



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL IV
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL
BAJIO**

ESTUDIO DE CASO

**ALTERACION EN LAS NECESIDADES BASICAS A
UN LACTANTE MENOR POR TRANSPOSICION DE
GRANDES VASOS CON CIRUGIA CORRECTIVA
TIPO JATENE**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA:

L.E.O. SANDRA YADIRA HEREDIA GUTIÉRREZ

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



LEON, 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.

INDICE

INTRODUCCION	
OBJETIVOS	4
1. MARCO TEORICO	
1.1 Estudios relacionados	5
1.2 Proceso Atención de Enfermería	17
- Concepto	17
- Objetivos	19
1.2.1 Valoración: Tipos	19
1.2.2 Diagnostico	25
1.2.3 Planeación	32
1.2.4 Ejecución	44
1.2.5 Evaluación	52
1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson	57
1.3.1 Conceptos Principales	58
1.3.2 Relaciones con otros profesionales	74
1.3.3 Supuestos principales	75
1.3.4 Postulados	77
1.3.5 Valores	79
1.3.6 Afirmaciones teóricas	79
1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería	82
1.4.1 Código de ética	86
1.4.2 Principios (Consentimiento informado)	89
1.4.3 Decálogo de Enfermería	98
1.5 Factor de Dependencia	99
2. METODOLOGIA	
2.1 Descripción del caso	108
2.2 Métodos e Instrumentos	115
2.3 Proceso de Construcción del Diagnostico	116
2.4 Proceso de Planeación	121
2.5 Plan de Alta	165
3. RESULTADOS	168
4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	170
5. BIBLIOGRAFIA	172
6. ANEXOS	
6.1 Historia Clínica de Enfermería	
6.2 Hoja de Reporte Diario	
6.3 Hoja de Consentimiento Informado	

INTRODUCCION

El método o Proceso de Enfermería, el cual tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, nos permite también actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad, necesarias en la aplicación del proceso de atención de Enfermería, siendo este dinámico y de continua evolución, definido como un método racional, cíclico, interactivo y deliberado orientado a objetivos para plantear y proporcionar la atención de Enfermería. Esta se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud real o potenciales y utiliza unas series de medidas o etapas encaminadas a lograr resultados específicos.¹ Comienza cuando se establecen datos sobre el paciente o se valora, se identifican sus necesidades o surgen diagnósticos, se formulan objetivos o se planifica, se ponen en marcha los cuidados o ejecuta el plan dirigidos a esos objetivos y finalizando con la medición del avance del paciente hacia los resultados esperados siendo este la etapa de evaluación.

Las malformaciones congénitas presentan una incidencia mundial que oscila entre el 25 y el 62% de los recién nacidos, siendo las cardiopatías congénitas las de mayor incidencia, entre el 5,2% y el 12,5% de los recién nacidos vivos. La transposición de grandes vasos es la cardiopatía congénita cianógena más importante ya que es la responsable del mayor número de decesos en los primeros 2 meses de vida.² La supervivencia es escasa después de la sexta década de vida, la clínica predominante, el fallo cardiaco y la muerte súbita.

La más común y letal forma de manifestarse la transposición de grandes vasos es la transposición completa ya que sin tratamiento cerca de un 30% de los neonatos muere en la primera semana de vida, el 50% lo estará para el primer mes, un 70% en los primeros 6 meses y el 90% al final del primer año.³

¹ Saunders y Luckmann Joan (2000). Texto de Cuidados de Enfermería. McGraw Hill interamericana.

² Morera, Ma*(2007). Transposición de grandes vasos malformación congénita: Reporte de un caso. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXIV (579) 89-92; 2007

³ Ibid. Pag. 90

La transposición de los grandes vasos es un defecto cardíaco cianótico, lo que significa que hay disminución del oxígeno en la sangre bombeado desde el corazón al resto del cuerpo. Los niveles bajos de oxígeno en la sangre llevan a que se presente cianosis (una coloración azul púrpura en la piel) y dificultad respiratoria.⁴

El desarrollo de la cardiocirugía pediátrica ha permitido la supervivencia de estos niños, especialmente con el uso de prostaglandinas para mantener el Ductus permeable y una tendencia cada vez mayor a la corrección anatómica (operación Jatene), uno de los mayores logros dentro de la cirugía cardiovascular pediátrica en las dos últimas décadas ha sido el desarrollo de esta técnica para la corrección TGV. En los centros con gran desarrollo este procedimiento tiene una supervivencia mayor al 95%.⁵

La meta principal en la realización de este estudio de caso es englobar todos los aspectos teóricos prácticos, aplicando la Filosofía propuesta por Virginia Henderson a través del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de las necesidades básicas de un lactante menor con Transposición de Grandes Arterias, para brindar una atención de enfermería humana y de calidad encaminada a mejorar su calidad de vida.

Virginia Henderson propuso 14 necesidades básicas en los individuos, que son satisfechas cuando esta posee el conocimiento, la fuerza y la voluntad, cuando existe una carencia, una o más necesidades pueden no satisfacerse.⁶ Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Esta identifica tres modelos de función enfermera: Sustituta, la

⁴ Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, eds. (2007). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 8th ed. St. Louis, Mo; WB Saunders.

⁵ Jatene AD, Fontes VF, Paulista PP. (1976). Anatomic correction of transposition of the great vessels. *J Thorac Cardiovasc Surg*; 72(3):364-70.

⁶ Gallegos R. (2006). Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los Individuos. *Desarrollo Científico de Enfermería*; 14(7):268-273.

Ayudante y la Compañera, la cual fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.⁷

Entonces el individuo será dependiente originando problemas de salud, tratando de lograr nuevamente la independencia (o salud). Tomando en cuenta los aspectos socioculturales, económicos, religiosos, la familia y el equipo de salud.⁸

Es por ello que el presente trabajo se llevó a cabo teniendo la finalidad de aplicar el proceso del cuidado de enfermería a un Lactante que ingresó al Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío en el Estado de Guanajuato con un Diagnóstico médico de Transposición de Grandes Vasos. A causa de poder evidenciar el cuidado de estos pacientes que requieren de un cuidado especializado para así poder proporcionarles una sobrevida de calidad con las menores complicaciones posibles.

Elaborando este trabajo aplicando un instrumento de recolección de datos, así mismo, se realizó un examen físico. Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería, para de esta manera poder planificar y ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado del usuario, se prosiguió con la evaluación, que no es más que la medición de los resultados obtenidos durante todo el proceso. Por tanto, fue necesario establecer una interacción con la madre del niño, así trabajando conjuntamente se pudieran lograr los objetivos propuestos.

⁷ García Ma de J. (1997). El proceso de Enfermera y La Teoría de Virginia Henderson, Propuesta para Orientar la Enseñanza y La Práctica de Enfermería, editorial Progreso.

⁸ Alfaro R. (1992). Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un estudio de caso tomando como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson aplicando el método de Proceso Atención de Enfermería a un lactante menor con Cardiopatía Congénita mediante una valoración focalizada de enfermería, revisión bibliográfica, ejecutando un plan de atención especializado que favorezca su cuidado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Fundamentar mediante una revisión bibliográfica el conocimiento científico en enfermería y así sustentar el desarrollo de este estudio de caso durante su realización y poder llevarlo a cabo mediante su aplicación.
- Realizar una valoración focalizada durante el tiempo de hospitalización, a un lactante menor con dependencia en las necesidades básicas con Transposición de Grandes Vasos, jerarquizando las necesidades en dependencia-independencia según Virginia Henderson.
- Formular los diagnósticos de enfermería en base a los datos objetivos y subjetivos de la valoración de enfermería, durante el postoperatorio, hospitalización y posibles problemas posteriores a su alta, jerarquizando la prioridad de cada una de las necesidades básicas del paciente estén alteradas o en riesgo.
- Estructurar un plan de enfermería especializado, aplicándolo durante la hospitalización y al alta del paciente.
- Evaluar las estrategias del plan de intervenciones especializado, para determinar el cumplimiento de los objetivos y resultados alcanzados, según la evolución del lactante y su pronta recuperación integrándolo nuevamente a su núcleo familiar.

1 MARCO TEORICO

1.1 Estudios Relacionados

Para elaborar este estudio de caso se realizo una búsqueda de artículos tratando de encontrar algún antecedente que fundamentara estudios previos del cuidado especializado en pacientes con cardiopatías congénitas y así tener bibliografía en que apoyara este estudio, que se evidencia por la búsqueda que se hizo por medio de bases de datos y bibliografía en bibliotecas, encontrando artículos que hacen referencia al proceso atención de enfermería y aplicando el modelo relacionado con la valoración de las necesidades de Virginia Henderson con pacientes pediátricos.

Encontrándose 11 artículos aplicando la metodología para este tipo de pacientes, de los cuales la información obtenida fue útil para el estudio de caso, tomando en cuenta el modelo de Virginia Henderson y la metodología utilizada ya que por la fuente de dificultad si hubo diversidad, pero que se asocie directamente a dicha patología no se encontraron artículos que apoyaran este estudio de caso directamente, sin embargo en cuanto a cardiopatías congénitas fueron 3 los de utilidad como antecedente de factor de dependencia y otros 8 como referencia encontrando muy poca aportación con estos enlaces y sobre todo poco acervo de la población pediátrica y en especifico a la fuente dificultad o de la propia patología.

Sin embargo, la información encontrada en estas bases de datos es de apoyo y de gran sustento para poder aumentar la información con respecto a este tipo de patología en concreto en la población pediátrica, tratando de ampliar este conocimiento y dejando evidencia en este estudio de caso que apoye el cuidado especializado para esta patología tan importante y compleja al llevar a cabo el tratamiento adecuado y así tener atención de calidad y con alto sentido humano bajo el sustento de un modelo y una metodología muy especifica.

- * Se trata del caso de un niño de 3 años, con la finalidad de la intervención de enfermería de ir guiando la modificación de las conductas, asegurando el restablecimiento a la normalidad en el grupo, un entorno familiar de convivencia saludable y seguro para todos ellos. Planificando cuidados según el modelo de Virginia Henderson de la situación de celos de un niño hacia el nuevo hermano.

Este estudio se llevo a cabo en España utilizando como metodología la valoración biopsicosocial de los dos hermanos en relación con los padres, los antecedentes del hermano mayor y las condiciones de salud y desarrollo el desenvolvimiento antes y después del nacimiento de la hermana.

El desarrollo de los cuidados de enfermería se centra en las necesidades alteradas según Virginia Henderson haciendo una valoración general de cada una de ellas y se emplea el diseño utilizando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC. El autor llego a la conclusión de que la enfermera es una guía de ayuda familiar para la adaptación a los cambios emocionales de un hermano mayor celoso. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.⁹

Los autores de este artículo, se enfocaron al estudio de la vinculación existente entre el proceso de atención enfermero y la relación de ayuda, en cuanto sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social. En el contexto del proceso atención de enfermería como método científico que sistematice el trabajo y lleve a la práctica el modelo elegido.

- * Este estudio se realizo en el Hospital de Coruña, en la unidad de lactantes de una niña de 11 meses hospitalizada por estancamiento ponderal, cardiopatía congénita y Síndrome de Down. Utilizando el modelo de Virginia Henderson, haciendo una valoración y priorizando necesidades alteradas, que se encuentran en riesgo y posibles de verse afectadas, definiendo los diagnósticos por Taxonomía NANDA y adaptado al programa de Gestión de cuidados.

⁹ Puig-Plana M., (2010). Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. Enfermería Clínica, 20(4):260-263.

Concluyendo que a partir del P.A.E. no se podría dar un enfoque al cuidado de relación de ayuda al paciente y familia. Refiere que el personal de enfermería necesita una formación adecuada, para asumir las intervenciones, implicación y responsabilidades que conlleva cada una de ellas.

Haciendo un referencia muy enfática en el modelo de Virginia Henderson y utilización de el proceso como recogida de datos para la valoración y procesamiento de datos, en la relación de ayuda, diferentes autores describen las etapas de que se compone, y que se piensa y están enmarcadas en el proceso atención de enfermería. La relación de ayuda es de gran relevancia para una buena interrelación enfermera-paciente, siendo parte fundamental en la práctica clínica.

El proceso de atención de enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con los pacientes y/o familias. El autor destaca la importancia del trabajo en equipos multidisciplinares, la planificación de cuidados de alta y su seguimiento, ya que son pautas necesarias para completar el proceso de atención de enfermería.¹⁰

- * El siguiente estudio de caso se realizó en el Edo. De México, en el Servicio de Pediatría, en el Hospital Central Militar, en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez. Llevando a cabo la situación clínica en el avance del diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas, para la capacitación constante del personal de enfermería que se encuentre en contacto directo con el paciente. Ya que estos pacientes tienen una gran cantidad de necesidades que se alteran por la patología de la enfermedad.

Siendo el objetivo principal implementar un plan de intervención de enfermería de alta calidad y calidez en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson.

¹⁰ Ferrer, A., García, R., Barreiro Ma. (2003). TEORIA Y MODELO El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica; 7(13):52-62.

La paciente en estudio es una femenina de 51 días de nacida, por presentar cianosis desde el nacimiento, que se agudiza con la alimentación y el llanto, diagnosticándola con una cardiopatía de ventrículo único y se ingresa al instituto por presentar crisis hipoxica. Haciendo una valoración focalizada por cada necesidad, solo mencionando las de dependencia y enfocándose al plan de intervenciones por esas necesidades alteradas.

El autor relata la experiencia que dejo este estudio ya que la paciente falleció tras su alta, por mejoría de su alteración respiratoria mas sin embargo reingreso por otras complicaciones siendo ese el motivo de fallecimiento otras complicaciones por la misma fisiopatología complicada.

Siendo lo más importante el trato con calidad y calidez al estandarizar el cuidado y que aunque los cuidados sean los mejores no se pueden evitar complicaciones por la propia enfermedad. A través del plan de cuidados se logran optimizar actividades con el objetivo de satisfacer al máximo sus necesidades y proporcionar apoyo a los familiares.¹¹

- * En atención de una niña de 5 años con pancreatitis, se aplico el proceso de atención de enfermería, elaborando un plan de cuidado de enfermería individualizado para su familia y la niña, ya que el proceso patológico que curso la niña le genero temor y dependencia hacia el personal asistencial, todo esto para fomentar la autonomía e integración de la familia respecto a los cuidados de su hija.

Ella ingreso el 2 de noviembre de 1999, dos semanas antes del ingreso se valoro por una infección de vías urinarias no confirmada, tras diversas pruebas se confirmo con diagnostico de quiste de colédoco. Interviniéndose el 10 de noviembre, ingresando a la unidad de cuidados intensivos para control postoperatorio, el 14 de noviembre se intensifica el dolor abdominal, y se observan signos de pancreatitis que motivan a una reintervención, durante esos días los padres manifiestan angustia e inquietud.

¹¹ Cruz, Ma., Martínez, Gpe., (2006). Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianogena por ventrículo único. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica; 14(2), 56-61.

Posteriormente se produjeron varias complicaciones, el 30 de noviembre presenta edemas y eritema generalizado, se modifica tratamiento médico y se valora por dermatología quien diagnostica necrolisis epidérmica toxica como efecto secundario a la Vancomicina.

Tras 35 días en la UCIP, se decide trasladarse ante la mejoría a una unidad de hospitalización.

Realizando una valoración también al núcleo familiar se detecto más problemas hacia la mama ya que es la cuidadora principal y la enfermedad de la niña la vuelca hacia ella y la niña percibe esta situación motivo por el cual la niña se hace dependiente de los cuidados y demandante cuando esta su mama con ella en ausencia la niña es dócil y muy cooperadora.

Se realizo una valoración también de acuerdo al modelo de Virginia Henderson enfocándose en las necesidades de dependencia siendo las prioritarias ya que por ser ingresada a la UCIP, son más comunes en estos pacientes.

Concluyendo que por el servicio de la UCIP enfermería solo realiza en problemas de colaboración que requieren una actuación rápida, no se debe obviar la necesidad de incluir todas las necesidades que abarque su dimensión biopsicosocial de la persona. Y que al igual en pediatría se debe tener gran atención en los familiares y el cuidador principal y que en este caso el cuidador repercutió sus necesidades alteradas que afectaron a la niña y al cuidador, dejándoles más tranquilidad al momento de aceptar la enfermedad y que se integrara mas a los cuidados de la niña para que entendiera la situación y disminuyera su nivel de angustia y aceptación.

