niños menores de 3 años, se han observado respuestas de hasta un 74% a pautas de quimioterapia, abriendo así la posibilidad de completar la cirugía con quimioterapia y evitar la administración de radioterapia.

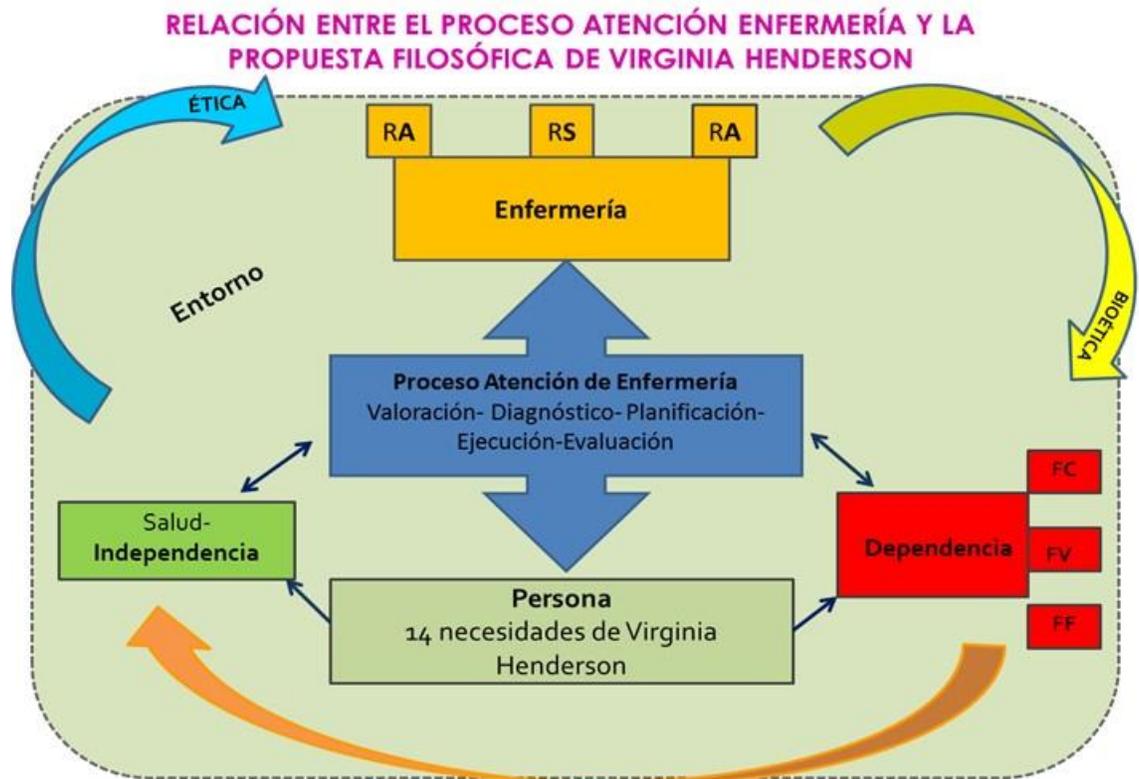
También han de valorarse las posibilidades de una radiación con una fuente externa o bien un tratamiento con braquiterapia.⁷⁶

Pronóstico. Se considera alta la frecuencia de gliomas de vía óptica en niños con neurofibromatosis tipo 1, siendo tumores de buen pronóstico, mejor que en adultos o en sujetos sin la enfermedad.⁷⁷

⁷⁶ Sierra, L., (2006). Gliomas. *Tratado de Oncología Pediátrica-Enfermedades malignas del niño y del adolescente*. (1ra. Ed.). Madrid, España: Pearson Prentice Hall. P. 318.

⁷⁷ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912006000100008&script=sci_arttext

2 METODOLOGIA



Elaboró: Mayola del Carmen Reyes Alcaraz. Enero 2012

En la relación entre el Proceso Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson lo entendemos partiendo de la Persona con sus catorce necesidades, ya sea, que la persona se encuentre con sus necesidades cubiertas decimos que se encuentra en Independencia; si no están cubiertas, se refiere que la persona se encuentra en Dependencia por las Fuentes de dificultad como lo son de Conocimiento, Voluntad o Fuerza, y es donde actúa la Enfermería a través del Proceso Atención de Enfermería (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación) y utilizando los tipos de relación (de Ayuda, de Acompañamiento y/o de Suplencia), siendo así, la manera en la que la Enfermera modifica en Entorno de la persona, considerando los aspectos Éticos y Bioéticos, y lograr su Independencia en el menor tiempo posible, o reforzar y mantener la misma en el caso que ya se encuentre en Independencia.

2.1. Descripción del caso

Se trata de Alma una lactante mayor de 1 año 9 meses, procedente de una comunidad rural llamada “Zaragoza”, perteneciente al municipio de León; producto de la G=2, obtenida por parto fisiológico, con embarazo normoevolutivo; mamá de 32 años de edad con escolaridad primaria incompleta, dedicada al hogar, sin antecedentes heredo-familiares importantes, aparentemente sana, con alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas, algún otro problema de salud igualmente negados. Papá de 32 años de edad, con escolaridad primaria incompleta, de ocupación a la albañilería, con antecedentes heredo-familiares de diabetes e hipertensión, alcoholismo y tabaquismo ocasionales, es el proveedor económico de la familia; Alma cuenta con un hermano de 10 años, aparentemente sano. Conforman una familia nuclear, de religión católica; habitan casa propia tipo rural, con los servicios básicos de agua y luz; con muros de tabique, techo tipo loza, piso tipo mosaico, con 3 dormitorios, un cuarto de baño con regadera, la disposición de excretas es en fosa séptica, cocina con estufa, la casa es habitada por 4 personas, hacinamiento y promiscuidad negativos, tienen convivencia con perro, gallinas y pollos.

Con antecedentes personales de patológicos de alergias, cirugías, transfusiones, algunas otras enfermedades previas son negadas, con cuadro de vacunación básico completo hasta el año de edad.

La paciente es abordada en el servicio de Oncopediatría el 20 de octubre del 2011; llega por primera vez al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) el 11 de enero del 2011, ingresa debido a estrabismo, tumoración, y probable ceguera, recibiendo consulta con neurocirugía, posteriormente se realizan estudios de laboratorio de rutina (BHC, QS, ES, Tiempos de coagulación) y marcadores tumorales, al mismo tiempo también se le realizan estudios de imagen como lo es TAC simple y contrastada, RMN cerebral, y una biopsia de masa tumoral confirmando ésta última el diagnóstico de Glioma de vías ópticas de bajo grado, siendo referida al servicio de oncopediatría para iniciar tratamiento con quimioterapia a base de Vincristina dosis de $1.5\text{mg}/\text{m}^2/\text{sc}$,

Carboplatino 350mg/m²/sc, y a partir del 20 de octubre del 2011 se inicia con tratamiento adicional de Temozolamida dosis de 200mg/m²/sc cada mes por 5 días; adicional a las quimioterapias se da apoyo con dieta normal, líquidos parenterales, ondansetrón y omeprazol intravenosos.

Habitus exterior.

Lactante de 1 año 9 meses, fenotípicamente de sexo femenino, edad aparente igual a la cronológica, ligera palidez de tegumentos, cicatriz en región parieto-temporal derecha, estrabismo en ambos ojos, alerta, reactiva, facie de tranquilidad, aparentemente íntegra, complexión media, en posición semifowler; vestida con bata hospitalaria.

Somatometría:

	Valores encontrados	Valores de referencia
Peso	10.7 Kg	10.8-13.2 Kg
Talla	87 cm	74.4-85.6 cm
Perímetro cefálico	48.5 cm	46.1- 50.1 cm
Perímetro torácico	54 cm	50 cm
Perímetro braquial	16 cm	-----
Perímetro abdominal	52 cm	-----

Signos Vitales:

	Valores encontrados	Valores de referencia
Temperatura	36.1°C	36.1-37.5°C
Frecuencia respiratoria	26 rpm	20-30 rpm
Frecuencia cardiaca	109 lpm	70-150 lpm
Presión arterial	80/60mmHg	90-75mmHg Sistólica 50mmHg diastólica

Jerarquía de las necesidades

- **Necesidades en Dependencia**

- * Seguridad y protección.

El deterioro visual, la administración de quimioterapia, y la alteración del estado inmunológico son factores de dependencia en esta necesidad, convirtiéndose en la necesidad más alterada. Los resultados de laboratorio más afectados son los de la fórmula blanca teniendo leucocitos de 4.800 mm³ siendo el valor de referencia de 5-10,000 mm³, los neutrófilos del 24% y la referencia es de 40-75%, los linfocitos están en 54% y el valor de referencia es de 20-45%, los monocitos elevados con valor de 20% y la referencia es de 0-10%, otro valor hemático alterado son las plaquetas, teniendo 696 mil plaquetas, cuando el valor de referencia es de 150-450, 000 plaquetas; con estos valores identificamos que se encuentra en dependencia, otorgándole un nivel 6 de dependencia. Es importante mencionar que el sentido de la vista nunca la podrá recuperar ya que el tumor a pesar de ser de bajo grado, el daño al nervio óptico es inminente.

- * Moverse y mantener una buena postura.

El estado del sistema músculo esquelético es correcto, tiene una fuerza muscular grado 4/5, de tono muscular normotenso, la mayoría de los movimientos libres que realiza es a través del gateo, la posición adoptada es en fowler, con movimientos musculares voluntarios y rítmicos, aún no cuenta con movimientos de pinza fina, solo la pinza gruesa, no cuenta con algún apoyo ergonómico.

No hay datos de agitación durante la fase activa, su frecuencia cardiaca es de 109 lpm, 26 rpm, tensión arterial de 80/60, saturación de oxígeno de 94%.

En Alma la necesidad de moverse y mantener una buena postura está en dependencia nivel 5 en el sentido que por el deterioro visual, no puede tener una deambulacion independiente y sus movimientos corporales son algo limitados por el miedo a lesionarse.

* Alimentación e hidratación.

La necesidad de alimentación e hidratación se encuentra en dependencia; a pesar que la ingestión y deglución no se encuentran alteradas, realiza 3 comidas al día, con todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, carnes, azúcares) complementada con fórmula de seguimiento, y con ingesta de agua diaria de 1 litro, las mucosas orales se encuentran bien hidratadas (+++/+++), piezas dentales completas y acorde a la edad, uñas y cabello son fuertes e íntegros, con abdomen blando depresible, con ruidos peristálticos presentes (2x por minuto) y sin visceromegalias. El peso es de 10.7 kg (percentila 25), talla de 87 cms (percentila 90), con respecto a la relación de circunferencia de la cabeza por edad que es de 48.5 cms se encuentra en la percentila 90. El peso es el que se encuentra alterado ya que se ubica en peso menor para la edad, agregado a factor de riesgo de desnutrición por efectos de la patología y el tratamiento con quimioterapia.

* Descanso y sueño.

Esta necesidad se encuentra en dependencia, debido a que durante sus internamientos para el ciclo de quimioterapia, se encuentra con irritabilidad, disminución de la respuesta a los estímulos, desinterés en algunas ocasiones al entorno, y madre, refiere descansar poco. Alma en su domicilio duerme aproximadamente 12 hrs al día (el valor referencia aproximado de horas de sueño en 24 hrs es de 12-13hrs), con siesta en el horario de 11 a 15 hrs del día, duerme con la luz apagada, con juguete especial para ella, duerme con sus padres en una cama, después de dormir suele despertar tranquila, activa y de buen humor, suele tener un sueño reparador, manifestado así, por el cuidador primario.

* Comunicación.

Su necesidad de comunicación se encuentra en dependencia debido al deterioro visual, la paciente es capaz de comunicarse pero solo con sonidos incomprensibles y gritos, y en algunas ocasiones pronuncia palabras bisílabas y monosílabas, por lo tanto es importante estimular los demás órganos de los

sentidos para lograr una mejora en el modo de comunicación de la paciente. El Nivel de dependencia es de 5.

* Ocuparse para realizarse.

Esta necesidad es otra de las que se encuentra en dependencia en el caso de la lactante mencionada, debido a que no cumple con gran parte de las actividades mencionadas en base a la Escala de Denver, presenta retraso del desarrollo psicomotriz debido a la falta de estimulación por parte de los cuidadores primarios y a la orientación hacia los mismos. El nivel de dependencia es de 5 y con dependencia transitoria.

* Recreación.

La necesidad de recreación se ubica en dependencia, ya que son algo repetitivas las actividades de recreación en la paciente, limitándose a solo ponerle música, y paseándola en la comunidad en la que residen por momentos; los padres deben reforzar y buscar otras formas de estimular a un ambiente de recreación más enriquecedor para el adecuado desarrollo psicomotriz de la paciente. El grado de dependencia es transitoria, ubicándose así en el nivel 3 de dependencia.

* Aprendizaje.

La necesidad de aprendizaje es una de las necesidades que se ven en dependencia en el caso de Alma, la paciente presenta un déficit de aprendizaje debido a su deterioro visual aunado a que la mamá no ha recibido la orientación necesaria para estimular el aprendizaje en su hija, lo cual le impide llevar a cabo actividades de aprendizaje para la edad, y permite el riesgo de un retraso mayor en su aprendizaje. Alma está ubicada en Dependencia transitoria, nivel 5.

- **Necesidades de Riesgo.**

- * Vestido y desvestido.

La fuerza muscular en Alma se encuentra en 4/5, no está presente la pinza fina, solo la gruesa, la amplitud de los arcos movimientos no está muy desarrollada. La necesidad de vestirse y desvestirse en este caso se encuentra en dependencia de nivel 3, debido a que de acuerdo a la fase de desarrollo de la Escala de Denver, la paciente debería realizar la actividad de desvestirse por sí misma, y comenzar a vestirse algunas prendas por ella misma, sin embargo, de continuar bajo el mismo patrón, Alma no logrará realizarlo por sí misma, aún con su déficit visual, ya que requiere la ayuda del cuidador primario para cubrir dicha necesidad.

- * Termorregulación.

La necesidad de termorregulación en la paciente se encuentra en independencia y en riesgo; en riesgo debido a que la temperatura corporal puede elevarse debido al efecto secundario de la quimioterapia, recordando que existen antineoplásicos que suelen deprimir el sistema inmunológico y causar dicha depresión una infección en el paciente.

- * Valores y creencias.

Esta necesidad se encuentra en riesgo ya que los padres no realizan mucho de los rituales propios de su religión, solo refieren el deseo de que la paciente continúe bajo el mismo régimen y que todos los miembros de la familia tienen bien definida su religiosidad.

- **Necesidades de Independencia.**

- * Oxigenación y circulación.

Esta necesidad se encuentra dentro de las necesidades de independencia ya que la paciente presenta una coloración si bien no es del todo rosada no lo es pálida tampoco, con un llenado capilar de 2 segundos; reporta una saturación de oxígeno del 94% con oxígeno a medio ambiente, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto y 109 latidos por minuto, la presión arterial se encuentra en 80/60mmHg, los valores antes mencionados se ubican en percentilas promedio para la edad.

- * Eliminación.

Su necesidad de eliminación se encuentra en independencia, su patrón de evacuación es de 1 a 2 en promedio de consistencia café o amarillo pastoso formadas. Su patrón urinario es de 6 a 10 veces al día siendo el promedio de 9, de características amarillo ámbar a claro. A la valoración no se observa presencia de edema, la piel se encuentra íntegra, elástica, hidratada(+++/+++), turgente; el abdomen se palpa blando depresible, auscultándose ruidos intestinales de 2x' en promedio, genitales íntegros.