En esta publicación se sugiere la difusión de más casos como este para fomentar la investigación de este tipo de casos y se trabajaría más los modelos conceptuales, valorando su aplicabilidad y sus limitaciones.¹²

¹² Partera Luque MC. et al., (2003). Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Enfermería Clínica 13(5):313-20

- * En otro estudio basado en modelo teórico de Virginia Henderson vislumbrando variables como las necesidades humanas alteradas tratándose de un adolescente en el periodo postoperatorio tardío de cirugía cardiaca con síndrome de delección 22q11, detectando los principales datos clínicos a través de una valoración permitiendo establecer el grado de dependencia y un plan de cuidados orientado hacia la recuperación de la persona en su entorno social.

Tratándose de un adolescente de 14 años de edad residente de Nayarit, el es conocido en el Instituto Ignacio Chávez desde 1997, ingresando en 2009 para corrección de una cardiopatía, reingresando el 7 de Mayo del mismo año volviendo a reintervenir por una comunicación interventricular residual.

El día 22 de Junio del 2009 ingresa al servicio de Cardiopediatria diagnosticando de acuerdo a las manifestaciones clínicas presentadas en esa ocasión como cuadro confusional agudo tipo delirium e iniciando Tratamiento.

Posterior a esto se realizo una valoración focalizada según las 14 necesidades enmarcadas por Virginia Henderson y así mismo elaborando un Plan de Intervenciones de Enfermería enunciando como Diagnostico principal el de Nausea relacionado a irritación gástrica, manifestada por verbalización: “tengo el estomago revuelto, quiero vomitar”, y otros 3 más de Riesgo.

Discutiendo al final de este estudio que es importante tener en cuenta este tipo de trastornos no tan frecuentes en paciente con cardiopatías congénitas y elaborando un plan de intervenciones para poder otorgar una atención con calidad y calidez manteniendo la integridad e individualidad de cada paciente. Ya que es poco frecuente que la enfermera observe crisis de psicosis de ahí la importancia de en la detección oportuna del cuadro clínico.¹³

- * El principal objetivo del siguiente caso fue aplicar los conceptos propuesto por Virginia Henderson a través del proceso atención de enfermería en el cuidado de un lactante mayor con Neumonía, considerando este ultimo como factor desencadenante en la dependencia de la necesidad de Oxígeno.

¹³ Mondragón, A., (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica; 18(3): 82-86.

En este artículo se manejan los diferentes conceptos que se llevarían a cabo en casos expuestos como parte inherente a la práctica profesional tomando en cuenta el respeto a la autonomía por medio del consentimiento informado al niño, así como también los principios de beneficencia y justicia.

Siendo el caso de un lactante mayor de 1 año 4 meses que ingresa al hospital de tercer nivel por fiebre, dificultad respiratoria, tos no productiva. Motivo por el cual tuvo la necesidad de apoyo ventilatorio, apoyándose como método diagnóstico una radiografía, practicando toracocentesis y colocando un sello de agua.

Llevando a cabo una serie de seguimientos por parte de enfermería para poder determinar qué tipo de grado de dependencia-independencia de acuerdo a la valoración de cada necesidad enmarcada por Virginia Henderson analizando los datos para poder llevar a cabo con las siguientes etapas del proceso atención de enfermería.

Redactando 17 diagnósticos de los cuales 11 fueron de dependencia, 5 a independencia y 1 de riesgo, solo siendo 4 los de gran importancia para este caso. Enmarcando el diagnóstico de Deterioro del intercambio gaseoso como prioritario. El objetivo fue demostrar que llevando a cabo la metodología de Virginia Henderson es muy factible elaborar un plan de cuidados y que se puede aplicar en el área infantil y así mismo verse beneficiada de la práctica de enfermería al contar con una base teórica sin dejar de lado la actuación interdisciplinaria.¹⁴

- * Atendiendo a los cuidados básicos de un paciente con la necesidad de moverse y mantener una buena postura, se da a conocer la metodología en un paciente con esta alteración de acuerdo al modelo de Virginia Henderson; orientado al proceso de atención de enfermería como el método científico de resolución de problemas del paciente.

¹⁴ Espinosa, V., Franco, M., (2003). Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. *Desarrollo Científico Enfermería*;11(1): 24-29.

Refiere que es importante tener un método organizado y sistematizado que le permita organizar los cuidados de enfermería individualizados y centrados en las respuestas únicas de la persona o grupo. Cita que utilizando el método se organizan mejor los cuidados, optimizan los recursos y mejora la educación del paciente, familia y comunidad, considerando los aspectos éticos y legales que sustenten la práctica profesional.

- * En el siguiente Proceso de Atención de Enfermería y al modelo conceptual de Virginia Henderson dice que la persona es un ser único irrepetible presenta catorce necesidades básicas, cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Se trata de lactante mayor de 1 años y 4 meses originarios del Distrito Federal, el 16 de septiembre es llevada a médico particular por presentar vomito, fiebre no cuantificada, el diagnóstico médico fue de amigdalitis, el 18 de septiembre es llevada a urgencias por presentar dificultad respiratoria y el diagnostico medico fue de bronquiolitis.

Realizando una valoración y jerarquizando las necesidades según el grado de dependencia e independencia se pudo planear cuidados individualizados de acuerdo a la alteración principal que presento.

En este caso comenta que el modelo de Virginia Henderson es el mejor modelo ya que con él se puede identificar alteraciones en las necesidades básicas en esta etapa de la vida y compartiendo opinión con los autores anteriores enfatizando la obtención de un lenguaje propio en Enfermería y se pueda llevar un seguimiento durante su estancia hospitalaria y en su domicilio.

15

- * Este autor comenta su caso tratándose como factor de dependencia fue la vasculitis lesión más frecuente del Lupus Eritematoso Sistémico, utilizando como método el Proceso Atención de Enfermería, en conjunto con la propuesta Filosófica de Virginia Henderson, utilizando la historia clínica de (6 a 12 años) y el reporte diario diseñados por autoridades de la ENEO-UNAM.

¹⁵ Solís, María E. (2009). Proceso Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxígeno. Desarrollo Científico de Enfermería; 16(9):414-417.

Así mismo pidiendo la autorización mediante la firma de un consentimiento informado, utilizando para la redacción de diagnósticos el formato PES y la taxonomía II NANDA. Miembro de una familia nuclear y originarios del Estado de México, de 11 años de edad una adolescente que es diagnosticada en septiembre de 2004 con LES.

En abril del 2005 presenta infarto cerebral por abandono de tratamiento, el 21 de agosto del 2006 donde se diagnostica vasculitis se hospitaliza, el 24 de agosto se colocaron tubos de ventilación para tratamiento de oxigenoterapia y 15 sesiones de cámara hiperbarica, 29 de septiembre se realiza amputación de ambas extremidades inferiores, realizándose 17 seguimientos y detectando 13 necesidades de dependencia y solo una en independencia, realizando 13 diagnósticos reales, 11 de riesgo y uno de salud, solo mostrando en este caso el PAE de necesidad de movimiento y postura que fue la necesidad más afectada. Confirmando nuevamente este autor la planeación durante su hospitalización y seguimiento se puede evaluar inmediatamente los resultados e incluir a la familia es primordial y permite el avance del paciente.¹⁶

- * El caso se trata de un paciente adolescente de 13 años, proveniente de una familia nuclear, como antecedente refieren que desde que inicio la marcha fue con dificultad, motivo por el cual recibió tratamiento hasta los cinco años e inicio nuevamente su dificultad a los 8 años refiriendo dolor articular en rodillas y pies; por lo que a la edad de 13 años presento imposibilidad para la marcha, motivo por el cual ingreso a un hospital de tercer nivel para su tratamiento.

Para llevar a cabo este estudio se tomo en cuenta el grado de dependencia e independencia según la grafica de continuum dependencia, solicitando por escrito en un consentimiento informado, llevándose a cabo una exploración física general y focalizada, teniendo como parámetro las 14 necesidades de Virginia Henderson, dando seguimiento para ver el grado de dependencia.

¹⁶ Sánchez, N., y Cols. (2008). Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica. Desarrollo Científico de Enfermería; 16(6): 276-279.

Se elabora un plan de cuidados para cada uno de los diagnósticos tratando de cubrir todas las respuestas humanas y evaluar su resultado. El objetivo de este estudio fue detectar las necesidades alteradas y realizar un plan de cuidados, conjuntamente con el proceso de atención de enfermería.

Concluyendo que es necesario llevar una metodología para favorecer a la planeación de las intervenciones de enfermería y que sin duda cambia la práctica tradicional de enfermería.

Sugiere promover la difusión y la aplicación del modelo de Virginia Henderson, junto con el proceso de atención de enfermería como método que guía los cuidados de enfermería y que al hacer estos estudios de caso promueven la aplicación del proceso de investigación.¹⁷

- * El siguiente caso paciente portador de influenza AH1N1 que padece de parálisis cerebral infantil siendo el factor de dependencia que atañe nuestro problema principal, se trata de una niña de 6 años 7 meses de edad que padece parálisis cerebral desde los 2 meses de nacimiento, teniendo como causa principal de consultas fiebres altas y convulsiones.

Presentando infección de influenza AH1N1. Encontrándose en su unidad, pálida, adelgazada, tos productiva con secreciones de color verde, no levanta la cabeza, hipotonía, no puede realizar bipedestación, presenta hipertonia al estímulo, la madre refiere que no hace deposiciones hace 5 días, a la auscultación se encuentran ruidos crepitantes.

Posterior se procedió a realizar el proceso diagnóstico enlistando 10 como principales y como prioritario "Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones oro faríngeas manifestado por tos productiva con secreciones de color verde de aspecto mucoso, a la auscultación con ruidos crepitantes en ambos campos pulmonares".

¹⁷ Sánchez León, V., (2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enfermería IMSS 9(2):91-96

Este artículo contribuye en el cuidado integral ya que brindándolo de esa manera se obtiene el bienestar del paciente y su familia y el desempeño científico y ético del personal de enfermería.¹⁸

- * El siguiente caso se enfoca de manera primordial en un neonato con asfixia neonatal aportando gran información para elaborar el caso del cual se tratara más adelante aportando datos como referencia de factor de dependencia. Se aplico el proceso de enfermería en un neonato de termino, producto de un embarazo complicado con hipertensión arterial de 40 semanas, obtenido mediante cesárea de emergencia, lloro y respiro al nacer con Apgar de 7 y 6 a los 10 minutos amerito maniobras de estimulación táctil, observándose distress respiratorio, al tercer día presenta convulsiones, quedando con hipotonía muscular e hipoactivo.

Relacionando el caso que data de factores de mujeres de embarazo de alto riesgo, siendo esto predisponente a la aparición de asfixia del recién nacido al momento de nacer.

Se detectaron los siguientes diagnósticos de enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con disminución del contenido de oxígeno en sangre manifestado por disnea y Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en el intercambio gaseoso manifestado por taquipnea, Alteración en la perfusión tisular cerebral relacionado con insuficiente aporte de oxígeno.

A través de las acciones de Enfermería pueden lograr el bienestar físico, psicológico y emocional y que deben ser específicas para la atención optima de los neonatos asfícticos en estado crítico. Este proceso es esencial ya que el Profesional de Enfermería debe ser metódico, practico, creativo y ágil, ampliando sus conocimientos para el manejo de estos pacientes requiriendo un cuidado más especializado.¹⁹

¹⁸ Oblitas-Angeles Y, y Cols. (2010). Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista Enfermería Herediana; 3(1):43-48.

¹⁹ Aguilar M. (2001). Cuidados de enfermería a neonato con asfixia perinatal fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 6(21).

Toda esta búsqueda dio como resultado el obtener bases aunque propias para la fuente de dificultad no hubo lo suficiente, pero se obtuvo conocimiento y diversidad de otros casos, para la establecer la estructura metodológica que se implementara en este estudio de caso e integrarla teoría y llevarlo a la práctica, teniendo un desarrollo favorable y aplicable para este tipo estudio.

Se observo que el modelo de Virginia Henderson con la valoración de las 14 necesidades es aplicables para establecer un plan de intervenciones que sea favorable para implementar y fácil de manejar, haciendo evidente que las acciones del profesional de enfermería cuenten con una base solida de conocimientos y sea funcional ya que es básico contar con un soporte teórico y registros para tener bases de información basada en evidencias.

1.2 Proceso de Atención de Enfermería

CONCEPTO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso atención de enfermería (P.A.E). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es el sistema de la práctica de la enfermería, proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales.

Yura y Walsh (1988) el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Kozier (2008)

Según Rosalinda Alfaro. (1993) **“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”**. En el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.²⁰

²⁰ García González Ma. De J., (1997). El Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. 1ra Edición. Editorial Progreso.

El proceso de Atención de enfermería tiene sus orígenes cuando Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En (1967) Yura y Walsh autores del primer texto que se describía proceso de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados, de los 70' Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de 5 fases.

Desde ese momento el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método el P.A.E configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- *Valoración*: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- *Diagnóstico de Enfermería*: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- *Planificación*: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- *Ejecución*: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- *Evaluación*: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

1.2.1 ETAPA DE VALORACION

- “Proceso continuado que la enfermera realiza en cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería”. (Kozier 1999)
- “Método sistemático de recogida de datos, que consiste en la apreciación del individuo, familia y comunidad con la finalidad de identificar necesidades potenciales o reales de salud”. (Griffin)
- “Proceso sistemático y organizado de búsqueda de información realizado a partir de diversas fuentes. Con el fin de descubrir el grado de satisfacción de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla”. (Phaneuf, 1999)

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos. Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de datos.

➤ TIPOS

Existen cuatro tipos diferentes de valoración, las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

- **Valoración inicial:** se realiza durante el primer contacto de la persona con el servicio de salud, puede ser al momento de su ingreso o también cuando el profesional de enfermería ingresa a su turno

Propósito: Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.

- **Valoración focalizada:** se realiza durante los cuidados de enfermería y es un proceso progresivo integrado.

Propósito: Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior. Identificar un problema nuevo o que pasaron desapercibidos.

- **Valoración urgente:** Durante cualquier crisis fisiológica psicológica de la persona

Propósito: Identificar problemas que amenazan la vida.

- **Valoración después de un tiempo:** Varios meses después de la valoración inicial.

Propósito: Comparar la evolución de la persona con los datos basales obtenidos anteriormente.

➤ FUENTES DE LOS DATOS

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias.

El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son (1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, (2) identificar objetivos o problemas concretos y (3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

➤ **MÉTODOS DE OBTENCION DE LOS DATOS**

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

OBSERVACION

Es obtener datos usando los sentidos, es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado.

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, implica distinguir los datos de una forma significativa. Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante.

ENTREVISTA

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

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.

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*

- Preguntas cerradas, se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un “sí” o “no” o respuestas cortas directas que dan información específica. Comienzan con “cuando”, “donde”, “quien”, “que”, “haces o (hiciste)” o “eres(o fuiste)”.
- Preguntas abiertas, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. La pregunta abierta es útil al comienzo de una entrevista o para cambiar los temas y desencadenar actitudes. Las preguntas abiertas pueden comenzar con “que” o “como”.
- 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.
- 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.

- *PLANIFICACION DE LA ENTREVISTA Y MARCO*

Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, también revisa el formulario de recogida de datos de la institución para identificar que datos debe recoger y que datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico. Si ni se dispone de formulario, se prepara una guía para la entrevista que le ayude a recordar temas y determinar que preguntas plantear.

Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la distancia y el lenguaje.

- *Momento:* Se debe planificar las entrevistas con los pacientes, cuando se sienta cómodo, sin dolor y sin interrupciones.

- *Lugar:* Una sala bien iluminada y ventilada que este relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Es deseable un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.
- *Distancia:* La distancia no debe ser demasiada grande ni demasiada pequeña, la mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 a 90 cm durante una entrevista.
- *Lenguaje:* El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en común, y son necesarios intérpretes y traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto.

- *ESTADIOS DE UNA ENTREVISTA*

- *Apertura:* Los objetivos son establecer una buena relación y orientar al entrevistado. Puede empezar con un saludo o una presentación acompañados de gestos no verbales. El profesional debe tener cuidado de no exagerar este estadio; una charla demasiado superficial puede despertar ansiedad sobre lo que sigue y puede no parecer sincera. Explica el propósito y naturaleza de la entrevista, le dice al paciente como se usara la información y suele establecer que el paciente tiene derecho de proporcionar datos.
- *Cuerpo:* En el cuerpo, el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz exige que el profesional use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objeto de la entrevista.
- *Cierre:* El profesional termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria.

EXPLORACION

Es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación para detectar problemas de salud. Usa las técnicas de Inspección, Auscultación, palpación y percusión. La exploración puede ser cefalocaudal o por sistemas.

El profesional de suele registrar una impresión general, después toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso.