- * Termorregulación.

La necesidad de termorregulación en la paciente se encuentra en independencia debido a que la temperatura corporal refiere cuidador primario no tener variaciones, la turgencia de la piel es moderada, la casa-habitación suele ser de clima templado. También refiere cuidador primario tener la ropa adecuada según el clima del medio ambiente.

- * Higiene.

Esta necesidad se encuentra en independencia, debido a que la paciente se encuentra limpia, no despide olores, su piel esta íntegra, no se observa irritación a ningún nivel, el baño y cambio de ropa es diario o cada vez que se requiere, y

el cuidador primario sabe realizarle los cuidados y cuenta con los insumos necesarios para mantener la higiene de forma adecuada.

2.2. Métodos e Instrumentos

Para realizar el presente estudio de caso, se utilizó el Proceso Atención de Enfermería en base a la propuesta filosófica de Virginia Henderson como guía; la valoración de la lactante se llevó a cabo mediante la exploración física exhaustiva de forma focalizada.

Las fuentes de los datos aquí presentados fueron el paciente como fuente primaria, y como fuentes secundarias los padres de la lactante, expediente clínico, miembros del equipo de salud e información bibliográfica y electrónica como lo son libros, revistas e internet.

Los instrumentos utilizados fueron: la historia clínica del niño de 0 a 5 años, elaborada por la Coordinación de la Especialidad de Enfermería Infantil (anexo 1), la cual se usó para valorar las necesidades básicas del paciente, compuesta por varios rubros, como lo son: antecedentes demográficos, antecedentes familiares, antecedentes específicos de cada necesidad de acuerdo al modelo de Henderson; y un apartado para realizar el análisis de los datos obtenidos de la exploración física, la fuente primaria y las secundarias.

Otro de los instrumentos usados fue la hoja de reporte diario de cada una de las 14 necesidades elaborada también por la coordinación de la Especialidad en Enfermería Infantil (anexo 2), que fungió como la valoración focalizada de cada una de las necesidades.

Un instrumento más que se utilizó fue el formato de consentimiento informado (anexo 3), en el que la mamá autoriza la participación de la paciente en el estudio de caso.

El último instrumento que se aplicó al estudio fueron dos gráficas, la primera es la gráfica del Continuum Independencia-Dependencia, y la otra, fue la gráfica del

Grado y Duración de la Dependencia, éstas dos, con la finalidad de verificar el grado de independencia o en su caso el de dependencia, y la duración y el grado de la misma (anexo 4).

2.3. Proceso de Construcción del Diagnóstico

En la etapa de la valoración se realizó de acuerdo a la propuesta filosófica de Virginia Henderson, procediendo entonces, a la realización del Proceso de Atención de Enfermería donde se elaboraron diversos diagnósticos de enfermería; mismos que fueron diseñados de acuerdo a la taxonomía de la NANDA, utilizando formato PES.

Se elaboraron un total de 17 diagnósticos:

- 10 Diagnósticos reales.
- 3 Diagnósticos de riesgo.
- 4 Diagnósticos de salud.

En el siguiente cuadro se muestran de manera jerárquica de acuerdo a la necesidad afectada, manifestando de igual manera la fuente de dificultad, nivel y grado de dependencia y la prioridad.

Necesidad	Diagnóstico	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración sensorceptiva visual r/c alteración en la recepción, transmisión e integración sensorial (tumor en vías ópticas) m/p cambios descritos en la agudeza sensorial, incapacidad para identificar/definir objetos, agnosia visual. 	05/12/2011	Fuerza	Dependencia permanente Nivel 6	Alta
	<ul style="list-style-type: none"> • Protección inefectiva r/c ministración de antineoplásicos (Vincristina y Temozolamida) m/p debilidad y fatiga. 	05/12/11	Conocimiento	Dependencia parcial Nivel 6	Alta

Moverse y mantener una buena postura	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la ambulaci3n r/c miedo a las caídas, trastorno perceptivo visual m/p ambulaci3n asistida por parte del cuidador primario e incapacidad para moverse con resoluci3n. 	05/12/2011	Conocimiento	Dependencia parcial Nivel 6	Alta
Beber y comer	<ul style="list-style-type: none"> Alteraci3n de la nutrici3n por defecto r/c efectos secundarios a la administraci3n de quimioterapia (Carboplatino y Temozolamida) m/p insuficiente ingesta de alimentos, alteraci3n del sentido del gusto y falta de inter3s por la comida. N3usea r/c ministraci3n de Carboplatino y Temozolamida m/p sialorrea , piel fría y húmeda, taquicardia y aversi3n a los alimentos 	05/12/2011	Fuerza	Dependencia parcial Nivel 5	Media
		05/12/2011	Conocimiento, Fuerza	Dependencia temporal Nivel 5	Alta
Dormir y descansar	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro del patr3n de sueño r/c interrupciones para procedimientos terap3uticos, ruido, desvelo generado por otros m/p irritabilidad, 	05/12/2011	Fuerza	Dependencia parcial Nivel 5	Alta

	interrupción del sueño nocturno.				
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la comunicación verbal r/c tumor cerebral m/p dificultad para comprender los mensajes, para expresar los pensamientos verbalmente, para usar las expresiones faciales y mantener el patrón de comunicación habitual. 	05/12/2011	Conocimiento	Dependencia parcial Nivel 6	Alta
Ocuparse para realizarse	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c deficiencia de estimulación (área física, psicológica, cognoscitiva) m/p disminución del tiempo de respuesta e incapacidad para realizar actividades de autocontrol propias de su edad. 	05/12/11	Conocimiento	Dependencia permanente Nivel 5	Alta
Recreación	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de actividades recreativas r/c disminución de las percepciones sensoriales visuales m/p dificultad para participar en actividades de acuerdo a su etapa de desarrollo y los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el hospital. 	05/12/2011	Conocimiento	Dependencia parcial Nivel 5	Media

Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de los conocimientos del cuidador primario sobre la enfermedad y cuidados en el hogar r/c falta de información e interpretación errónea m/p preguntas sobre los cuidados y solicitud de información. 	05/12/2011	Conocimiento	Dependencia parcial Nivel 3	Alta
Vestirse y desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la capacidad del vestido y desvestido r/c disminución de las percepciones sensoriales visuales. 	05/12/2011	Conocimiento y Fuerza	Dependencia temporal Nivel 3	Media
Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c respuesta secundaria a la ministración de agentes antineoplásicos (Vincristina y Temozolamida). 	05/12/2011	Fuerza	Dependencia temporal Nivel 2	Baja
Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la religiosidad r/c disminución de interacción social, aislamiento social. 	05/12/2011	Conocimiento y voluntad	Dependencia parcial Nivel 3	Media
Respirar normalmente	<ul style="list-style-type: none"> Conducta generadora de salud que reforzará Alma para mantener un adecuado patrón respiratorio m/p actividades del cuidador primario encaminadas a la 	05/12/2011	Ninguna	Independencia	Baja

	prevención de enfermedades que afecten el tracto respiratorio.				
Eliminar por todas las vías corporales	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar la eliminación m/p diuresis y evacuaciones suficientes para satisfacer las necesidades corporales de dentro de los límites normales. 	05/12/2011	Ninguna	Independencia	Baja
Mantener la temperatura dentro de límites normales	<ul style="list-style-type: none"> Conducta generadora de salud que reforzará el cuidador primario y paciente para mantener el confort y termorregulación corporal eficaz m/p expresión verbal de usar ropa adecuada para el clima. 	05/12/2011	Ninguna	Independencia	Baja
Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar los conocimientos del cuidador primario para mantener la higiene corporal adecuada m/p interés en el aprendizaje, conocimiento del tema, conductas congruentes con el conocimiento expresado. 	05/12/2011	Ninguna	Independencia	Baja

2.4. PROCESO DE PLANEACIÓN

El proceso de Planeación se llevó a cabo de acuerdo a los diagnósticos enfermeros realizados según las necesidades encontradas en Alma, se elaboraron 17 Planes de Cuidados Especializados de Enfermería, cada uno de ellos, con diversas intervenciones y su respectivas fundamentaciones, apoyándome en gran parte de la “Clasificación de Intervenciones de Enfermería”.