Una exploración de cribado o revisión de sistemas es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales.

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas:

➤ **OBTENCION DE DATOS**

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

Base de datos: Es toda la información sobre un paciente: anamnesis, valoración física, y exploración física, los resultados de pruebas de laboratorio y diagnósticas.

- Datos subjetivos: (síntomas) o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos.
- Datos objetivos: (signos) o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Durante la exploración física la enfermera obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

➤ **VALIDACION DE DATOS**

La validación es el acto de “comprobar dos veces” o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. Ayuda 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.
- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

➤ ORGANIZACIÓN DE DATOS

Se usa 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.

➤ REGISTRO DE DATOS

El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente.

1.2.2 ETAPA DE DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

La asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA), define al diagnostico de enfermería, como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, que se deriva a través de un proceso sistemático de recolección de datos, análisis y constituye la base para prescribir un tratamiento definitivo, del cual la enfermera es responsable, el diagnostico se expresa de forma concisa.

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. Carpenito Lynda ó “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería Shoemaker, 1984”.

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro, 1993).

Según Gordon, un *diagnóstico de Enfermería* es un «problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar» (1990).

El D.E. es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera. (Mundinger y Jauron)

El D.E. es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente: si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología. (Aspinal)

Diagnostico Clínico de Enfermería:

También se le denomina por varios autores como Kim Mija y Carpenito Linda, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente. Declaraciones inferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes.

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnostico enfermero o problema interdependiente.

- Diagnostico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.
- Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad o en el futuro.

Un diagnostico de enfermería no es sinónimo de uno medico. Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de Problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. Formulación de problemas. Diagnostico de enfermería y problemas interdependientes.

➤ **NORMAS PARA LA REDACCION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- Escribir el diagnostico en cuanto a respuesta del usuario en vez de la necesidad de la enfermera.
- Usar los términos “relacionados con” o “asociados a” en lugar de “a causa de” o “debido a”.
- Redactar el diagnostico en términos legalmente aconsejables.

- Redactar el diagnostico sin emitir juicios de valores
- Evitar cambiar las partes del diagnostico
- No deberán significar lo mismo las dos partes del diagnostico
- Evitar escribir signos y síntomas en la primera parte del enunciado.
- El problema y las etiologías deben expresarse en términos que sugieren que tanto la situación problema como la etiología asociada puede modificarse con intervenciones del campo de enfermería.
- En ninguna de las dos partes del diagnostico de enfermería el diagnostico medico.

➤ **ERRORES EN EL PROCESO DIAGNOSTICO**

- Datos incorrectos o incompletos
 1. Problemas de comunicación
 2. Barrera lingüística
 3. Argot o jerga
 4. Preguntas sesgadas
 5. Ocultación de información
 6. Distracciones
- Interpretación errónea de los datos
 1. Utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras.
 2. Permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.
- Falta de conocimiento clínico o de experiencia
 1. Que no se reúnan datos fundamentales
 2. Que se agrupen indicios de forma incorrecta
 3. Que se interpreten los indicios de forma incorrecta

➤ **TIPOS DE DIAGNÓSTICOS**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- *Real*: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- *Alto Riesgo*: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *Posible*: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *De bienestar*: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- *De síndrome*: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

➤ COMPONENTES

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

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

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

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

4.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Aparecen únicamente en los diagnósticos de riesgo. Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

5.- Factores relacionados: Están presentes en los diagnósticos reales y de salud aunque, en ocasiones, se da en los diagnósticos de riesgo, bien sea en sustitución del apartado "factores de riesgo".

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

➤ **CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NANDA**

En el año 1995, la NANDA publicó los criterios usados por el Comité para la Revisión de los Diagnósticos (CRD); estos clasifican los Diagnósticos enfermeros según su grado de desarrollo. Se dividen en cuatro grupos, aunque hasta la fecha solo se ha publicado en detalle los dos primeros:

1.0 Aceptados para su desarrollo (consulta con el CDR).

1.1 Solo la etiqueta. Esta fase está destinada principalmente a las propuestas realizadas por grupos más que por individuos; el CDR ofrece consultas, directrices para el desarrollo del diagnóstico y contacto con profesionales expertos en la materia a la que se refiera al diagnóstico.

1.2 Etiqueta y definición. La etiqueta es clara, la definición es coherente con ella y ambas son distintas y contrastadas respecto a otros diagnósticos ya aceptados.

1.3 Etiqueta, definición y características definitorias o factores de riesgo. Los tres elementos deben ser coherentes entre sí. Las características definitorias o los factores de riesgo deben ser observables y mensurables.

1.4 Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo y referencias. Cumple los requisitos de los apartados 1.2 y 1.3 y se incluyen referencias de soporte.

2.0 Aceptados para su validación clínica.

2.1 Etiqueta, definición, características definitorias y revisión bibliográfica. Se requiere la revisión narrativa de la literatura relevante que demuestre la existencia de un importante cuerpo de conocimientos como base sustentadora del diagnóstico. La bibliografía debería incluir la discusión y el apoyo de las características definitorias o factores de riesgo y de los factores de relacionados.

2.2 Estudios de casos.

Se satisfacen los criterios del nivel 2.1 y se incluye por lo menos en un estudio de caso real en el que se demuestre la existencia del diagnóstico propuesto, así como las características definitorias.

2.3 Estudios clínicos.

Se satisfacen los criterios del nivel 2.1 y se incluye una serie de por lo menos 10 casos en los que aparecen el diagnóstico, las características definitorias y los factores relacionados; que incluyen los criterios de resultados y las intervenciones enfermeras.

3.0 Validación clínica,

Estos criterios están en fase de formulación.

4.0 Revisión.

Estos criterios están en fase de formulación.²¹

1.2.3 ETAPA DE PLANEACION

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. (Kozier, 2008)

²¹ Luis Rodrigo, Ma T., Navarro Gómez, Ma V., Fernández, C. (1998). De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. MASSON.

“Momento en el que se determinará cómo brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada en los objetivos” (Alfaro, 1992).

“Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo” (Iyer, 1995)

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

- Priorizar los problemas/diagnósticos.
- Formular objetivos/resultados deseados.
- Seleccionar intervenciones de enfermería.
- Escribir intervenciones de enfermería.

➤ **TIPOS DE PLANIFICACION**

❖ **Planificación inicial**

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

❖ **Planificación en curso**

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 ese día. El profesional hace planificaciones con los siguientes propósitos:

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

❖ **Planificación para el alta**

El proceso de anticipación y planificación de las necesidades surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes.

La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

➤ **ACTIVIDADES**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente. Del modelo bifocal para la práctica de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja la enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Directrices Para Escribir Las Actuaciones De Enfermería.

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico - analítico, hermenéutico - interpretativo y socio - crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.

- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

La determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico.

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

- Fecha
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién tiene que realizarla (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

➤ OBJETIVOS

Planteamiento de los Objetivos

Se debe definir los objetivos con respecto a cada problema, teniendo presente que sirven para:

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso. (Actuaciones de enfermería)
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultados esperados.

Normas generales para la descripción de objetivos

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

El termino resultados esperados se usa de manera intercambiable con el término objetivos. No obstante, el término resultados esperados es mucho más específico. Los resultados esperados tienen tres propósitos:

- ❖ Son los instrumentos de medición del plan de cuidados. Usted medirá el éxito del plan determinando si se han conseguido los objetivos que había fijado previamente.
- ❖ Dirigen las intervenciones de Enfermería. ¿Cómo sabrá lo que tiene que hacer sino sabe lo que quiere conseguir?

- ❖ Son factores de motivación. Con frecuencia las cosas que no se van a medir no se hacen.

Al describir los objetivos se debe entender que se están prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o.

Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.²²

Las principales características de los objetivos o resultados esperados del paciente son:

- Deben ser alcanzables, esto es, factibles de realizar.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

La medición de la consecución del objetivo puede hacerse más fácil de las siguientes formas:

1. Utilizando la frase “que se evidencia por” para introducir una prueba medible de la reducción de signos y síntomas.
2. Añadiendo la expresión “dentro de límites normales”.

- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.
- Se deben enunciar en función del paciente.
- Deben reflejar la primera parte de la categoría diagnóstica.
- Deben incluir el tiempo para su realización. Se deben escribir resultados esperados a corto, mediano y largo plazo.

²² Alfaro. Op. Cit pág. 12.

➤ **CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS-NIC**
(NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION).

Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.²³

Esta taxonomía consta de tres niveles: a) nivel 1, dominios; b) nivel 2, clases, y c) nivel 3, intervenciones.

Se han elaborado más de 514 intervenciones. Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. Todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.

Cuando se planifica y registra la asistencia en una institución que usa la taxonomía de la NIC, el profesional de enfermería elige la etiqueta amplia de la intervención.

La taxonomía de la NIC aporta muchos beneficios a los profesionales de enfermería, los educadores de enfermería, los administradores de enfermería y a la profesión de la enfermería en general.²⁴

➤ **PRIORIDADES**

La selección de prioridades.

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como

²³ Alba, Rosales, Ma. A. et al. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1ra. Edición.

²⁴ Kozier. B., Erb., G., Berman, A., (2008). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 8va. Edición. Pearson Prentice Hall.

respuestas humanas a una condición anormal. También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

1. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar?
2. ¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?
3. ¿Qué problemas deben tratarse con el concurso de otros profesionales?
4. ¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados?
5. ¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

Las prioridades se establecen según Koziar Erb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- a) La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage.
- b) La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.
- c) La prioridad que les da el usuario.
- d) Los planes de tratamiento médico.
- e) Los recursos de enfermería.
- f) El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas. Ejemplo: dar más importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

La determinación de Prioridades es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto ser tratados, éstos deben planearse con el paciente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico - humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad en conjunto con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

1.2.4 ETAPA DE EJECUCION

Es la administración real de la atención al usuario(a), es decir, el inicio de la realización de las intervenciones de enfermería que le ayudan a conseguir los objetivos deseados; la fase de ejecución está dividida en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

➤ **PREPARACION**

Consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico: revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido: análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesaria; reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas, proporcionar los recursos necesarios (tiempo, profesional, material) y preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias (ambiente agradable tanto físico como psicosocial, seguridad para prevenir accidentes).

➤ **INTERVENCION**

Es el inicio de las intervenciones de enfermería para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del usuario(a), puede incluir acciones independientes e interdependientes diseñadas para satisfacerlas, pueden ser numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales. Las intervenciones de enfermería pueden clasificarse en las siguientes categorías:

Refuerzo de las cualidades: ayudar a la madre o responsable del niño(a) a identificar las cualidades, felicitarlo por los esfuerzos realizados, lograr que acepte un rol diferente o un cambio en sus actividades, fortalecer su adaptación y actuación en los momentos de crisis.

- ✚ Alto nivel educativo.
- ✚ Motivación para aprender o cambiar una conducta.
- ✚ Familia unida que apoya.
- ✚ Condiciones de vivienda, trabajo y educativos que fomentan la actividad sana y sin riesgos.

- ✚ La accesibilidad a los servicios de salud.
- ✚ Capacidad para afrontar situaciones de estrés y de cambios importantes.
- ✚ Estilos de vida saludables sin adicciones al alcohol, drogas, etc.
- ✚ Recursos económicos suficientes.

Esta interacción le da oportunidad a la enfermera para valorar nuevos problema, obtener otros datos sobre las necesidades del niño(a), valorar las cualidades del niño(a) o responsable, comentar con ellos los logros y actividades futuras, evaluar la eficacia de los cuidados.

Supervisión del trabajo de otros profesionales: la delegación del cuidado del niño a un cuando se delegue en otro miembro del equipo de salud siempre es responsabilidad del profesional de enfermería por lo que se tiene que considerar la capacidad técnica y científica de la persona a la que se asigna.

Comunicación con otros miembros del equipo de salud: es una responsabilidad del profesional de enfermería establecer una relación de colaboración y coordinación de la atención de los niños con los responsables, la familia, otros colegas, otros miembros del equipo de salud, para asegurar la continuidad del cuidado.

Educación: en el proceso de enseñanza-aprendizaje se concluyen: nuevos conocimientos, motivación para cambiar actitudes y el desarrollo de habilidades; también cambios de conducta relacionados con el mantenimiento de la salud.

En este sentido, las intervenciones se enfocan en conocer y evaluar en el niño(a), los responsables y la familia: las necesidades de aprendizaje, determinar cómo se les facilita aprender, desarrollar objetivos realistas, identificar estrategias apropiadas, dar los contenidos de manera comprensibles utilizando los recursos adecuados, valorar el aprendizaje y readecuar el plan de enseñanza según sea necesario.

➤ DOCUMENTACION

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Debe registrarse por escrito las intervenciones realizadas, hora en que se efectuaron y firma de quien las realizo.

Existen diferentes tipos de sistemas de documentación de los cuidados de enfermería realizados:

Graficas narrativas (registros o notas de enfermería narrativas): el registro tradicional donde cada miembro del equipo que trata al niño(a) tiene su respectivo formato (notas de enfermería, notas de evolución medica).

Registros orientados hacia el problema (SOAP): es un registro paralelo al proceso de enfermería en donde se realiza una valoración, un diagnostico, desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación del logro de objetivos. También la utilizan otros profesionales, las siglas significan: S- datos subjetivos, O- datos objetivos, A- valoración y P- plan.

Graficas por excepción: son hojas de curso clínico para las indicaciones de enfermería o médicas que documentan los hallazgos de la valoración y las intervenciones de enfermería durante 24 horas.

Registros computarizados: son programas computarizados que contiene todo el expediente del usuario(a) y entre ellos los registros de enfermería.

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. Según Iyer y cols. (1991; pag.175), y con independencia del entorno en el que la enfermera preste sus servicios, la realización del plan de cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

La ejecución o puesta en marcha de un plan, incluye:

- Prepararse para dar y recibir un informe.
- Establecer prioridades diarias.
- Valorar y revalorar.
- Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.
- Hacer anotaciones.
- Dar el informe de cambio de turno.

➤ **SISTEMAS DE PRESTACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**

Asignación por tareas

Las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizados por diversos niveles de profesionales de enfermería. Cada individuo es asignado a una selección completa de funciones. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y las experiencias necesarias para llevarlas a cabo.

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.

Una unidad de enfermería se divide en dos o más equipos. El coordinador de enfermería tiene la autoridad y la responsabilidad de asignar la intervención de un grupo de clientes a los miembros del equipo. El éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz.

Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de clientes por escrito en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de Enfermería en a participación frecuente conferencias de intervención al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre os miembros del equipo.

Enfermería de cuidados básicos

Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrollo en la década de los 80, en el que el profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional desarrolla el plan de cuidados y se asegura que el plan se ejecute durante las 24 horas.

Los sistemas de enfermería en cuidados básicos subrayan:

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

El profesional de enfermería jefe actúa como coordinador de la unidad y es la persona a la que puede recurrir el profesional de enfermería de cuidados básicos.

El profesional de enfermería de cuidados básicos, planifica y presta la intervención, administra medicamentos y tratamientos, interacciona con el médico y otros profesionales sanitarios e informa sobre el estado del cliente. Y los auxiliares de enfermería, ayudan al enfermero de cuidados básicos a la prestación de los cuidados.

El profesional de enfermería que trabaja en el marco de la prestación de intervención primaria debe tener:

1. Un conocimiento completo del proceso de enfermería.
2. Habilidades de comunicación refinada.
3. La capacidad para llevar a cabo procedimientos de enfermería identificados en las actuaciones de enfermería.
4. Técnicas para la resolución de problemas.
5. Un compromiso de intervención enfocada al cliente.

Variaciones de la enfermería de cuidados básicos

Atención total al paciente

En la atención total al paciente, el profesional de enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Los auxiliares de enfermería no suelen tener clientes asignados, sino que prestan servicios útiles como responder a los timbres de llamada, ofrecer agua, etc.

El profesional de enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria, se comunica con los demás miembros del equipo de atención sanitaria, realiza tratamientos y otros.

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. Esta modalidad no obliga a una responsabilidad durante 24 para la intervención del cliente, y se basa en la premisa de que existe suficiente cantidad de profesionales de enfermería a tiempo completo como para permitir una asignación constante al mismo módulo.

Control de casos

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. Algunos de los objetivos del control de casos son:

1. Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.

2. Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
3. Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos.
4. Favorecer el ejercicio en colaboración con, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
5. Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de enfermería que trabaja en el medio hospitalario.
6. Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente (Brower, 1988).

La dirección de control de casos son miembros del equipo de enfermería, con experiencia en una determinada área clínica.

En otro modelo, un centro contrata a algunos directores de casos que se especializa cada uno en una clase concreta de problemas de salud.

Esta experiencia sirve de preparación a los directores de casos para asumir su papel, proporcionándoles habilidades de liderazgo, experiencia clínica y de organización.

El profesional de enfermería utiliza dos tipos de herramientas en control de casos: 1) Un plan de control de casos que consiste en un plan global de cuidados que delimita los diagnósticos del cliente, los resultados esperados y las actuaciones. (2) La vía crítica o el curso del resultado del paciente consiste en un resumen de una página del plan de tratamiento del caso.

Esto se conoce también como directrices o parámetros del ejercicio, directrices clínicas o protocolo.

Atención enfocada al paciente

“Es el diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados” (Lumsdon, 1993)

PRINCIPIOS

1. Dotar a la unidad de Enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios.

2. Combinar profesionales de la Enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
3. Potencia la colaboración y comunicaron entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que este tiene que interaccionar.
5. Diseña de nuevo descripciones del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de Enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de Enfermería. Se pueden establecer subcontroles.
7. La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades de control de caso, incluidos los coordinadores de caos y las vías críticas.

El resultado final es un equipo de profesionales que trabajan interdisciplinadamente, el cliente se convierte en el centro de la atención, siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin.

Meleis, (1988) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal.

La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.²⁵

²⁵ Meleis, Al., Price, MJ. (1998) Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing : An International Perspective. *Journal of Advance Nursing*; 13: 592-604

1.2.5 ETAPA DE EVALUACION

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

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante es determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. Griffith y Christensen (1982)

PERSPECTIVAS HISTORICAS

En Las dos últimas décadas, la evaluación de los cuidados de la salud ha cambiado de manos y de enfoque; estos cambios fueron estimulados por los intereses de los consumidores y del gobierno acerca de los costos crecientes y los servicios inadecuados.

En forma tradicional, la enfermera era evaluada por sus supervisores; se juzgaba la destreza clínica, la organización, las dotes de mando, la dependencia y la puntualidad. Estas evaluaciones no consideraban la eficacia del cuidado de enfermería ni la mejoría en el estado de salud del paciente. En la actualidad, las enfermeras profesionales están estableciendo canones de calidad y midiendo su capacidad para alcanzarlos.

Esto abarca la evaluación del trabajo de enfermería tanto con pacientes particulares como en los centros de salud. La evaluación en los centros hospitalarios, se denomina garantía de calidad y puede comprender auditorias con reglamentos estándares.

FORMAS DE EVALUACION

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

➤ **ESTRUCTURA**

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de valuación 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. 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; También pueden revisarse las hojas o graficas de evolución para evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente este recibéndolas.

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

➤ **RESULTADO**

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

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

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

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EVALUACION

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

QUIEN, QUE Y CUANDO DE LA EVALUACION

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

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

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

EVALUACION 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 de hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACION

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación.

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

- a. Apropriadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.
 - b. Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.
 - c. Realistas y asequibles dentro del tiempo y los recursos disponibles.
 - d. Pertinentes al dominio enunciado en el objetivo.
2. La evaluación formativa describe si y 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 dispone de nuevos recursos.

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

➤ **CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS-NOC (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION).**

Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.²⁶

Un resultado NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención de enfermería” (Moorhead, Johnson y Maas, 2004, p. XIX). Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular. Un indicador es “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que sirve de indicio para medir un resultado” y es análogo a los resultados deseados en el lenguaje tradicional. Los indicadores se expresan también en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador. Cuando usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan de asistencia, el profesional de enfermería escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador.²⁷

²⁶ Alba. Op. Cit p. 25

²⁷ Kozier Op. Cit p 219.

1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia. El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El modelo de Virginia Henderson, está influido por la corriente de pensamiento de la integración, y según Meleis (1997) se incluye dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar la persona, y porque el deseo de aclarar la función propia de las enfermeras las impulso a desarrollar sus modelos.

Señalamos que el ejercicio exclusivo de la profesión de enfermería comporta dos aspectos: uno que devuelve el aspecto autónomo de la profesión o la toma de decisiones, y que apunta hacia la responsabilidad de la enfermera, pero decididas por el médico en forma de orden medica.

Las enfermeras conscientes de la amplitud de sus responsabilidades, se dan cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería.

Entonces, para ejercer su profesión adecuadamente, la enfermera debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades a partir de la concepción de los cuidados de enfermería.

1.3.1 CONCEPTOS PRINCIPALES

➤ ENFERMERIA

“La única función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.” (V. Henderson)

Este concepto de la enfermera como un sustituto de lo que le falta al paciente para que se sienta “completo”, “entero” o “independiente” debido a la falta fuerza física, voluntad, o conocimientos, puede parecer limitado para algunos. Cuanto más piensa uno en ello, sin embargo, más compleja parece ser la función de la enfermera tal y como la hemos descrito. Piénsese en lo extraño que es ser completo o entero física y mentalmente: El hecho de terminar hasta qué punto la salud es hereditaria o hasta qué punto se adquiere, es un asunto controvertido, aunque se acepta, por lo general, que la inteligencia y el nivel cultural tiende hacer paralelos al estado de salud.

Si el hombre encuentra que tener una buena salud es un objetivo difícil de alcanzar, mas difícil es todavía para la enfermera ayudarlo a alcanzarlo: ella debe, de algún modo, “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para poder saber qué es lo que necesitan. Ella es temporalmente el consciente del inconsciente, el amor a la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos de un ciego reciente, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la joven madre, la boca para aquellos tan débiles o introvertidos que no pueden hablar, etcétera²⁸.

²⁸ Henderson, V. (1994). “The Nature of Nursing”. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. McGraw Hill-Interamericana.

➤ **INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EN LA SATISFACION DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES**

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 conveniente, por medio de acciones o comportamiento adecuados que el mismo realiza, es independiente.

Si, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por si mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

Tabla. La independencia y la dependencia en el niño.

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo que se encuentra.	Por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

Fuente. Phaneuf M, (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana. Pág. 30

➤ **INDEPENDENCIA**

La 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 de 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 conveniente, por medio de acciones o comportamiento adecuados que el mismo realiza, es independiente.

➤ **DEPENDENCIA**

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 de salud. Esta causada por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad.

Si, 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.

Manifestaciones de independencia

Las manifestaciones de independencia son conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas.

Por indicador de conducta se entienden los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representan o señalan; por ejemplo, la relación talla/ peso no es una conducta, pero sí es un dato indicativo de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

Manifestación de dependencia

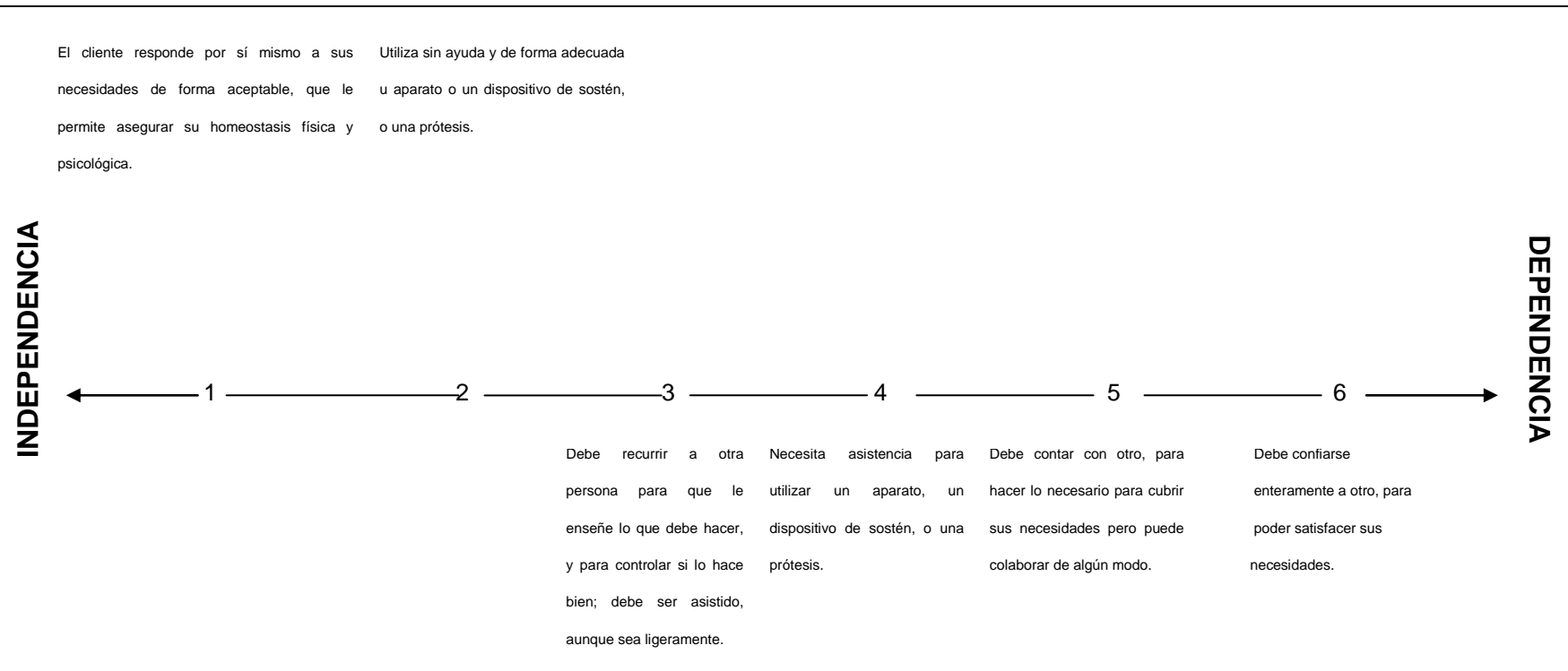
Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

Continuum independencia-dependencia

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena.

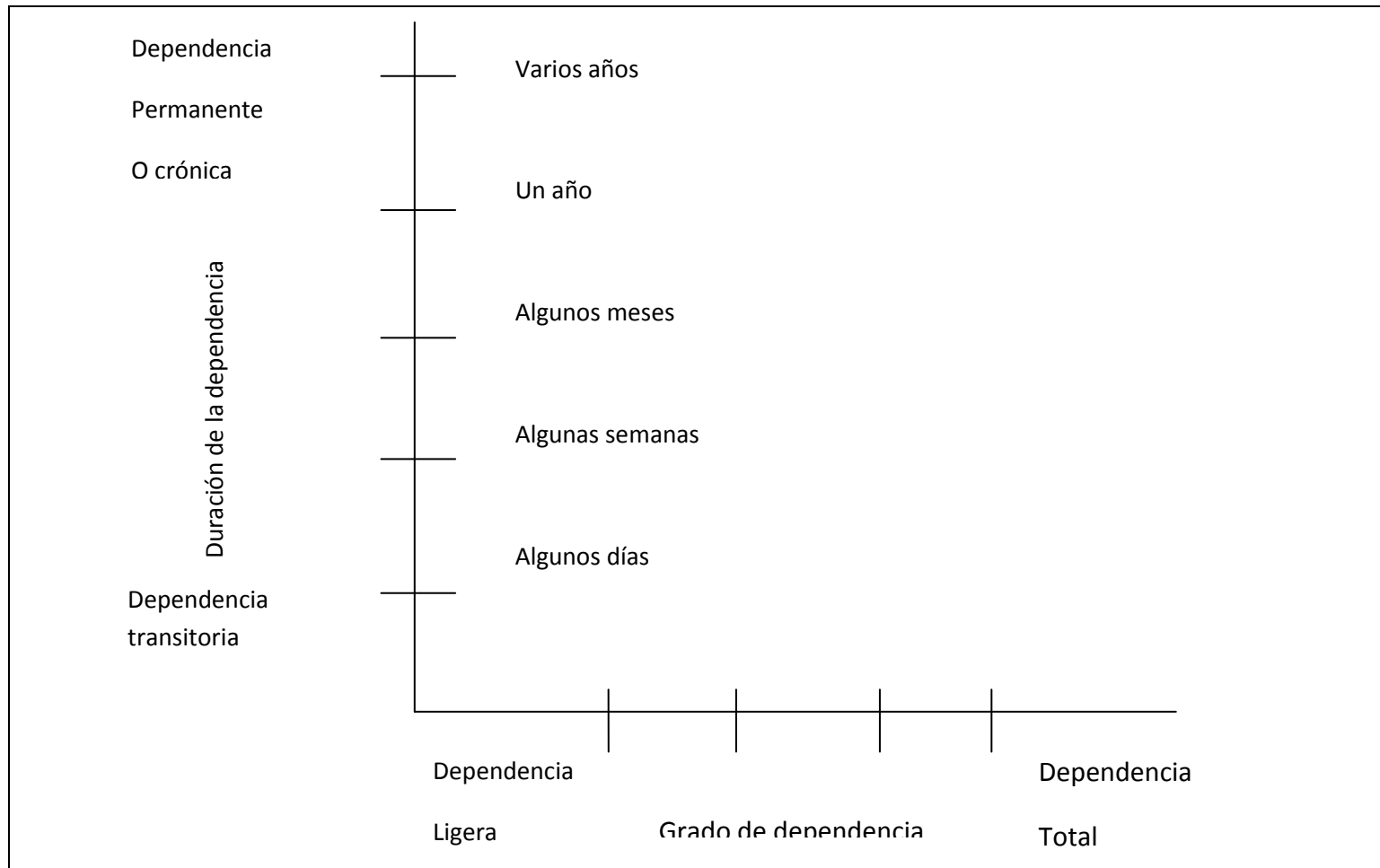
Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Tabla. Continuum independencia-dependencia.



La tabla ilustra los diversos niveles del continuum independencia-dependencia facilitando la visualización. Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-McGraw Hill, p.31.

Grafico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-McGraw Hill p.32

La tabla (Continuum independencia-dependencia) ilustra los diversos niveles del continuum independencia-dependencia facilitando así la visualización.

Relación entre la duración y el grado de dependencia

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. La grafica anexa permite ver esta relación. (Grafica que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona).

➤ FUENTES DE DIFICULTAD

Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad; una falta de fuerza, la voluntad o los conocimientos. El aspecto sociológico no parece; a pesar de respetar la idea de la autora, hemos añadido una cuarta fuente de dificultad.

Fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

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. Estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

Se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- *Factores de orden físico.* Atentado de la integridad física debido a:
 - Insuficiencia intrínseca del organismo.
 - Insuficiencia extrínseca del organismo.
 - Desequilibrio del organismo.
 - Sobrecarga del organismo.
- *Factores de orden psicológico.* Atentado en la integridad del yo.

- *Factores de orden sociológico.* Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno).
- *Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.*
- *Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.* Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio.

Fuentes de dificultad de orden físico

Comprenden cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de varias necesidades fundamentales.

Las fuentes intrínsecas provienen del propio individuo, son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Las fuentes extrínsecas comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto.

Fenómenos de insuficiencia, de desequilibrio o de sobrecarga

Las fuentes de dificultad intrínsecas pueden presentarse distintas formas: por insuficiencia, por sobre carga o por desequilibrio.

Un fenómeno de insuficiencia es el signo de una carencia o de una disminución de un estímulo o de un elemento necesario para el organismo.

Un fenómeno de desequilibrio denota un cambio en la relación equilibrada de los elementos o de las fuerzas, que desencadena un cambio en la estabilidad o en la armonía del funcionamiento del organismo. Este fenómeno implica a la vez la presencia de manifestaciones de insuficiencia y de sobrecarga; y por esta causa pueden verse afectadas varias necesidades del cliente.

Un fenómeno de sobrecarga se manifiesta por la presencia en el organismo de una sustancia en cantidad excedente, o por una actividad más marcada por determinados procesos fisiológicos.

Fuentes de dificultad de orden psicológico

Comprenden los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en las satisfacciones de ciertas necesidades fundamentales. Conciernen al “cotidiano intelectual”, a los trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de la evolución de la personalidad, estado de adaptación a la enfermedad y ciertas situaciones de crisis.

Fuentes de dificultad de orden sociológico

Comprenden, problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, con su familia, con su red de amigos, con sus compañeros de trabajo o de diversiones; problemas ligados a su inserción en la comunidad.

Estas fuentes de dificultad están vinculadas a los planos relacional y cultural. Habría que añadir las dificultades que pueden afectar a la persona en los planos económico y ambiental.

Las manifestaciones de dependencia ocasionadas por una fuente de dificultad de orden sociológico pueden tener repercusiones en todas las necesidades. Pueden afectar al estado de salud de un sujeto, a su evolución personal, a su calidad de vida, tanto desde el punto de vista físico como mental.