NECESIDAD	Evitar los peligros del Entorno	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Alteración sensorial perceptiva visual r/c alteración en la recepción, transmisión e integración sensorial (tumores en vías ópticas) m/p cambios descritos en la agudeza sensorial, incapacidad para identificar/definir objetos, agnosia visual. 	Fuerza		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		6	Permanente	05/12/11
OBJETIVO	- Alma responderá adecuadamente a los estímulos ambientales mediante la estimulación temprana que se le proporcionen durante su estancia hospitalaria.			
INTERVENCION	Favorecer la reorientación.			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Orientar a la persona en las tres esferas. Explicar todas las actividades a realizar. 		Fundamento <p>Fomentando una estimulación sensorial frecuente y variada, se puede ayudar a prevenir las alteraciones causadas por una privación sensorial prolongada.</p> <p>Los cuidadores deben ser conscientes de que sus actuaciones y sus patrones de actividad, pueden ayudar al caos ambiental o convertirse en una contribución favorable al ambiente terapéutico (CARPENITO, 2003).</p>		
INTERVENCION	Favorecer el movimiento.			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Animar a la paciente a permanecer fuera de la cama el máximo tiempo posible. Animarle a pasear, elegir un destino o buscar un propósito. 		Fundamento <p>La inmovilidad y la reclusión, reducen la calidad y la cantidad de los estímulos sensoriales (CARPENITO, 2003).</p>		

NECESIDAD	Evitar los peligros del Entorno	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Protección inefectiva r/c ministración de antineoplásicos (Vincristina) m/p debilidad y fatiga. 	Conocimiento		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		6	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma permanecerá libre de lesión o enfermedad durante su tratamiento con antineoplásicos a través de medidas de seguridad para evitar infecciones o algún otro efecto secundario del aneoplásico.			
INTERVENCION	Manejo de la quimioterapia (2H-2240).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento. Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos. Informar al paciente que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro. Controlar las indicaciones de infección de la mucosa bucal. 		<p>La Vincristina es un alcaloide vegetal antineoplásico el cuál, dentro de los efectos secundarios más importante está el recuento bajo de células sanguíneas.</p> <p>La quimioterapia pone al paciente en riesgo de padecer infecciones, supresión grave de la médula ósea, y neutropenia.</p> <p>La cavidad oral es un medio excelente para el crecimiento de los microorganismos y es susceptible de presentar úlceras y hemorragia. (DOENGES, 2008)</p>		
INTERVENCION	Protección contra las infecciones (4V-6550).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Seguir las precauciones propias de una neutropenia, si es el caso. Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. 		<p>La protección frente a infecciones protege al paciente frente a posibles fuentes de microorganismos, evita la contaminación cruzada, reduce el riesgo de infección. (DOENGES, 2008).</p>		

NECESIDAD	Moverse y mantener una buena postura	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la ambulaci3n r/c miedo a las caídas, trastorno perceptivo visual m/p ambulaci3n asistida por parte del cuidador primario e incapacidad para moverse con resoluci3n. 	Conocimiento		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificaci3n
		6	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma lograr3 una ambulaci3n correcta con los dispositivos de ayuda para la misma durante su estancia hospitalaria.			
INTERVENCION	Manejo ambiental (4V-6480).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Crear un ambiente seguro para el paciente. Eliminar los factores de peligro del ambiente. Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales. Disponer de cama de baja altura. Colocar los muebles en la habitaci3n de una manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia. Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente. Proporcionar m3sica. 		<p>La enfermera debe valorar el riesgo de lesi3n propio y exclusivo del ni1o. Aqu3 se incluyen al ni1o con trastornos motores o sensoriales y retraso del desarrollo. Los cambios de ambiente suponen un peligro especial para los ni1os (CARPENITO, 2003).</p>		
INTERVENCION	Terapia de ejercicios: ambulaci3n (1A- 0221).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Vestir al paciente con prendas c3micas. Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones. Colocar una cama de baja altura. Utilizar cintur3n para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la deambulaci3n. Ayudar al paciente en el traslado. Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial. Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad. 		<p>La ayuda para realizar los ejercicios mantiene la movilidad y funci3n de las articulaciones/alineamiento funcional de las extremidades y reduce la estasis venosa (DOENGES, 2008)</p>		

NECESIDAD	Beber y comer.	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la nutrición por defecto r/c efectos secundarios a la administración de quimioterapia (Carboplatino y Temozolamida) m/p insuficiente ingesta de alimentos, alteración del sentido del gusto y falta de interés por la comida. 	Fuerza		Media
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		5	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma satisfecerá sus necesidades alimenticias diarias de acuerdo con el grado de actividad y las necesidades metabólicas mediante la ingesta de una dieta enteral durante su estancia hospitalaria.			
INTERVENCION	Alimentación (1D-1050).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Crear un ambiente placentero durante la comida. Facilitar la higiene bucal después de las comidas. Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. Proteger con un babero. Proporcionar alimentos para comer con los dedos. Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible. Evitar distraer a la paciente durante la deglución. Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado. 		<p>Cuando la ingesta calórica es insuficiente para cubrir las demandas metabólicas, se puede usar soporte nutricional ara prevenir la desnutrición. Se pueden administrar comidas de alta densidad energética, en horarios preestablecidos, separados de las comidas, como medio alternativo de aumentar la ingesta calórica (DOENGES, 2008)</p>		
INTERVENCION	Monitorización nutricional (1D-1160).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación. Controlar la turgencia de la piel. Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias. Observar si se producen náuseas y vómitos. 		<p>La monitorización nutricional proporciona una referencia de comparación, también proporciona información sobre las necesidades dietéticas y la pauta para un tratamiento nutricional eficaz (DOENGES, 2008).</p>		
Acciones de colaboración				
<ul style="list-style-type: none"> Pesar al paciente a los intervalos establecidos. Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. Comprobar el crecimiento y desarrollo. 				

NECESIDAD	Beber y comer	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Náusea r/c ministración de Carboplatino y Temozolamida m/p sialorrea , piel fría y húmeda, taquicardia y aversión a los alimentos . 	Conocimiento, Fuerza		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		5	Temporal	05/12/11
OBJETIVO	- Alma manifestará una disminución en las náuseas durante su tratamiento con los antineoplásicos mediante el uso de antieméticos y modificación a la dieta (cumplimiento de antojos).			
INTERVENCION	Administración de la medicación (2H-2300).			
Acciones Independientes			Fundamento	
<ul style="list-style-type: none"> Seguir los cinco principios de la administración de medicación. Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación. Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas. Instruir a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. 			Los fármacos antieméticos son parte importante en el tratamiento antiemético (CARPENITO, 2003).	
INTERVENCION	Manejo de las náuseas (1E-1450)			
Acciones Independientes			Fundamento	
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de Autocuidado, Escala Descriptiva de Duke e Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas. Utilizar una higiene bucal adecuada frecuente para fomentar la comodidad, a menos que esto estimule las náuseas. Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas. Verificar los efectos de las náuseas. 			El vómito es la primera línea de defensa contra los agentes nocivos ingeridos. Las visiones y los olores desagradables pueden estimular el centro del vómito. (CARPENITO, 2003).	