Fuentes de dificultad que tienen repercusiones de orden espiritual

Este término, engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores, cualquiera que estos sean. Puede tratarse de una rebelión interna del sujeto contra su situación o de un interrogante religioso o filosófico que se le plantea en relación con el sentido de la vida, del dolor o de la muerte. La naturaleza de las respuestas que la persona encuentra en si misma o en el entorno, su capacidad o incapacidad para trascender a las realidades cotidianas pueden tener repercusiones en el, particularmente en el enfermo en fase terminal.

Las dificultades que tienen repercusiones espirituales adquieren una importancia particular cuando se trata de cuidados prolongados o de cuidados administrados a clientes de edad avanzada o a los moribundos.

Fuentes de dificultad vinculadas a una insuficiencia de conocimientos

El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar o del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. Estos elementos de información han de tener como objetivo prioritario el conocimiento de sí mismo, de la salud, de la enfermedad, el conocimiento de los otros y del entorno.

Conocimiento de sí mismo

Debe referirse a determinadas zonas del campo de la experiencia del individuo, que ha de diferenciar y reconocer como características definidas y estables de sí mismo.

Este conocimiento de sí mismo es esencial para la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y, para la conservación de su salud física y mental.

Conocimiento de la salud y de la enfermedad

Además de conocerse a sí mismo, el cliente debe tener conocimientos de la salud y enfermedad. Debe estar informado sobre los medios de prevención de los problemas de salud, sobre la afección que sufre, y sobre ciertas implicaciones de su tratamiento. Esto es particularmente necesario, si ha de proseguir su tratamiento cuando vuelva a su casa.

Conocimiento de los otros

Otro elemento importante de información es el conocimiento de los otros. La comprensión de sus necesidades físicas, psicológicas y sociológicas, de las situaciones en que viven los otros y de sus problemas de salud.

Estos conocimientos pueden ser, en ciertos casos, muy útiles para personas que encuentran dificultades serias para relacionarse con su entorno.

Conocimiento del medio

El conocimiento del medio físico y social en el que se desenvuelve el cliente le es también necesario para la preservación de su salud y para solucionar determinados problemas físicos y psicológicos.

Descubrir los peligros eventuales que puedan surgir de él. Con este conocimiento, puede protegerse de los peligros y evitar de antemano la aparición de problemas de salud.

Tabla. Componentes y orígenes de las fuentes de dificultad.

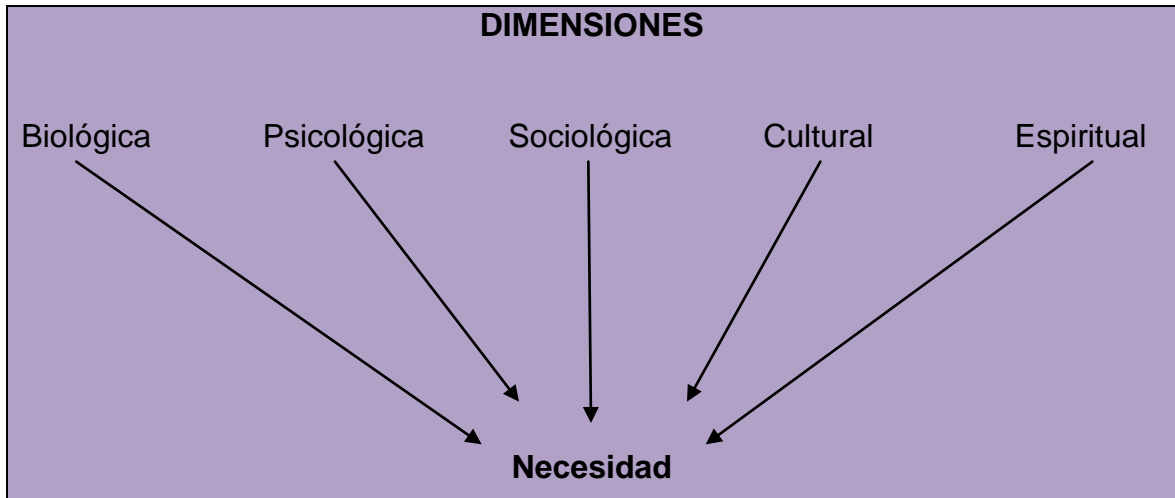
Fuentes de dificultad	- De orden físico	Por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga
	- De orden psicológico	Relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conciencia; con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, a las situaciones de crisis.
	- De orden sociológico	Ligadas a las dimensiones relacional, cultural, económico y medioambiental.
	- Con repercusiones espirituales	Relacionadas con los interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa, etc.
	- Ligadas a la insuficiencia de conocimientos	Por falta de conocimiento de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.

Fuente. Phaneuf M, (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana. Pág. 42

➤ **NECESIDAD**

Aunque no está claramente especificado, en 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 14 necesidades constituye el elemento integrador de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona y, aunque solo algunas podrían considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.²⁹

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



Fuente. Phaneuf M, (1993). Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana. Pág. 20

➤ **NECESIDADES FUNDAMENTALES**

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

²⁹ Luis Rodrigo Op cit. pag. 36.

Quizá deba explicar que por cuidados básicos de enfermería me refiero a ayudar a los pacientes en las siguientes actividades o darles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda.³⁰

- 1. Respirar normalmente.**
- 2. Comer y beber adecuadamente.**
- 3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías.**
- 4. Moverse y mantener una buena postura.**
- 5. Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.**
- 6. Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.**
- 7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.**
- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**
- 9. Evitar los peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.**
- 10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.**
- 11. Vivir según valores y creencias.**
- 12. Trabajar de manera que exista sentido de logro.**
- 13. Jugar y participar en actividades recreativas.**
- 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.**
- 15. Sexualidad y reproducción. (Henderson no lo contempla pero se considero necesario añadir este punto).³¹**

³⁰ Henderson, V. Op cit. pag. 23

³¹ García Ma. De J. Op cit. pag. 13.

1. Necesidad de Respirar

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

Inspiración

- Aporte esencial de oxígeno
- Difusión de gases a nivel
- Intercambio a nivel celular

Espiración

- Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua

2. Necesidad de Alimentarse e hidratarse

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

- Ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

3. Necesidad de Eliminar

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

- Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

4. Necesidad de Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

- Impulso dado a los músculos o a los miembros o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación.
- Mantenimiento de una buena alineación corporal.

5. Necesidad de Vestirse y desnudarse

Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social.

- Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal

6. Necesidad de Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).

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

- Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal en los límites normales

Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1 °C y 38°C) para mantenerse en buen estado.

- Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

8. Necesidad de Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.

Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

- Cuidados de higiene corporal y de la imagen personal.

9. Necesidad de Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).

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

- Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

10. Necesidad de Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).

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

- Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.
- Expansionarse. Desarrollarse.
- Procreación.

11. Necesidad de Practicar su religión. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.

Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

- Actualización de los propios valores.

12. Necesidad de Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).

Este 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.

- Utilización del tiempo útil, eficaz y valorizadora.

13. Necesidad de Recrearse

Es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

- Necesidad de actividades de esparcimiento.

14. Necesidad de Aprender

Es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos conocimientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

➤ **CONCEPTO DE ENTORNO**

*Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).*³²

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

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

1.3.2. RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES

Relación enfermera – médico:

El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las ordenes del médico, ya que “cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios”.

Recalcaba que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapaban.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios.

³² Henderson, V. The basic principles of Nursing care. Nursing Mirror. P. 102

Todos aquellos ayudan mutuamente para complementar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada.

A medida de que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

La enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando.³³

CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones enfermeras, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente solido, 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.³⁴

1.3.3 SUPUESTOS PRINCIPALES

- Enfermería
 - ✓ La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
 - ✓ Actúa como miembro del equipo de salud.

³³ Henderson, Op cit pag. 104

³⁴ García, Ma. de J. Op cit. pag. 36-37.

- ✓ Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado.
 - ✓ Posee conocimientos tanto de biología como sociología.
 - ✓ Puede evaluar las necesidades humanas básicas.
 - ✓ Los 14 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 14 componentes de enfermería.
- Salud
 - ✓ La salud es calidad de vida.
 - ✓ Es fundamental para el funcionamiento humano.
 - ✓ 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 se basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- ✓ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.³⁵

1.3.4 POSTULADOS

a) Postulados:

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

³⁵ Henderson. Op. cit. p. 103

* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza**: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

- **Conocimientos**: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

- **Voluntad**: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.
 - Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
 - El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
 - Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

1.3.5 VALORES

Este rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

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

1.3.6 AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

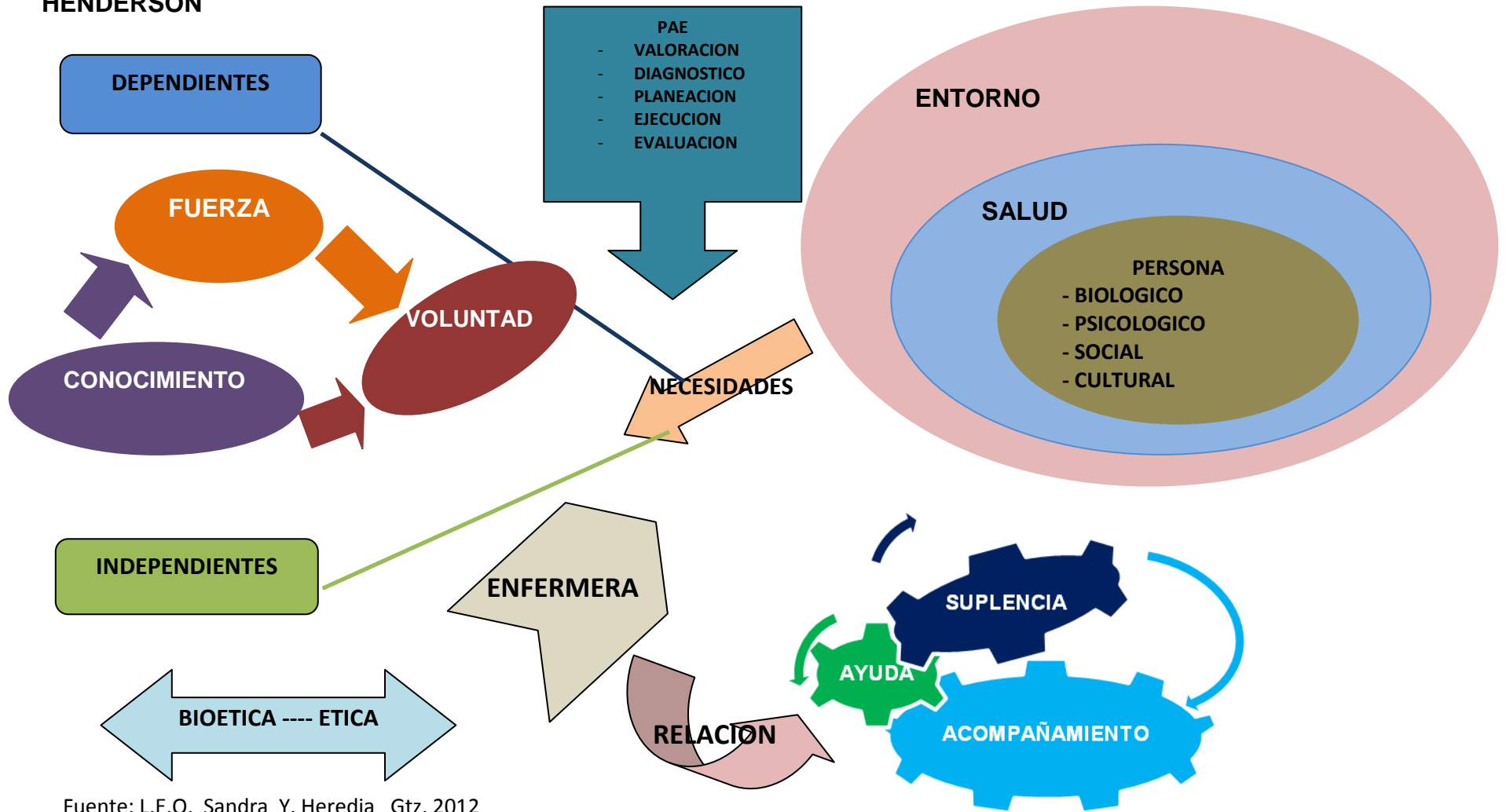
- **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente para ser “completo”, “íntegro” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia. Henderson afirmó que “Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma”.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. La enfermera y el paciente formulan juntos el plan asistencial.³⁶

³⁶ Henderson, Op. cit., p. 103-104

RELACION PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA CON PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

El siguiente esquema relaciona todos los elementos básicos del proceso atención de enfermería con la propuesta filosófica de Virginia Henderson donde para Henderson el meta paradigma de Persona es un ser biológico, Psicológico, Social y Cultural, abarca todo un entorno y en ese entorno Virginia Henderson enmarca 14 necesidades básicas que todo ser tendría en equilibrio en un estado de salud manteniendo la independencia y siendo un ser sin ninguna alteración, mas sin embargo al haber una dependencia en cualquier de estas necesidades básicas alteradas por el entorno siendo una falta de fuerza, conocimiento o voluntad lo hace un ser con necesidad en atención de enfermería involucrándose como Acompañante, Ayuda o de Suplencia según el grado de dependencia, el personal de Enfermería hace una valoración empleando el Proceso Atención de Enfermería para poder ejecutar un plan de acción según los datos obtenidos del primer paso que es la Valoración y así mismo analizarlo y elaborar diagnósticos según sus problemas reales, de riesgo o de Conductas Generadoras de Salud un plan de cuidados específico y ejecutándolo según su evolución y analizando y evaluando los resultados y siendo un proceso cíclico para emplear un Método Científico que fundamente el que hacer de Enfermería y sea de calidad y calidez el cuidado ejecutado por el profesional.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA RELACIONADO CON LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON



Fuente: L.E.O. Sandra Y. Heredia Gtz. 2012

1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería

La enfermera profesional como integrante del equipo de salud y con la responsabilidad de prestar una atención integral a sus pacientes, necesita actualizar sus conocimientos sobre ética.

En las últimas décadas urgidos por el gran avance en las investigaciones médicas y el desarrollo tecnológico, han surgido en muchos países los comités de Bioética. En estos comités está representado el personal de enfermería y tiene una función consultiva muy importante.

Los seres humanos han practicado a lo largo de los años de su existencia sobre la tierra, muchas maneras de vivir la vida, puede decirse que cada persona tiene la suya. Desde la antigüedad, el hombre sabe que no todas las maneras de vivir la vida son buenas desde el punto de vista ético, sobre todo en nuestros días, en que hay mayor conciencia de la dignidad de la persona humana.³⁷

El PAE 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 que tratan cada uno de ellos y los fines que se buscan al aplicarlos.

La ética es clasificada por muchos como la ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, de las reglas y normas de conductas de los hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la Patria y el Estado.³⁸

³⁷ García Glez., Ma de J., (1997). El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la Enseñanza y la Práctica de Enfermería. 1ra. Edición. Editorial Progreso.

³⁸ Porra Casals, J. M. et al. (2001). CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS Y BIOETICOS EN EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. Rev. Cubana Enfermería;17(2): 132-8

La enfermería ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer.

La ética secular es una novedad de la modernidad. Hoy en día la aceptación de valores morales y religiosos no es tan unánime como en el pasado. Por este motivo la elaboración de un código deontológico profesional trata de plasmar el ideal moral tal como es entendido por el propio colectivo de profesionales.

El carácter general y teórico de esta declaración de principios hace, que estos códigos sean insuficientes para resolver los conflictos éticos de la práctica cotidiana. A esta situación responde la aparición, hace más de treinta años, de una disciplina llamada Bioética.

El origen de la Bioética tiene que ver con la búsqueda de un lenguaje común que nos ponga de acuerdo en que valores han de ser respetados en la práctica sanitaria. Belmont estableció en 1978 los cuatro principios éticos que debían guiar la experimentación científica con seres humanos. Hoy en día todas las profesiones sanitarias han asumido los cuatro principios como el núcleo de las exigencias éticas de su quehacer asistencial. Convendría plantearse más bien que la ética de enfermería es una aplicación de la ética biomédica a una actividad con características singulares y conflictos específicos.

Para saber cómo los cuatro principios orientan y como conforman el carácter enfermero, planteamos una triple pregunta:

¿Qué son los cuidados de enfermería? ¿En qué principios éticos se fundamenta esa forma de entender el cuidado? ¿Qué actitudes morales se relacionan con cuidar correctamente?

La respuesta será diferente dependiendo del modelo profesional vigente en cada momento de la historia de la enfermería.³⁹

³⁹ Barrio, I.M. et al. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. An. Sist. Sanit. Navar: 29(Supl.3):41-47.

Bioética es el término utilizado para distinguir de la ética tradicional, los problemas de ética que plantea los progresos en medicina y biología. Es la ciencia cuya finalidad es contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología, sustentándose para estos para estos fines en 3 pilares fundamentales: autonomía, justicia y beneficencia.⁴⁰

Es de suma importancia para Enfermería conocer los fundamentos éticos que sustentan las investigaciones, por tener cada vez mayor protagonismo en proyectos de esa naturaleza, sea en el ámbito académico o asistencial como en lo referente a la formación científico humanista.

Nadie puede negar que experimenta cotidianamente una existencia ética o moral, como un conjunto de ideas y criterios de acuerdo a los cuales conduce su vida, sus decisiones y comportamientos, la que es posible denominar como ética natural.

A raíz de los “excesos” cometidos con el pueblo judío, fueron juzgados y condenados médicos y militares en el juicio de Nuremberg, y como producto, el 20 de agosto de 1947 se crea el Código de Nuremberg, código deontológico que sugiere una serie de recomendaciones en la experimentación con seres humanos, poniendo énfasis en el *consentimiento informado*.

Además considera la finalidad del estudio, evitar todo tipo de sufrimiento innecesario, exposición a daño o muerte, garantizar personas científicamente calificadas para el estudio, su vez la posibilidad de retirarse del estudio cuando la persona lo crea necesario (Valdivieso, 1998).

En 1948, la Organización de las Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con el propósito de proteger el derecho primario y fundamental, el derecho a la vida de toda persona, y en el cual encuentran sentido y fundamento los demás derechos del hombre como la salud, la autonomía, entre otros.

⁴⁰ Porra Casals, J. M. et al. Op cit

En el año 1964, en Finlandia, la Asociación Médica Mundial emite la llamada Declaración de Helsinki, código deontológico que establece una serie de recomendaciones para las investigaciones clínicas. Este es el documento guía más importante respecto de la ética de la experimentación en seres humanos.

En la década de los 70 el oncólogo Van Rensselaer Potter utiliza el término bioética para referirse en forma general a los problemas éticos planteados por el desarrollo de la ciencia y la tecnología que pueden influir o modificar la vida. La *Encyclopedia of Bioethics*, en el año 1978, define la bioética “como el estudio de la conducta humana en el ámbito de la ciencia, de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales” (Sgreccia, 1996).

Toda persona humana goza de una dignidad que le es intrínseca, independiente de factores circunstanciales, como raza, estado de salud, posición social, nivel intelectual, que obliga a los profesionales de salud, a tratarlos “no como un objeto, menos como un nadie, si como un alguien”.

1.4.1 CODIGO DE ETICA

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

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

CAPÍTULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

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

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

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

CAPÍTULO VI.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

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

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

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

1.4.2 PRINCIPIOS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común.

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

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

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Declaración de Helsinki contempla que “...si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal”.⁴¹

⁴¹ Cardoso, P., Calabro, D. (2005). Investigación clínica farmacológica en pediatría: consentimiento informado y asentimiento. ¿Qué lugar tiene la voluntad del paciente pediátrico?(Parte 2). Arch. Argent. Pediatr; 103(2):135-146.

MENOR

Actualmente también se reconoce que la infancia es un tiempo subjetivo y único en el que se construye, no solo psicológica sino también moralmente, un individuo, en dependencia básica de otros. Así entendido, un niño no es solo objeto de cuidado, sino un ser capaz de ir elaborando progresivamente su vida en torno a elecciones, con la peculiaridad de que depende de los adultos, que tienen que posibilitarlo. Esta perspectiva convierte la relación con los menores, mucho más que otras situaciones, en un ejercicio permanente de prudencia y responsabilidad, que obliga moralmente a ser abogados de la infancia en esos múltiples ámbitos fuera de lo legal, que a veces parecen territorio de nadie.

LA INFORMACION

No solo engañar sino privar a un niño de una información adaptada a su edad y circunstancias, justificados por una actitud de paternalismo mal entendido, es inmoral porque le anula como persona. Información que debe ser veraz, sencilla, completa, comprensible, adecuada a las necesidades del paciente y en un entorno adecuado.

EL ASENTIMIENTO

Preguntar al niño y contar con él es una forma de reconocer su dignidad como persona y su condición de sujeto moral, y esto es así no solo atendiendo a criterios éticos, sino también legales.

Es preceptivo oír a un menor y tener en cuenta su opinión, aunque no sea vinculante, ante cualquier decisión que le pueda afectar.

Desde esta perspectiva, surge el concepto y la necesidad de buscar el asentimiento del menor, concepto que alude al acuerdo positivo del niño, que debe comprender en lo posible y de forma adaptada la naturaleza de la decisión. El asentimiento es un acto imperfecto (sin valor legal) de aceptación, realizado por una persona parcialmente capaz por ser menor, que debe ir acompañado siempre del consentimiento verbal o escrito, si es necesario, de los padres o tutores.

EL CONSENTIMIENTO

Hablamos de consentimiento informado como acuerdo que un paciente formaliza para que se realice algún procedimiento sanitario relacionado con la investigación o la práctica clínica con validez legal, a partir de los 12 años y en las situaciones que no tengan limitación por ley. El consentimiento es un proceso básicamente verbal que se despliega en el interior del acto clínico formando parte de él, en el curso del cual se toman decisiones conjuntas para abordar un problema de salud y solo en ocasiones muy concretas requiere un formulario firmado. La LBAP especifica que el consentimiento se prestará por escrito en los casos siguientes:

- Intervención quirúrgica
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- Aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Por tanto, entre los 12 y los 16 años, queda una franja de edad, en la que habría que valorar la madurez para tener en cuenta la capacidad de decidir. Así surge el término “menor maduro” para designar un sujeto que siendo menor de edad posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite disfrutar de los derechos de personalidad en grado mayor o menor.

La ley interesa por igual a todos los ciudadanos pero la ética ha de analizar los casos concretos, de manera que no podemos hablar de menores sin individualizar ni contextualizar cada niño, cada adolescente y cada decisión, no solo en función de la edad, sino también del ámbito social y cultural en el que vive y construye su propia vida.⁴²

La investigación en Pediatría es un verdadero desafío ético, ya que los niños son un ejemplo de población vulnerable. Vulnerable es “aquel que puede ser herido o recibir lesión física o moralmente”.

⁴² Martínez, C., (2009). Mesa Redonda: Problemas éticos y legales en Pediatría. Consentimiento informado en menores. BOL. PEDIATR; 49(210): 303-306.

La definición de población vulnerable para las Guías Éticas Internacionales para la Investigación Médica en Seres Humanos (CIOMS) dice: "Aquellos relativa o absolutamente incapaces de proteger sus propios intereses".

¿Por qué los niños y adolescentes son poblaciones vulnerables? Básicamente porque no tienen autonomía, los niños y adolescentes no tienen autonomía al tener una capacidad cognitiva limitada. Dependen de las decisiones que toman sus representantes (por lo general, los padres). Son incompetentes al nacer, pero tienen el potencial de desarrollar un estado de competencia.

¿Cuáles son las normas que rigen la Investigación en Pediatría?

- 1964 Declaración de Helsinki. Desde entonces fue modificada varias veces, última versión Edimburgo 2000 (notas aclaratorias 2002 y 2004)
- 1976 Informe Belmont
- 1996 ICH: Conferencia Internacional de Armonización, lineamientos para la buena práctica clínica, Estados Unidos, E11 Investigación Clínica de Productos Medicinales en Población Pediátrica (2000)
- 2002 Guías Éticas Internacionales para la Investigación Médica en Seres Humanos. Consejo Internacional de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (CIOMS)
- Guidelines for Ethical Conduct of Studies to Evaluate Drugs in Pediatric Population, AAP, 1995

¿Qué dicen las normas para proteger a los niños y adolescentes?

En primer lugar, la Declaración de Helsinki nos recuerda: "El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos deben subordinarse al cumplimiento de ese deber. El bienestar de los seres humanos debe tener primacía sobre los intereses de la ciencia".

El CIOMS en la Guía N° 14 que trata de la investigación en la que participan niños señala: "Antes de realizar una investigación en la que participarán niños, el investigador debe garantizar que:

1. La investigación no podría ser igualmente bien realizada con adultos.
2. El propósito de la investigación es obtener conocimiento relevante sobre las necesidades de salud de los niños. Posibilidad de producir beneficio real y directo a su salud.
3. El padre, madre o representante legal de cada niño ha autorizado su participación.
4. El acuerdo (asentimiento) de cada niño se ha obtenido teniendo en cuenta sus capacidades.
5. La negativa de un niño a participar o continuar en la investigación será respetada.⁴³

El Consentimiento Informado (CI) puede definirse como el proceso mediante el cual un sujeto expresa voluntariamente su conformidad para:

1. Someterse o no a un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
2. Participar o no en un ensayo de investigación.

La Declaración de Helsinki de 1964 reemplaza y completa al anterior. Posteriormente fue modificada en varias oportunidades y destaca dos puntos centrales con respecto al consentimiento:

1. Debe respetarse el derecho del ser humano sujeto de investigación debiendo prevalecer su interés por sobre los intereses de la ciencia y sociedad.
2. Debe obtenerse un CI y respetarse la libertad del individuo en cualquier momento del estudio.

Se considera conveniente solicitar la firma del asentimiento a partir de los 8 años, edad en la cual la mayoría puede prestar su asentimiento por escrito. Se consideró además, según Piaget, que un niño a partir de los 6-7 años accede al pensamiento lógico y puede incorporar también el pensamiento de los otros.

⁴³ Muracciole, B. (2008). El niño como ejemplo de la investigación en poblaciones vulnerables. Rev. Hosp. B. Aires, 50 (226): 45-47

En la maduración de un menor intervienen además de la edad cronológica, el medio socioeconómico y cultural, la historia individual y familiar. Cuando el menor no se encuentre en edad de prestar su asentimiento, el investigador dejará constancia por escrito en el CI de que se le ha brindado información.⁴⁴

Una guía elaborada por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos considera que los niños más pequeños pueden entender explicaciones muy concretas y, después de los 12 o 13 años, la mayoría puede comprender ideas abstractas; luego de comunicar adecuadamente la información, uno de los mayores desafíos es evaluar el grado de comprensión de esa información.

Algunos autores encontraron que los niños de 8 a 10 años no comprendían la información del asentimiento tan bien como los de 12 años.⁴⁵

En el caso de la pediatría el consentimiento es otorgado por los padres, quienes habitualmente son los representantes del paciente. No obstante, de acuerdo con sus limitaciones, en la medida en que el niño sea capaz de tomar una decisión (por lo menos, de edad escolar para arriba) a esta habrá que darle su valor y respetarla.⁴⁶

⁴⁴ Stepansky, N. Asentimiento Informado. Un requisito ético no siempre valorado. Rev. Hosp. B. aires; 50 (226): 48-50.

⁴⁵ Cardoso, C. P., Calabro D. Pablo. Op cit.

⁴⁶ Ulloa Olivera, C., Díaz García, S., (2007). El consentimiento informado en pediatría. Gaceta Medica Espirituana;9(3)

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

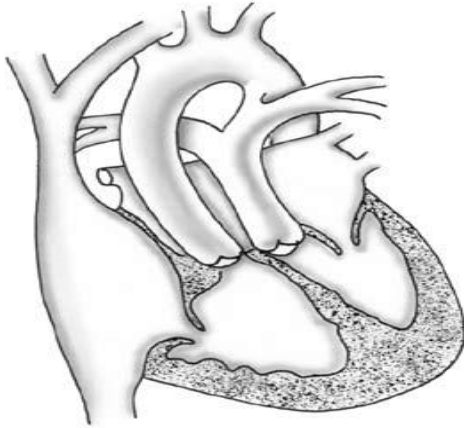
La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

- 1.** Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.** Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3.** Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.** Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.** Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo 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.

1.5 Factor de Dependencia

TRANSPOSICION DE GRANDES ARTERIAS (TGA)

Anomalía anatómica en la que la aorta nace directamente del ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar surge del ventrículo izquierdo (VI), provocando una hipoxemia sistémica grave.



Esquema que ilustra una discordancia ventrículo-arterial con concordancia atrioventricular (TGA) con *septum* íntegro: la aurícula derecha (AD) se conecta con el ventrículo derecho (VD), y la aorta (Ao) emerge de ese ventrículo, mientras que la aurícula izquierda (AI) se conecta con el ventrículo izquierdo (VI) y de este se origina la arteria pulmonar (P). Figura tomada del libro de Cardiología pediátrica, pág. 600.

Es una lesión caracterizada por discordancia en la conexión de las grandes arterias. Los lactantes con esta cardiopatía suelen estar sanos por lo demás pero presentan, inmediatamente después del nacimiento, una cianosis intensa que progresa con rapidez hacia una acidosis metabólica, causada por la deficiente oxigenación de los tejidos, con alcalosis respiratoria compensadora.⁴⁷

Malformación congénita en la cual existe discordancia ventriculoarterial, es decir, que la arteria aorta (Ao) es anterior y emerge del ventrículo anatómicamente derecho mientras que la arteria pulmonar (AP) es posterior y emerge del ventrículo anatómicamente izquierdo. En el concepto se incluye que existe una adecuada relación entre los atrios y los ventrículos (AD conectada al VD y AI con el VI).

Los pacientes con **TGA** pueden tener múltiples lesiones asociadas pero principalmente se presenta con CIV, comunicación interauricular, persistencia del conducto arterioso y estenosis infundibular pulmonar.

⁴⁷ Beers, M y Berkow, R. (1999). El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. 10ma Ed. Edición del Centenario.

Epidemiología y Etiología

La incidencia varía entre 0,02 al 0,05% de todos los nacidos vivos de acuerdo a las diferentes estadísticas. En el 75% de estos pacientes la TGA es una lesión aislada y tienen un foramen oval permeable o un ductus arterioso patente. El 20% tiene una CIV y su localización es variable. La obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo se presenta en el 0.7% de los casos cuando el septum interventricular está intacto y en el 20% de los casos con CIV.

Anomalías en el arco aórtico principalmente coartación de aorta o leve hipoplasia del istmo son más frecuentes cuando tienen CIV o variantes del Taussig Bing.⁴⁸

La **TGA** es la **cardiopatía congénita cianótica más frecuente al nacimiento**. Representa del 5 al 7% de todas las cardiopatías congénitas. Es más frecuente en **varones** con una proporción 3:1.⁴⁹ Se desconoce su etiología. Se ha notado mayor incidencia en madres diabéticas y añosas, así como alguna asociación con la ingesta de anfetaminas, trimetadiona y hormonas sexuales. Es más frecuente en el sexo masculino. Se transmite genéticamente por un patrón poligenico o multifactorial. La maternidad en madres añosas y la diabetes materna parecen predisponer su presencia.

Embriología

El tronco-cono debe hacer normalmente un giro para conectar la arteria pulmonar con el ventrículo (anterior) derecho y la aorta con el ventrículo (posterior) izquierdo. El defecto se cree que se produce por la no-rotación es espiral del tronco-cono en la tercera a cuarta semana embrionaria, lo que genera que la aorta quede en posición anterior y la arteria pulmonar quede en posición posterior.⁵⁰

⁴⁸ Cassalet G., Patarroyo Ma. C., (2006). Manual de Cuidado Intensivo Cardiovascular Pediátrico. Editorial Distribuna.

⁴⁹ <http://www.cardiopatiascongenitas.net>

⁵⁰ Cassalet., Op cit. Pag 302

Fisiopatogenia

Las «grandes arterias» son la arteria pulmonar y la aorta. Normalmente, la arteria pulmonar está conectada a la cavidad inferior derecha del corazón (el ventrículo derecho). El ventrículo derecho bombea la sangre pobre en oxígeno a la arteria pulmonar, que la transporta a los pulmones. La cavidad inferior izquierda (el ventrículo izquierdo) bombea la sangre rica en oxígeno a la aorta, que la transporta al resto del organismo.

En la TGA, se invierte la posición normal de las arterias. La aorta sale del ventrículo derecho (en lugar del ventrículo izquierdo) y la arteria pulmonar sale del ventrículo izquierdo (en lugar del ventrículo derecho). La única manera de que la sangre rica en oxígeno llegue al cuerpo es por medio de otro defecto que comunique las dos rutas.