NECESIDAD	Dormir y descansar	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro del patrón de sueño r/c interrupciones para procedimientos terapéuticos, ruido, desvelo generado por otros m/p irritabilidad, interrupción del sueño nocturno. 	Fuerza		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		5	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma manifestará un equilibrio óptimo entre descanso y actividad durante su estancia hospitalaria a través de un ambiente hospitalario ideal para favorecerlo.			
INTERVENCION	Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño.			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Correr las cortinas. Eliminar la iluminación permanente. Disminuir la cantidad y la clase de estímulos recibidos. Adjudicar un compañero de habitación compatible, si es posible. Organizar los procedimientos, para reducir al mínimo las molestias durante el período de sueño. Evitar los procedimientos innecesarios durante el período de sueño. 		<p>El sueño es difícil sin relajación, El ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación.</p> <p>El ruido ambiental que es imposible de eliminar o reducir puede enmascarse con "ruidos blancos" (CARPENITO, 2003).</p>		
INTERVENCION	Favorecer el sueño.			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Averiguar con los padres, la rutina habitual para acostarse. Fomentar o proporcionar cuidados al atardecer. Utilizar ayudas para dormir. 		<p>Un ritual familiar para irse a la cama favorece la relajación y el sueño.</p> <p>La leche caliente contiene L-triptófano, que es un inductor del sueño (CARPENITO, 2003).</p>		

NECESIDAD	Comunicarse con sus semejantes.	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la comunicación verbal r/c tumor cerebral m/p dificultad para comprender los mensajes, para expresar los pensamientos verbalmente, para usar las expresiones faciales y mantener el patrón de comunicación habitual. 	Conocimiento		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		6	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma mostrará una mejor capacidad para expresarse verbalmente por sí misma a través de una estimulación auditiva y del lenguaje durante el tiempo en que permanezca en su tratamiento.			
INTERVENCION	Mejorar la comunicación: déficit del habla (3Q-4976).			
Acciones Independientes			Fundamento	
<ul style="list-style-type: none"> Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente. Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia. Dar una orden simple cada vez. Utilizar palabras simples y frases cortas. Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación. Abstenerse de bajar la voz al final de una frase. Estar de pie delante del paciente al hablar. Animar al paciente a que repita las palabras. Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede. 			<p>Los niños que no pueden vocalizar adecuadamente están expuestos a riesgo de retraso en el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo (CARPENITO, 2003).</p>	
INTERVENCION	Mejorar la comunicación: déficit visual (3Q-4978).			
Acciones Independientes			Fundamento	
<ul style="list-style-type: none"> Identificarse al entrar en el espacio del paciente. Ayudar al paciente a establecer nuevas metas para aprender a "ver" con los otros sentidos. Caminar uno o dos pasos por delante del paciente, con la mano de este último en el codo del cuidador. Describir el ambiente al paciente. No mover los objetos del cuarto del paciente sin informar al mismo. Leer libros y demás información pertinente al paciente. Identificar los objetos de la bandeja de comida en relación a las agujas del reloj. Poner en marcha las visitas de terapia ocupacional. 			<p>La comunicación, favorece los lazos y conexiones con el cuidador del niño, como principal reforzador social.</p> <p>La capacidad para comunicarse con la gente en su ambiente, aumenta la independencia y autoestima del niño.</p> <p>Es importante consultar con un logopeda para una asistencia continuada (CARPENITO, 2003).</p>	

NECESIDAD	Ocuparse para realizarse	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c deficiencia de estimulación (área física, psicológica, cognoscitiva) m/p disminución del tiempo de respuesta e incapacidad para realizar actividades de autocontrol propias de su edad. 	Conocimiento		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		5	Permanente	05/12/11
OBJETIVO	- Alma practicará los conocimientos y habilidades adquiridas mediante las intervenciones realizadas para favorecer el desarrollo psicomotriz durante su estancia en el hospital.			
INTERVENCION	Cuidados del desarrollo (5Z-8250).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres. Proporcionar información exacta y objetiva a los padres respecto al estado, tratamiento y necesidades de Alma. Evitar la sobre estimulación excitando un sentido cada vez. Facilitar soportes para mantenerle en posición adecuada y evitar malformaciones. Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo más largo posible de sueño y la conservación de energía. Establecer rutinas consecuentes y predecibles para favorecer los ciclos sueño/despertar. Proporcionar estimulación utilizando grabados de música instrumental, masajes, balanceo y contacto, según sea conveniente. 		Fundamento : <p>Las estructuras sociales, tales como la familia y amigos, pueden facilitar los esfuerzos dirigidos a la promoción de la salud.</p> <p>En una relación de asesoramiento, la enfermera y el cliente comparten las ideas, promoviendo la toma de decisiones del cliente con respecto al plan de promoción de la salud. Reduce la hiperestimulación y la fatiga.</p> <p>El buen alineamiento corporal es esencial para el buen funcionamiento del cuerpo y previene lesión a estructuras del cuerpo (Kozier, 1993).</p> <p>La estimulación facilita el desarrollo psicomotor de niños normales (Frías, 2003).</p>		

OBJETIVO	- Construir un programa de estimulación temprana especial para Alma que contribuya a un buen desarrollo psicomotor para poder aplicarlo durante su estancia hospitalaria y en su domicilio.
INTERVENCION	Fomentar el desarrollo: niño (5Z-8274).
<p>Acciones Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una relación de confianza con el niño. • Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores. • Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo. • Facilitar la integración de Alma con sus iguales. • Crear un espacio seguro y bien definido que Alma explore y en el que aprenda. • Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad. • Ayudar a Alma a que aprenda habilidades de autoayuda. • Escuchar música. • Cantar y conversar con Alma. • Nombrar objetos del ambiente en que se desenvuelva. • Contar o leer cuentos a Alma. 	<p>Fundamento</p> <p>La estimulación temprana son actividades empleadas para el desarrollo integral del niño; construye su pensamiento a partir de experiencias con objetos. La participación en actividades contribuyen a su autonomía (Gómez, 1999).</p> <p>La estimulación comenzará a diluir su egocentrismo, a conocer las reglas del juego, y desarrollar su capacidad creativa. Es fundamental el papel de la madre como primera estimuladora. El padre será quien condicione en gran parte la estabilidad de la madre.</p> <p>Al ingresar en un centro educativo estará en contacto social con otros niños que le ofrecerán nuevos estímulos. Con referencia al espacio, cuando éste resulte desconocido, restringirá su actividad, siendo necesario que se le muestre el nuevo espacio, lo reconozca y se familiarice con él (Rapetti, 2002).</p>

NECESIDAD	Recrearse	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de actividades recreativas r/c disminución de las percepciones sensoriales visuales m/p dificultad para participar en actividades de acuerdo a su etapa de desarrollo y los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el hospital. 	Conocimiento		Medio
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		5	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma manifestará su participación en actividades lúdicas cada día mediante su participación en actividades indicadas por las educadoras ubicadas en el servicio de oncopediatria durante su estancia hospitalaria.			
INTERVENCION	Terapia con juegos (30- 4430).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. Proporcionar un equipo de juegos seguro. Proporcionar un equipo de juegos de desarrollo adecuado. Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos, expresivos. Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos. 		Fundamento El juego resulta esencial para la salud emocional, física y del desarrollo del niño. El juego proporciona diversión, aumenta la sensación de seguridad, es una vía de escape elocuente para los sentimientos, y también proporciona oportunidades de elección y de control (CARPENITO, 2003).		
INTERVENCION	Terapia de actividad (30-4310).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada. Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades. Ayudarle a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria. Ayudar en las actividades físicas regulares. Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad. 		Fundamento Las actividades informales favorecen el bienestar más que las actividades organizadas. Las actividades en solitario ejercen poco efecto sobre la satisfacción vital, ser consciente de que uno está aburrido permite redirigir las actividades para aumentar la estimulación (CARPENITO, 2003).		

NECESIDAD	Aprendizaje	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de los conocimientos del cuidador primario sobre la enfermedad y cuidados en el hogar r/c falta de información e interpretación errónea m/p preguntas sobre los cuidados y solicitud de información. 	Conocimiento		Alta
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		3	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	El cuidador primario de Alma adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios para manejar la situación de salud de Alma durante el tiempo en que dure el tratamiento de la lactante a través de la educación y orientación continua del mismo.			
INTERVENCION	Enseñanza: procedimiento/tratamiento (3S-5618).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. Describir las actividades del procedimiento/tratamiento. Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro. Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento. Incluir a la familia/ ser querido, si resulta oportuno. 			Fundamento El conocimiento del proceso, procedimientos, tratamiento y expectativas de la enfermedad puede facilitar el cumplimiento de las pautas terapéuticas prescritas (DOENGES, 2008).	
Acciones de colaboración <ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente/ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento. Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. Informar al paciente/ser querido sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento. Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento /tratamiento. Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento. Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. 				

INTERVENCION	Enseñanza: proceso de enfermedad (3S-5602).	
<p>Acciones de colaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. • Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. • Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos del paciente. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Describir las posibles complicaciones crónicas. 	<p>Fundamento</p> <p>La falta de cumplimiento del plan terapéutico es un motivo frecuente de fallo de la terapéutica. Por tanto, la evaluación continua de las cooperaciones del cuidador primario y del paciente es fundamental para el éxito del tratamiento. El cumplimiento suele mejorar cuando el cuidador primario comprende los factores causales y las consecuencias de una intervención incorrecta y el mantenimiento de la salud. Una evaluación por parte de un equipo interdisciplinario favorece los ajustes rápidos al régimen terapéutico (DOENGES, 2008).</p>	
INTERVENCION	Facilitar el aprendizaje (3S-5520).	
<p>Acciones Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. • Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. • Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. • Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje. • Utilizar un lenguaje familiar. • Definir la terminología que no sea familiar. • Fomentar la participación activa del paciente. • Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido. • Mantener sesiones de enseñanza cortas. • Simplificar las instrucciones. • Repetir la información importante. <p>Acciones de colaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. • Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. • Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. • Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje. • Utilizar un lenguaje familiar. • Definir la terminología que no sea familiar. • Fomentar la participación activa del paciente. • Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido. • Mantener sesiones de enseñanza cortas. • Simplificar las instrucciones. • Repetir la información importante. 	<p>Fundamento</p> <p>La información correcta y la comprensión del tratamiento, mejoran la cooperación del cuidador primario y paciente con el plan de tratamiento (DOENGES, 2008).</p>	

NECESIDAD	Vestirse y desvestirse	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la capacidad del vestido y desvestido r/c disminución de las percepciones sensoriales visuales. 	Conocimiento, Fuerza		Medio
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		3	Temporal	05/12/11
OBJETIVO	- Alma aumentará su capacidad de vestirse por sí misma durante el periodo de su tratamiento mediante la enseñanza de técnicas del vestido.			
INTERVENCION	Ayuda con cuidado: vestir/arreglo personal (1F-1802)			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades para su cuidado. Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. Estar disponible para ayudar en el vestir. Ayudar con los cordones, botones y cremalleras. 		Fundamentación de la intervención: La incapacidad de llevar a cabo el cuidado personal genera sentimientos de dependencia y un autoconcepto bajo. La participación máxima de la paciente en las actividades del vestido puede elevar la autoestima (CARPENITO, 2003).		
INTERVENCION	Vestir (1F-1630).			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. Observar la capacidad del paciente para vestirse. Vestir al paciente después de completar la higiene personal. Fomentar su participación en la elección de la vestimenta. Proporcionar asistencia hasta que la paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí misma. 		Un vestido personal óptimo favorece el bienestar físico y psicológico (CARPENITO, 2003)		

NECESIDAD	Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c respuesta secundaria a la ministración de agentes antineoplásicos (Vincristina). 	Fuerza		Baja
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		2	Temporal	05/12/11
OBJETIVO	- Alma mantendrá en todo el período de su tratamiento con antineoplásicos la temperatura corporal dentro de los límites normales mediante el uso de medidas para evitar la hipertermia e infecciones.			
INTERVENCION	Regulación de la temperatura (2M-3900).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Comprobar la temperatura al menos cada 2 hrs. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración. Observar el color y la temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 		Fundamento La fiebre es un signo importante de infección, inflamación y enfermedad; el tratamiento con fármacos antipiréticos sin consultar con un médico puede enmascarar síntomas importantes que deberían recibir atención médica. (CARPENITO, 2003).		

NECESIDAD	Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de deterioro de la religiosidad r/c disminución de interacción social, aislamiento social. 	Conocimiento y Voluntad		Media
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		3	Parcial	05/12/11
OBJETIVO	- Alma participará activamente en las prácticas religiosas o espirituales mediante la enseñanza y puesta en práctica de cultos religiosos por parte del cuidador primario durante su tratamiento antineoplásico.			
INTERVENCION	Apoyo espiritual (3R-5420).			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Tratar al individuo con dignidad y respeto. Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo. Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. Acciones de colaboración <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el uso de recursos espirituales. deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo. Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. 		Fundamentación <p>La enfermera debe actuar como consejera reconociendo y respetando las necesidades espirituales de la persona, lo cual a veces puede ser pasado por alto o ignorado por parte de otros profesionales de salud.</p> <p>El ambiente físico a menudo influye sobre la espiritualidad, de modo que las enfermeras deben proporcionar las instalaciones adecuadas cuando sea posible, considerando aspectos tales como la tranquilidad, la naturaleza, la música, etc.</p>		

INTERVENCIÓN	Facilitar el crecimiento espiritual (3R-5426).
<p data-bbox="313 243 646 264">Acciones de colaboración</p> <ul data-bbox="362 331 800 667" style="list-style-type: none"><li data-bbox="362 331 800 422">• Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.<li data-bbox="362 426 800 541">• Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.<li data-bbox="362 546 800 667">• Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.	<p data-bbox="816 243 1036 264">Fundamentación</p> <p data-bbox="816 285 1492 495">La naturaleza de los cuidados espirituales que recibe una persona, puede afectar directamente a la velocidad y la calidad de su recuperación. La intimidad y la tranquilidad proporcionan un ambiente que invita a la reflexión y la contemplación (CARPENITO,2003).</p>

NECESIDAD	Respirar normalmente	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Conducta generadora de salud que reforzará Alma para mantener un adecuado patrón respiratorio m/p actividades del cuidador primario encaminadas a la prevención de enfermedades que afecten el tracto respiratorio. 	Ninguna		Baja
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		1 Independencia	Ninguno	05/12/11
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Alma y el cuidador primario reforzarán las conductas necesarias para mantener un patrón respiratorio evitando exponerse a cambios bruscos de temperatura, y según la temporada consumir alimentos adecuados para reforzar el sistema inmunológico del aparato respiratorio durante su tratamiento con antineoplásicos 			
INTERVENCION	Aumentar o reforzar los conocimientos y habilidades.			
Acciones Independientes <ul style="list-style-type: none"> Decidir los aspectos sobre los que desea y puede incidir. Demostrar o enseñar los conocimientos, habilidades y técnicas para mejorar las actitudes/aptitudes. Acciones de colaboración <ul style="list-style-type: none"> Identificar conjuntamente los hábitos y conductas de salud actuales, cuáles son adecuados y deberían mantenerse y cuáles podrían mejorar. Identificar los recursos personales, familiares y sociales de que dispone y el grado de utilización de los mismos. 		Fundamentación Las conductas saludables y de afrontamiento guardan una relación estrecha; las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad (LUIS, 2008).		