La comunicación interauricular permite el intercambio de sangre entre las dos aurículas, la comunicación interventricular permite el intercambio de sangre entre los dos ventrículos y el conducto arterial persistente comunica la arteria pulmonar a la aorta.

La patología no modifica el desarrollo intrauterino del paciente. Al nacimiento la circulación pulmonar y sistémica quedan paralelas y, por lo tanto, el paciente comienza con hipoxia. La sangre oxigenada regresa a la AI y al VI; pero la sangre del VI entra a la AP, donde regresa a oxigenarse. La sangre que regresa del lecho vascular sistémico a las cavidades derechas, pasa del VD nuevamente a la Ao sin acudir al pulmón para su oxigenación. La única forma en que la sangre oxigenada pase al lecho vascular sistémico es por medio del foramen oval y del conducto arterioso.

El foramen oval habitualmente tiene un cortocircuito bidireccional con predominio de izquierda a derecha y el conducto arterioso igual, por lo que mayor volumen de sangre se acumula en el lecho vascular pulmonar condiciona que haya flujo pulmonar aumentado y, en consecuencia insuficiencia cardiaca derecha.



Transposición de los grandes vasos. Esta cardiopatía lleva asociada otras: comunicación interauricular y ductus (se indica en verde). (Villagrà F., 2004)

Cuando el conducto arterioso se cierra, si el foramen oval es pequeño, el paciente fallece; si es grande o existen otras lesiones como una CIV, la supervivencia del paciente es mayor; pero siempre con hipoxia. Algunos pacientes tienen estenosis infundibular pulmonar que hace que el VD tenga una presión mayor e impide que haya un excedente de sangre en el circuito vascular pulmonar o incluso condicione que haya sobrecarga del circuito vascular sistémico haciendo que el paciente tenga mayor intensidad de su cianosis y menor insuficiencia cardíaca.

Pocos días después del nacimiento la función de ambos ventrículos se deteriora; en el VD se piensa que puede ser por la hipoxia y en el ventrículo izquierdo la baja resistencia vascular pulmonar hace que su desarrollo y fortalecimiento no se lleve a cabo, de modo que se hipotrofia.

Manifestaciones clínicas

El paciente con TGA nace habitualmente de término, con buen peso y talla, pero pronto expresa cianosis intensa.

Conforme el conducto arterioso va cerrando, la cianosis va incrementándose y el paciente se deteriora paulatinamente (máximo en 5 a 8 días). En ocasiones, cuando el foramen oval es pequeño y el conducto cierra rápidamente, el deterioro es severo y rápido.

El paciente tiene cianosis intensa que no responde al uso de oxígeno; se palpa en mesocardio latido paraesternal izquierdo y cuando no hay lesiones asociadas el segundo ruido es único e intenso y se escuchan soplos.

Ocasionalmente puede haber un soplo sistólico pulmonar suave o un soplo continuo en foco pulmonar ocasionado por el conducto arterioso permeable. El paciente puede tener hepatomegalia y datos de insuficiencia respiratoria por acidosis metabólica.

El paciente con CIV asociada pudiera no tener soplos al nacimiento, pero habitualmente el soplo de la CIV se hace evidente unos 2 a 3 días después. Son menos cianóticos y presentan signos francos de insuficiencia cardíaca unos dos a cuatro semanas posteriores al nacimiento.

Desde el punto de vista clínico-fisiológico se pueden clasificar los cuadros clínicos así:

Tipo I. Pacientes con TGA sin CIV o con CIV pequeña, con flujo pulmonar aumentado

Se caracteriza por una cianosis temprana presente desde la primera hora de vida en el 56% de los casos y en el 92% de los casos es evidente en el primer día de vida.

El diagnóstico temprano en este caso es crítico. Los hallazgos al examen físico, además de la cianosis intensa, manifestaciones de insuficiencia cardíaca congestiva (que puede no ser severa) y la presencia de un soplo sistólico no específico, con una radiografía de tórax y un ECG que puede ser normal en el período neonatal, deben ser suficientes para sospechar la presencia de una cardiopatía congénita cianógena que requiere diagnóstico y tratamiento temprano. La disnea leve y taquipnea están presentes en la mitad de los casos. En la auscultación el primer ruido cardíaco es normal y el soplo eyectivo que es suave se explica por un posible incremento del flujo en el tracto de salida ventricular izquierdo. En caso de presentarse un *ductus* arterioso permeable, puede auscultarse un soplo continuo subclavicular izquierdo, pulsos saltones y precordio hiperdinámico.

Tipo II. Transposición de grandes arterias con comunicación interventricular amplia (cortocircuito amplio) y flujo pulmonar aumentado

En este caso puede no haber signos ni síntomas de enfermedad cardíaca inicialmente, con excepción de cianosis leve que se incrementa con el llanto. El cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva se presenta en el transcurso de las primeras 2 a 6 semanas de vida, y se manifiesta por presencia de soplo cardíaco que puede ser más intenso con el transcurso de los días, asociado a un segundo ruido y un tercer ruido único e intenso.

Tipo III. Transposición de grandes arterias con CIV, con obstrucción al tracto de salida ventricular izquierdo (estenosis subpulmonar), con flujo pulmonar restringido.

Este grupo representa el 5%-8% de los neonatos con transposición. Los hallazgos clínicos son similares a los pacientes con tetralogía de Fallot, con cianosis extrema desde el nacimiento.

Tipo IV. Transposición de grandes arterias con CIV y flujo pulmonar restringido secundario a hipertensión arterial pulmonar severa

La hipertensión arterial pulmonar se hace presente después del nacimiento, con incremento de la cianosis. Puede no existir soplo cardíaco o solo un soplo sistólico eyectivo suave con la progresión de la hipertensión arterial pulmonar.

Diagnostico precoz y Tratamiento oportuno

La Radiografía de tórax muestra ligera cardiomegalia, el corazón tiene forma ovoide y el pedículo vascular es estrecho. El flujo pulmonar se ve aumentado. El ECG muestra crecimiento biatrial (ondas P acuminadas y melladas o bimodales) y crecimiento biventricular de predominio derecho (isodifasismo precordial con bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His), la onda T tiende a ser positiva en V1 y V2.

El ecocardiograma bidimensional muestra los dos grandes vasos paralelos y la morfología de la AP emergiendo del ventrículo morfológicamente izquierdo. Es posible identificar las lesiones asociadas, como CIV, CIA, PCA o estenosis valvulares. Es importante definir la anatomía coronaria para poder decidir la técnica quirúrgica que se empleara.

Es indispensable el diagnóstico lo más temprano posible, tanto que ante la menor duda o sospecha de la cardiopatía debe hacerse el estudio completo del paciente.

El paciente necesitara obligadamente tratamiento quirúrgico, así que el traslado a una institución de tercer nivel debe hacerse tan pronto como se corrobore el problema.

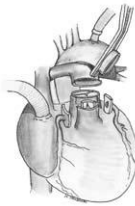
Cuando se cuenta con la posibilidad de manejar ventilación mecánica, colocar catéteres centrales venoso y arterial, y monitorizar la presión venosa central y la presión arterial sistémica, se puede iniciar prostaglandina en infusión continua para evitar el cierre del conducto arterioso y mejorar la oxigenación tisular del paciente mientras se traslada y prepara para la intervención quirúrgica.

La elección de la técnica quirúrgica dependerá de las características de la cardiopatía de cada paciente y las lesiones asociadas que tenga, así como de la experiencia del grupo quirúrgico que lo maneje.

La operación se realiza en recién nacidos durante las tres primeras semanas de vida, cuando aun el ventrículo izquierdo (VI) tiene una aceptable masa muscular, o se somete a un *retraining* previo. En estos casos se necesita en ocasiones la colocación de un Blalock-Taussig (BT) para garantizar un adecuado flujo pulmonar, mientras se re-entrena el VI. A las dos o tres semanas, se libera la banda en la pulmonar, se cierra el BT y se reconstruyen. El VI se puede entrenar de forma rápida en dos o tres semanas, que es la preferida actualmente, o de forma lenta entre 3-6 meses.

El tratamiento de elección es el *switch* arterial (cirugía Jatene), debido a que los resultados a largo plazo son muy superiores en comparación con las correcciones fisiológicas Switch atrial (Mustard y Senning). A corto plazo, el mayor problema que se puede observar con esta cirugía es el compromiso coronario y, a largo plazo, los problemas obstructivos del tracto de salida derecho. Generalmente, el procedimiento se realiza en hipotermia (moderada o profunda de acuerdo con el grupo quirúrgico).

A

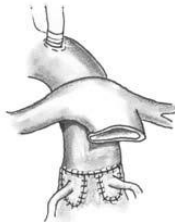


B



Esquema de la cirugía de Jatene. **A.** Se aprecian los botones coronarios explantados y la arteria pulmonar posterior seccionada; en líneas punteadas se señalan las incisiones en L. **B.** Anastomosis de los botones coronarios. Figura tomada del libro de Cardiología pediátrica, pág. 616.

C



D



Esquema de la cirugía de Jatene. **C.** Maniobra de Lecompte. **D.** Estado final de la cirugía en la cual se aprecia la conexión de la arteria pulmonar al ventrículo derecho utilizando parche de pericardio (PP). Ao: aorta; VD: ventrículo derecho; AP: arteria pulmonar. Figura tomada del libro de Cardiología pediátrica, pág. 616.

Se hace una disección completa de los grandes vasos—liberando completamente las arterias pulmonares para evitar las tensiones indebidas—; se secciona el *ductus arteriosus*; se extraen los botones coronarios y se anastomosan a la neoaorta, evitando al máximo las tensiones de los troncos arteriales coronarios.

Para la reconstrucción completa de la neoaorta, es necesario pasar la aorta por detrás de la arteria pulmonar (maniobra de Lecompte), haciendo entonces la anastomosis en forma término-terminal.

Para la creación de la neopulmonar, se utiliza pericardio antólogo (del mismo paciente) para reemplazar el tejido de las coronarias y evitar la tensión de la anastomosis, la cual puede conducir a estenosis tardías. Una vez terminado el procedimiento, se sale de perfusión y es fundamental, para la vigilancia posoperatoria, colocar una línea de presión en la aurícula izquierda, la cual dará información fidedigna de la función ventricular izquierda y la perfusión coronaria.

La supervivencia de este grupo de pacientes a 5 años, de acuerdo con los resultados de la Congenital Heart Surgeons Society, es del 82%, el ritmo sinusal se presenta en más del 95% de ellos y, entre el 5% y el 10%, presentan regurgitación de la neoaorta de grado leve y no progresiva.

Pronóstico

La mortalidad del Switch arterial en centros con experiencia oscila del 2 al 7%. La mortalidad a los 6 y 12 meses es muy baja y la sobrevida a cinco años cuando no se discrimina casos complejos y no complejos y se incluye la mortalidad hospitalaria inicial es del 82%. Cuando solo se toman casos no complejos la sobrevida a 5 años es del 95%.

La mortalidad para Switch atrial oscila del 0 al 15%. Como este procedimiento se realiza varias semanas o meses después del diagnóstico hay hasta un 10% de mortalidad antes del mes de edad en pacientes con atrioseptostomia, con balón exitosa esperando la corrección quirúrgica.

La mortalidad da largo plazo es menor cuando hay CIV. A quince años la sobrevida del Mustard sin CIV es del 86%, pero con CIV la sobrevida es solo del 64%.

La causa de muerte es generalmente disfunción del ventrículo derecho.

Se presentan arritmias cardiacas hasta en el 57% de los pacientes seguidos a largo plazo.⁵¹

⁵¹ Casalett Op cit. Pág. 315.

2 METODOLOGIA

2.1 Descripción del caso

Lactante Ríos Coronilla de 1 mes de vida originario de Municipio de Dolores Hidalgo, Guanajuato, proveniente de familia nuclear integrada con relaciones fuertes. Padre Juan Antonio Ríos Solís de 25 años de edad se dedica al campo con escolaridad hasta la Primaria, aparentemente sano, Madre de 34 años de edad dedicada al hogar, analfabeta, aparentemente sana, toxicomanías de ambos negadas, con media hermana de 12 años de edad cursando 1º de Secundaria ella vive con abuela materna relaciones débiles con su mama y al resto de sus medios hermanos, aparentemente sana, seguida por 1 hermano de 10 años con relaciones débiles con la familia el reside con su abuela paterna cursa el 4to. De Primaria, aparentemente sano, hermana de 8 años de edad cursando el 3ro. De primaria aparentemente sana, hermano de 6 años de edad cursando el kínder aparentemente sano, hermano de 3 años de edad aun sin asistir a la escuela aparentemente sano, hermana de 2 años de edad aparentemente sana y Ríos Coronilla RN el menor de la familia,

La familia esta compuestas por 9 integrantes de la familia cohabitan en casa construida de ladrillo solo enjarrada, compuesta de 2 cuartos, 1 cocina, 1 baño, habitan zona rural, con todos los servicios intradomiciliarios (agua y luz), cuentan con fosa séptica, en un cuarto duermen todos los hombres junto con Papa y en otro las niñas con Mama y el Recién Nacido, el padre es el proveedor económico de la familia se dedica al campo, su ingreso aproximado es de \$700 pesos semanales, se apoyan del programa Oportunidades para sostener los gastos, se apoyan también de abuelos paternos con soporte económico y para estar al cuidado al resto de los niños en este momento de la hospitalización.

Lactante Ríos Corinilla con Diagnostico de Transposición de Grandes Arterias, con Persistencia del Conducto Arterioso grande con Foramen Oval Permeable con Hipertensión Arterial Pulmonar importante, Post operado de Jatene, Sepsis con foco neumónico en resolución, Insuficiencia Renal en resolución (requirió tratamiento resolutivo), encefalopatía hipoxico-isquemica en tratamiento, bradicardia sinusal (sin repercusión).

Es producto de la 8va. Gesta, 7 productos obtenidos por parto normal y 1 aborto, curso con embarazo normoevolutivo, con apoyo de ácido fólico durante 3 meses, control prenatal en 3 ocasiones, se obtiene por parto normal eutócico a las 39 semanas de gestación con un peso de 3,150kg., talla 54 cm., sin necesidades de maniobras de resucitación, sin aplicación de vit. K por no haber en institución donde nació, se egresa al binomio sin ningún problema.

Posterior inicia su padecimiento a los 3 días de nacido, al referir su mamá observarlo que se fatigaba y se ponía morado cuando lo alimentaba, lo llevo al hospital de Dolores Hidalgo con presencia de cianosis central, tinte icterico, con dificultad respiratoria, datos de Sepsis, auscultando soplo grado IV/VI, con repercusión hemodinámica, iniciando su manejo a nivel hospitalario con antibióticos, Furosemide, Espironolactona, valorado el 9 de Marzo por Cardiología en Celaya Guanajuato, reportando Transposición clásica de grandes arterias, PCA grande y foramen oval permeable, pudiendo controlar la Sepsis, colocándose oxígeno presentando saturaciones de 70%, motivo por el cual se solicita valoración en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío para su manejo y tratamiento quirúrgico.

Posterior se programa cirugía el día 16 de Marzo de 2012, reportándose saturación de oxígeno a 68% medio ambiente y con apoyo de oxígeno 80%, realizando cirugía tipo Jatene con un pinzamiento de 67 min., tiempo de bomba de 132 min, con un tiempo quirúrgico de 4 horas, saliendo de bomba al primer intento con ritmo sinusal, instalando marcapaso, recibiendo en área de UCIP intubado, durante su estancia mantuvo apoyo vasopresor e inotrópicos por 8 días con adrenalina, dobutamina y milrinona suspendidas el día 23 de marzo del 2012, manteniendo apoyo con digitalicos, ventilación mecánica por 4 días con extubación programada sin complicaciones, sospechando de foco neumónico, manteniéndose con cefalosporina de 3ra generación, retirándose el 21 de marzo las sondas de pleurostomía sin complicaciones, presentando insuficiencia renal aguda requiriendo tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal por 4 días retirando el catéter el día 24 de marzo sin complicaciones,

tuvo manejo de nutrición parenteral por 2 días, presentando trastornos del ritmo con taquicardias sinusales, solo en vigilancia por cardiología.

Dejándose solo con apoyo de casco cefálico mínimo, manejándose con formula enteral por sonda orogastrica, digoxina, Espironolactona, cefotaxima, Furosemide y micronebulizaciones, con catéter venoso central, el 27 de marzo se retira catéter venoso central sin datos de infección, encontrándose a la exploración física con succión débil y empuñamiento de pulgares es valorado por neuropediatría con datos sugestivos de encefalopatía hipoxico isquémica secundaria iniciando tratamiento con clonazepam, por el momento se ha iniciado tratamiento por parte de rehabilitación para favorecer movimiento de cuerpo y reducir espasticidad, mejorar succión.