NECESIDAD	Eliminar por todas las vías corporales	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar la eliminación m/p diuresis y evacuaciones suficientes para satisfacer las necesidades corporales dentro de los límites normales. 	Ninguna		Baja
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		1 Independencia	Ninguna	05/12/11
OBJETIVO	- Alma y el cuidador primario reforzarán las conductas necesarias para mantener un patrón de eliminación a través de una adecuada ingesta de líquidos y dieta rica en fibra durante su tratamiento con antineoplásicos.			
INTERVENCION	Aumentar o reforzar los conocimientos y habilidades.			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Identificar conjuntamente los hábitos y conductas de salud actuales, cuáles son adecuados y deberían mantenerse y cuáles podrían mejorar. Decidir los aspectos sobre los que desea y puede incidir. Demostrar o enseñar los conocimientos, habilidades y técnicas para mejorar las actitudes/aptitudes. 		Las conductas saludables y de afrontamiento guardan una relación estrecha; las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad (LUIS, 2008).		

NECESIDAD	Mantener la temperatura dentro de límites normales	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Conducta generadora de salud que reforzará el cuidador primario y paciente para mantener el confort y termorregulación corporal eficaz m/p expresión verbal de usar ropa adecuada para el clima. 	Ninguna		Baja
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		1 Independencia	Ninguna	05/12/11
OBJETIVO	- Alma y el cuidador primario reforzarán las conductas necesarias para mantener un patrón respiratorio mediante el uso de ropa y demás aditamentos de la termorregulación durante su tratamiento con antineoplásicos.			
INTERVENCION	Aumentar o reforzar los conocimientos y habilidades.			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Identificar conjuntamente los hábitos y conductas de salud actuales, cuáles son adecuados y deberían mantenerse y cuáles podrían mejorar. Explicar los cambios de conducta posibles y el fundamento del potencial beneficio para la salud. Enseñar nuevas habilidades o técnicas específicas de cuidados que puedan resultarle de utilidad. 		<p>Las conductas saludables y de afrontamiento guardan una relación estrecha; las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad.</p> <p>La persona es la responsable de elegir el modo de vida saludable. La enfermera es responsable de explicar las posibles opciones (LUIS, 2008).</p>		

NECESIDAD	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	FUENTE DE DIFICULTAD		PRIORIDAD
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar los conocimientos del cuidador primario para mantener la higiene corporal adecuada m/p interés en el aprendizaje, conocimiento del tema, conductas congruentes con el conocimiento expresado. 	Ninguna		Baja
		NIVEL	GRADO DE DEPENDENCIA	Fecha de identificación
		2 Independencia	Ninguna	05/12/11
OBJETIVO	- El cuidador primario de Alma mejorará la higiene en la paciente, a través de la orientación y práctica de actividades por parte del personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria y en su domicilio.			
INTERVENCION	Completar o reforzar los conocimientos y habilidades.			
Acciones Independientes		Fundamento		
<ul style="list-style-type: none"> Revisar conjuntamente las actividades cotidianas para la higiene y, teniendo en cuenta sus posibilidades, edad, etapa de desarrollo y experiencia de salud, determinar cuáles de ellas son adecuadas y no requieren cambio alguno y cuáles son susceptibles de mejora. Valorar la necesidad y adecuación de uso de dispositivos de ayuda que pueden paliar las dificultades funcionales, llevar a cabo modificaciones en el entorno para facilitar el desempeño de las actividades y reforzar la seguridad. Proporcionar los conocimientos o habilidades específicos necesarios para poner en práctica las actividades acordadas. 		<p>Las conductas saludables y de afrontamiento guardan una relación estrecha; las enfermeras ayudan a los clientes a maximizar su capacidad.</p> <p>La persona es la responsable de elegir el modo de vida saludable. La enfermera es responsable de explicar las posibles opciones (LUIS, 2008).</p>		

2.5. PLAN DE ALTA.

El Plan de Alta es un informe escrito el cuál es necesario para garantizar la continuidad de los cuidados. El objetivo de la planificación del alta es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital, y mejorar la coordinación de los servicios después del alta del hospital.⁷⁸

⁷⁸ Shepperd Sasha, Et. Al.. (2010). Planificación del Alta del Hospital al Domicilio. España.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL
VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Alma Trujillo Ramírez. Edad: 1 año 9 meses. Sexo: Femenino.

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

Es necesario realizar un programa de estimulación temprana para conseguir que Alma no se siga retrasando en su desarrollo sensorial y cognoscitivo.

También es necesario conservar una adecuada nutrición, higiene corporal y de la casa habitación, evitar los cambios bruscos de temperatura.

2. Orientación dietética:

Importante llevar a cabo una adecuada nutrición, ya que con el tratamiento con antineoplásicos el sistema inmune se deprime, y por consiguiente el apoyo nutricional contribuye a la prevención de infecciones por el estado inmunológico, es preferible que el paciente con cáncer haga más comidas al día, pero de menor cantidad de alimentos, los alimentos deben de ser preparados higiénicamente en el hogar, para evitar de esta manera una infección por consumir alimentos en mal estado, alimentos libre de infurtidos, carnes frías (jamón, queso), dieta de consistencia blanda. Cuando la paciente esté bajo tratamiento de quimioterapia es ideal no se le ofrezca de manera común los alimentos que más le agraden, ya que por las náuseas y los vómitos, le tomará aberración a los alimentos que más le gustan y posteriormente no querrá consumirlos, disminuyendo así la gama de alimentos que quiera consumir.

3. Medicamentos indicados:

Temozolamida 100mg, c/24hrs., durante 5 días cada tercer semana.

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

En caso de que presente fiebre, que se ponga la cara roja (chapeteada). Se encuentre desanimada, decaída. Muchas náuseas y vómitos. Que no tenga hambre, no quiera comer. Tenga diarrea y/o sangrado de cualquier lugar.

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc).

Realizar ejercicios de estimulación temprana (para información sobre actividades a realizar en la estimulación ver folleto de "Estimulación Temprana").

6. Fecha de su próxima cita: 5 /Julio/2012.

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

Se anexa folleto sobre estimulación temprana.

Fecha: 07/Junio/2012.

Nombre de la enfermera: L.E.O. Mayola del Carmen Reyes Alcaraz.

3.RESULTADOS.

Durante la realización de mi estudio de caso pude contar con el consentimiento del cuidador primario de mi paciente de estudio, sintiendo empatía con Alma desde el primer día de su estancia hospitalaria; también tuve todas las facilidades del Hospital para realizar todos los procedimientos del estudio de caso, así mismo, hago mención de la oportunidad de aplicar el Proceso Atención de Enfermería, que en conjunto con las diversas disciplinas médicas pude colaborar en los procedimientos realizados a Alma, para que la paciente, de ingresar al Hospital sin ningún diagnóstico confirmatorio al día de hoy ella se encuentre libre de la neoplasia, y se esté rehabilitando por medio de terapia ocupacional para lograr un desarrollo adecuado adaptado a su deficiencia visual.

4. CONCLUSIONES.

Para finalizar mi estudio de caso, llego a las siguientes conclusiones:

- El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento; a través del cual se hace la unión teórico-práctica de nuestra labor cotidiana, debido a que en la metodología de trabajo, como profesionales interactuamos con el paciente para conseguir datos necesarios para la formulación de diagnósticos de Enfermería que dan a conocer las necesidades que deben ser cubiertas en el usuario.
- La propuesta filosófica de Virginia Henderson es una propuesta que permite atender al individuo en sus diferentes esferas, permitiendo hacer un análisis de las 14 necesidades básicas del ser humano, y es posible realizar una integración del Proceso Atención de Enfermería y la propuesta filosófica.
- A través de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el estudio de caso, permitió que se cumplieran en su mayoría los objetivos inicialmente planteados, haciendo posible reconocer la importancia de hacer un Posgrado, ya que éste, logra integrar todos los conocimientos para poder de ésta manera brindar un Cuidado Especializado, y cubrir las necesidades del individuo y lograr su independencia en el menor tiempo posible.

Sugerencias.

Invitar a la reflexión sobre la importancia de la aplicación de la propuesta de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso Atención de Enfermería como parte de un método científico que sustenten los cuidados profesionales, humanísticos y de calidad otorgados al paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- Fernández Ferrín Carmen, Luis Rodrigo María Teresa, Navarro Gómez María Victoria(1998). *De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Porra Casals J.M. Lic. (2001, Mayo-Agosto). *Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería*. Revista Cubana Enfermería, vol.17, n.2.
- Ruíz Piñeiro R. (1999, Enero-Diciembre). *La Ética y la Enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, vol.7, n.1-4.
- Cruz López Luz María E.C., Martínez Palomino Guadalupe L.E. (2006, Mayo-Agosto). *Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 14, Núm.2, págs.: 56-61.
- Sierra Pacheco Magdalena L.E.O., (2006, Enero-Abril). *Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 14, Núm. 1, págs. 16-23.
- Alonso Fernández S., Ros Elvira MT., (2008, Mayo-Agosto). *Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC Y NOC*. Enfermería en Cardiología. Núm. 44.
- Ferrer Pardávila Ángeles E., García Sampedro Rosario E., Barreiro Bello José María E., (2003, Enero-Junio). *El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda, en Enfermería Pediátrica*. Cultura de los cuidados. Año 7. Núm. 13. Págs. 52-62
- Rodríguez Bestilleiro Ana María E.A., Ferrer Pardávila M. Ángeles E.A., (2002). *Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y sus necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes*. Enfermería Clínica. Vol. 12. Núm. 6.
- Partera Luque M. Carmen, Molina Pacheco Francisca, Gestí Senar Silvia, Cavero Calvo Juana B. (2003). *Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre*. Enfermería Clínica. Vol. 13, Núm. 5.
- Zapatero Gaytón I., Quilchano Gonzalo B., Ausin Gómez J., (2006, Enero- Marzo). *Plan de Cuidados de enfermería a un niño con hipospadias*. Asociación Española de Enfermería en Urología. Núm. 97.

- Ángeles Oblitas Y., Barreto Quiroz M., Bolaño Gil H., (2010). *Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú*. Rev enferm Herediana. Vol.3. Núm. 1. Págs.43-48.
- Sánchez León Virginia, (2001). *Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura*. Rev. Enferm. IMSS. Vol. 9, Núm. 2. Págs.91-96.
- Mondragón Romero A., Macín García Gabriela L.E. (2010, Septiembre-Diciembre). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.Vol. 18, Núm. 3. Págs. 82-86.
- Audrey Berman, Barbara Kozier(2008).*Enfermería Fundamental-Conceptos, procesos y práctica*.(8va. Edición), (Vol. 1). México: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Iyer P.W.,Tapich B.J., Bernocchi-Losey D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*.(3ra. Edición). México: Mc Graw-Hill. Interamericana.
- Phaneuf Margot (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Alfaro LeFevre Rosalinda(2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. (5ta. Edición). Barcelona, España: Masson.
- Janet W. Griffith., et al. (1993).*Proceso de atención de enfermería- aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial manual moderno.
- Henderson Virginia/Macmillan Publishing Company (1966). *The Nature of Nursing*. Suiza: Mc Graw Hill.
- Phaneuf Margot (1993). *Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería* (1ra. Edición). Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Riopelle L., Grondin L., y Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid, España: Mc Graw Hill- Interamericana. 1997.
- Fernández F., Novel M./(2000). *El modelo de Henderson y el Proceso de atención de Enfermería*. México, D.f. Salvat.

- Paéz Moreno Ricardo RP (2000, Enero-Diciembre). *La ética de las virtudes y enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, vol. 8, edición 2000, pag.60-68.
- Lifshitz Alberto. (2007). *Influencia de la bioética en la ética clínica*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. Vol. 45. No.3: Pag.209-211.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México*. 2001. <http://www.conamed.gob.mx>
- Aguirre Gas Héctor Dr. Facultad de Medicina- UNAM. *Código de Ética. Consentimiento Informado*. 2001. <http://www.facmed.unam.mx>
- Sierra Sesúмага L. Et. Al., (2006). Gliomas. *Tratado de Oncología Pediátrica- Enfermedades malignas del niño y del adolescente*. (Primera Edición). Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- Jerez Olivera E, et. Al. Glioma del nervio óptico. A propósito de un caso. 2006. <http://www.oftalmo.com/sco/revista-17/17sco14.htm>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/infantilmexico.html>
- http://www.umm.edu/esp_ency/article/001024.htm
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912006000100008&script=sci_arttext
- NANDA I. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación (2009-2011). Editorial Elsevier. Madrid, España.
- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
- Shepperd Sasha, Et. Al.. (2010). Planificación del Alta del Hospital al Domicilio. España.

6. ANEXOS.

6.1 Historia Clínica de Enfermería

6.2 Hoja de Reporte Diario

6.3 Hoja de Consentimiento informado

6.4 Tríptico



* Es importante favorecer antes de realizar los ejercicios de estimulación tomar en cuenta los siguientes puntos:

- El área física donde se lleven a cabo las actividades debe tener adecuada ventilación y temperatura, así como buena iluminación.
- El mobiliario indispensable es un mueble o caja para guardar el material que se utiliza en la evaluación y los ejercicios y una colchoneta, petate o cobija doblada para colocarla sobre la mesa o el piso para trabajar con el niño (a).
- Se debe contar permanentemente con el material necesario para la evaluación y las actividades de Estimulación Temprana.



Estimulación Temprana



Programa de Estimulación Temprana para: Alma Trujillo Ramírez.

Elaboró: L.E.O. Mayola del Carmen Reyes Alcaraz. Junio 2012.



Los primeros seis años de vida se caracterizan por un alto grado de plasticidad neuronal o plasticidad neural, que permite la adquisición de funciones básicas como el control postural, la marcha o el lenguaje. La consecución progresiva de hitos en este desarrollo va permitiendo la aparición y mejora de nuevas habilidades.

¿Qué es la Estimulación Temprana?

La Estimulación Temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo.

¿Para qué sirve la Estimulación Temprana?

Permite el desarrollo de la coordinación motora, a través del fortalecimiento de los miembros del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la Estimulación Temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción.

Áreas a estimular:

Estimulación táctil.

Manipular diferentes formas, tamaños, texturas, pesos y temperaturas: jugar con agua, jugar con plastilina, jugar con arena sentir el calor del sol, etc.



Todo aquello que pueda despertar aún más su sentido del tacto.



Estimulación Auditiva.

Reconocer y discriminar diferentes sonidos del ambiente: oír los sonidos producidos por el propio cuerpo, poner atención al silencio para percibir sonidos, oír diferentes sonidos como campana, palmas, bocina, tambor, teléfono, etc.; aprender sus nombres y entrenarse en la habilidad de localizar de dónde provienen, entre muchas otras actividades.

Estimulación olfativa.

Identificar, reconocer y discriminar diferentes olores del medio ambiente: oler elementos de uso cotidiano como colonia, desodorante, talco, pasta de dientes, crema, champú; siempre asociado a sus nombres. Oler alimentos, aliños y especias como frutas, café, canela, cebolla, pan, coliflor, vinagre, bebidas, asado etc.



Estimulación gustativa.

Identificar, reconocer y discriminar sabores diversos: probar y conocer sabores dulces como miel, azúcar, chocolate, golosinas. Probar alimentos salados como sal, papas fritas, aceitunas, charqui. Probar alimentos ácidos como limón, naranja, kiwi, mostaza, vinagre.