Masculino menor de 1 mes de edad aparente menor a la cronológica se encuentra en el área de hospitalización pediátrica en una termocuna, inexpresivos, con apoyo de oxigeno en casco cefálico, postura libremente escogida, integro, constitución pequeña, extrema fragilidad, bien conformado, estado nutricional con delgadez severa y deficiencia nutricional extrema por debajo de la percentil 5, sin movimientos anormales presentes, con atrapamiento de pulgar bilateral, aun sin presencia de marcha por edad, ligeramente espástico, responde a estímulos sonoros, conciente, reactivo despierto y con sueño fisiológico por momentos, comienza con sonrisa social al platicarle su mama y seguimiento visual, con ropa hospitalaria muy grande para su edad pero adecuada al clima, balbucea poco, nivel socioeconómico y cultural bajo.

Cristian después de 22 días de hospitalización se realiza nota de alta con traslado al Hospital de Dolores Hidalgo, Guanajuato el día 5 de Abril del 2012 se egresa con aun apoyo de oxigeno 1 litro por minuto, metoclopramida 0.3 mg cada 8 horas por vía oral, digoxina 10 mcg vía oral cada 12 horas, Furosemide 6 mg cada 6 horas por vía oral, Espironolactona 3 mg cada 12 horas por vía oral, combivent nebulizaciones 0.5ml cada 12 horas, Flixotide 250 mcg cada 12 horas nebulizaciones, y Paracetamol 45 mg., cada 6 horas si presentara fiebre.

Con alimentación de fórmula sin lactosa según tolerancia ya con mejoría de succión y tolerando toda la fórmula hasta quedarse insatisfecho.

Programando cita en un mes para el día 4 de Mayo del 2012, para control por Cardiología acudiendo y presentando aumento de peso a 3,500kg., ya sin apoyo de oxígeno, alerta reactivo, sin cianosis, pulsos periféricos de buena intensidad en 4 extremidades llenado capilar inmediato, área cardíaca con soplo sistólico, línea paraesternal izquierda segundo ruido desdoblado, hígado no palpable, ecocardiograma con foramen oval permeable, septum interventricular íntegro, insuficiencia tricuspídea ligera con IT 14 mmHg no hay IM neoaorta con insuficiencia ligera, neopulmonar con insuficiencia ligera con gradiente en sitio anastomosis 22 mmHg arco aórtico izquierdo sin obstrucciones en la anastomosis, se reajusta dosis de medicamentos Furosemide 10 mg vía oral cada 12 horas, Espironolactona 6mg vía oral cada 12 horas y Digoxina 0.06 mcg vía oral cada 24 horas, para controlar el hiperflujo pulmonar y la sobrecarga de volumen de cavidades cardíacas el Furosemide, se asocia a un ahorrador de potasio como la Espironolactona lo cual favorece el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva. El uso de digoxina puede ser también de beneficioso ya que aumenta la contractilidad cardíaca y tiene un efecto favorable sobre la respuesta neurohormonal y mejora los síntomas.

Se da cita en 3 meses con previa radiografía y electrocardiograma, para continuar seguimiento

VALORACION SEGÚN NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES EN DEPENDENCIA

- **Oxigenación:** Al ingreso presentaba cianosis, y con saturación de oxígeno al medio ambiente de 68%, con radiografías de ingreso con presencia de cardiomegalia por transposición de grandes arterias, posterior a cirugía correctiva se encuentra con casco cefálico con apoyo de humidificador continuo con Fio₂ 26%, presenta disnea de esfuerzo, disociación toracoabdominal, tiros intercostales bajos, pobre respuesta al destete de oxígeno, polipnea, saturación de oxígeno al medio ambiente hasta 80 y con oxígeno hasta 92-95%, campos pulmonares con hipoventilación basal derecha, frecuencia cardíaca 80-105 por minuto, 132 por minuto llorando (bradicardia sinusal), frecuencia respiratoria 48, tensión arterial 85/45, palidez tegumentos (+),
- **Moverse y Mantener una postura adecuada:** reactivo al estímulo aun con reflejo de moro presente, se encuentra con deterioro muscular esquelético, contracturas, hipertonías e hipotonías, se requiere de administración de clonazepam para favorecer la relajación muscular y mejor manejo a la movilidad, con atrapamiento de pulgar bilateral, se moviliza poco por el mismo requiere apoyo de su cuidador primario para aun movilizarlo y solo lo carga para bañarlo y en mínimas ocasiones para alimentarlo siempre lo realiza acostado, refiere su mamá tener miedo de cargarlo ya que podría lastimarlo, reflejos de búsqueda y succión presentes
- **Comer y beber:** peso de 2,840 kg., talla 51 cm, pérdida de peso (300 gr.) en un periodo de 22 días, se alimentó por sonda orogastrica durante 15 días aproximadamente, posterior se estimuló la alimentación enteral por succión, presentando pobre succión y poca ingesta de alimento por fatiga y quedarse dormido, aunque el aporte de alimento es adecuado 60 ml cada 3 horas de fórmulas sin lactosa, es alimentado por su mamá con biberón. IMC 10.7 Kg/m².

NECESIDADES EN RIESGO

- **Eliminar los desechos:** micción espontánea, de color y características normales, con apoyo de diurético (Espironolactona y Furosemide), con un IU 3 ml/kg/hr, evacuaciones espontaneas aproximadamente 3 por día de consistencia pastosa normal, requirió tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal.
- **Mantener la higiene corporal e integridad de la piel:** con baño cada tercer día, es aseado con producto especiales para bebe, presenta limpieza en general, cicatriz de catéter venoso central que se retira el 27 de marzo, aunque con heridas quirúrgicas en área supra esternal aun con datos de suturas absorbentes desde el día 16 de marzo del 12, presencia de suturas de sondas pleurales y suturas en área abdominal por catéter Tenckoff para diálisis, con leve hiperemia sin datos de infección. Aun precisa de ayuda por parte de su cuidador principal.
- **Mantener la temperatura corporal:** se aloja en termocuna presenta temperaturas axilares de 36.6°C hasta 37°C, se comienza ambientar la última semana previo a su egreso para vigilar termorregulación propia y mantiene temperaturas de 36.6°C al medio ambiente neutro.
- **Evitar los peligros:** vacunas al corriente, aun se encuentra en área hospitalaria con riesgo de infecciones por la propia hospitalización, aun en proceso de cicatrización en heridas quirúrgicas y retiro de suturas, desnutrición y madre agotada por el cuidador del lactante y ser el único cuidador primario que se encarga de él durante la hospitalización no hay quien más le ayude hacerse cargo de él.
- **Recrearse:** presenta disnea al realizar cualquier esfuerzo, aunque por el momento no presenta otra dificultad para su desarrollo de acuerdo a su etapa de edad con ejercicio de estimulación temprana por parte de rehabilitación.

NECESIDADES EN INDEPENDENCIA

- **Dormir y descansar:** No presenta dificultad en promedio duerme de 18 a 21 horas, tiene siestas durante la tarde y no le cuesta trabajo conciliar el sueño, lo hace sin necesidad de ningún rito previo, se queda dormido en la termocuna, los estímulos luminosos y de fuentes de sonido tampoco lo hacen que interrumpa su periodo de sueño.
- **Elegir la ropa adecuada:** durante la hospitalización solo se encuentra con pañal ya que esta en termocuna, al ambientarlo se cubre con cobija del hospital adecuada para su edad y necesidad, no presenta dificultad su cuidadora primaria se encarga de sus necesidades básicas, de proveerlas lo necesario para cubrir con ellas tanto en clima como en condición.
- **Comunicarse con los demás:** no presenta dificultad por el momento, se comunica con llanto de acuerdo a su incomodidad o necesidad, comienza con balbuceos mínimos y sonrisa social al platicar su mama con él, no tiene estudios que evidencien alguna alteración sensorial o perceptiva, fija mirada, inicia rastreo visual, responde a estímulos sonoros, reflejo cocleopalpebral presente.
- **Actuar con arreglo a la propia fe:** son católicos y piensan inculcarle esas creencias a Cristian sus cuidadores principales, pretenden bautizarlo a la brevedad y que su condición lo amerite y se pueda ir a casa, cuenta con el apoyo por parte de sus cuidadores primarios aunque solo la mama está en hospitalización, cuando acude el papa se interesa por involucrase en este mismo y ambos por su recuperación, les preocupa que Cristian no sea un niño normal y no se cure ya que refieren no tener los recursos para solventar todo el cuidado y se les dificultaría.
- **Realización:** por el momento no presenta dificultad de acuerdo su edad ha tenido un desarrollo adecuado propio de su edad y etapa.
- **Aprendizaje:** no presenta datos de dificultad, el lactante por su edad va progresando y su cuidador principal tiene toda la disponibilidad del

adquirir conocimiento que favorezca la recuperación de Cristian a sus posibilidades, entendimiento y alcance.

2.2 Métodos e Instrumentos

Este estudio utilizo como metodología el captar un paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica continuando su seguimiento en el área de Hospitalización de Pediatría, donde se aborda al familiar y se explica el propósito de llevar a cabo este estudio de caso solicitándole como inicio para proceder a elaborar el seguimiento la firma del consentimiento informado con el propósito de obtener autorización para tal efecto.

Realizando una investigación documental para poder procesar dicha información obtenida por medio de las etapas del Proceso Atención de Enfermería para llevar a cabo este estudio de caso se tomo en cuenta los datos obtenidos mediante la entrevista con la madre y a través de la observación de las conductas, exploración física por medio del método clínico del estado de salud y evolución del lactante, expediente clínico y referencias bibliográficas. Se recogieron datos tanto de la gestación como el parto, el periodo neonatal y el periodo de seguimiento durante hospitalización.

El instrumento de recolección de datos utilizados en este estudio de caso fue el formato de Reporte Diario (Seguimiento) Valoración focalizada utilizando la observación y exploración física, analizando cada necesidad graficando según el continuum independencia-dependencia del lactante y detectar el grado en que se encontraba, también se uso el formato la entrevista en la valoración clínica en niños de 0 a 5 años de la Especialización en Enfermería Infantil, estando está estructurada en la primera parte con datos demográficos y socioeconómicos, la segunda parte referida a las necesidades básicas que establece Virginia Henderson de salud en relación al niño, y la tercera data el examen físico y jerarquización de las necesidades, formulación de diagnósticos y plan de alta, realizado al lactante.

2.3 Proceso de Construcción del Diagnostico

Desde el modelo conceptual de Virginia Henderson en este estudio se utilizó dicha metodología para la redacción de los diagnósticos reales, el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) para los de riesgo las características definitorias y factores de riesgo, mediante NANDA.

Dando como resultado según los datos obtenidos y el análisis de cada necesidad se obtuvieron 6 diagnósticos reales, 7 de riesgo y 5 diagnósticos de salud un total de 18 diagnósticos aplicables para este tipo de pacientes.

Los diagnósticos de Enfermería y problemas que derivan de la situación de salud del niño y la familia son los siguientes:

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
16/03/12	Oxigenación	Permanente 5	Fuerza	Alta
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la capacidad pulmonar, manifestado por polipnea, disnea, cianosis, disociación toracoabdominal, tirajes intercostales bajos, disminución de oxígeno capilar al medio ambiente de 80%.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
16/03/12	Oxigenación	Transitoria 5	Fuerza	Alta
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con alteración de la ventilación, perfusión, incremento del trabajo respiratorio, cambios en la membrana alveolo-capilar manifestado por disnea, cianosis e hipoventilación basal, desaturación de oxígeno al medio ambiente de 80%.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
16/03/12	Oxigenación	Transitoria 3	Fuerza	Media
Riesgo de perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva relacionado con deterioro del transporte e intercambio de oxígeno por cortocircuitos sistémicos pulmonares.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
16/03/12	Oxigenación	Transitoria 3	Fuerza	Media
Riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con aumento del flujo sanguíneo pulmonar, disminución de la contractilidad, disminución de la precarga y/o aumento de la poscarga.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
26/03/12	Movimiento y Postura	Transitoria 5	Fuerza Voluntad Conocimiento	Alta
Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo esquelético, disminución de la masa muscular, rigidez articular, intolerancia a la actividad, desnutrición manifestado por hipo e hipertoniá, espasticidad, contracturas y atrapamiento pulgar bilateral.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
15/03/12	Movimiento y Postura	Permanente 4	Fuerza Conocimiento	Media
Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxigeno manifestado por disnea y cianosis al esfuerzo.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
22/03/12	Nutrición e Hidratación	Transitoria 5	Fuerza Conocimiento	Alta
Desequilibrio de la nutrición por defecto relacionado con aumento de la tasa metabólica por la carga de trabajo del corazón manifestado por peso de 2,840kg, IMC 10.7 kg/m2., ingesta de alimento inferior a las cantidades recomendadas, disnea de esfuerzo, disminución de la masa muscular, palidez tegumentos (+).				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
27/03/12	Higiene y protección de la piel	Transitoria 5	Fuerza Voluntad	Alta
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con interrupción de la continuidad de la piel manifestado por heridas quirúrgicas de procesos invasivos en proceso de cicatrización, retardo en la cicatrización				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
27/03/12	Eliminar los desechos por todas las vías	Transitoria 3	Fuerza Conocimiento	Alta
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con sobrecarga de líquidos, uso de diuréticos (Furosemide y Espironolactona), IU de 3 ml/hr/k, terapia sustitutiva de diálisis peritoneal por 4 días.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
30/03/12	Mantener la temperatura corporal	Transitoria 3	Fuerza Conocimiento	Alta
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con aumento de la tasa metabólica, desnutrición, disminución de la masa corporal, bajo peso para la edad				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
16/03/12	Evitar peligros	Permanente 3	Fuerza, Conocimiento, Voluntad	Alta
Riesgo de Infección relacionado con estancias hospitalarias prolongadas, pérdida de la integridad de la piel por heridas quirúrgicas y de procedimientos invasivos, aun presencia de suturas y retraso en la cicatrización, desnutrición.				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
05/04/12	Recrearse	Transitoria 3	Fuerza	Media
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de Disminución de actividades recreativas relacionado con restricción de actividades e intolerancia a la actividad 				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
22/03/12	Realización	Transitoria 3	Fuerza, Conocimiento	Alta
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo relacionado disminución de los ingresos energéticos al aumento de la tasa metabólica por requerir más ingresos energéticos con la repercusión hemodinámica teniendo un flujo pulmonar aumentado. 				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
27/03/12	Dormir y Descansar	Independencia 1	-	Baja
<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar el sueño manifestado por potencializar sus periodos de descanso y que sea congruente con sus necesidades de desarrollo y no presenta dificultad para conciliar el sueño. 				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
27/03/12	Comunicarse	Independencia 1	----	Baja
<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar la comunicación manifestado por estimular su desarrollo y se pueda comunicar de acuerdo a su edad y necesidades sin ninguna dificultad. 				

FECHA	Necesidad Afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
5/04/12	Aprendizaje	Independencia 1	-----	Baja
<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por expresa interés en la salud y en los cuidados que favorezcan la mejoría de Cristian. 				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
5/04/12	Actuar según sus creencias y valores	Independencia 1	-----	Baja
<ul style="list-style-type: none"> Disposición para mejorar el bienestar espiritual por parte del cuidador primario al manifestar que Cristian será bautizado en cuanto pueda así mismo como cuidar del estado de salud y comprometerse con su cuidado. 				

FECHA	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de Dificultad	Prioridad
27/03/12	Necesidad de Vestirse y Desvestirse:	Independencia 1	-----	Baja
<ul style="list-style-type: none"> Conductas generadoras de salud en relación a la necesidad de vestirse y desvestirse manifestado por brindarle ropa adecuada a sus necesidades físicas y climatológicas 				

2.4 Proceso de Planeación

En base a la formulación de diagnósticos se diseñaron 18 planes especializados de enfermería dirigidos a reducir o eliminar los factores relacionados con el problema que llevaron al estado de dependencia del paciente o ponerlo en riesgo de alguna manera, las intervenciones de enfermería estuvieron basados en la taxonomía NIC, atendiendo las necesidades del pacientes así como de los cuidadores principales.

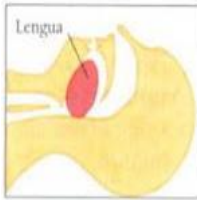
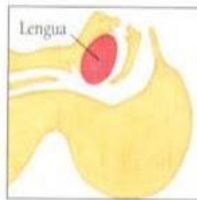

Elaborando diagnósticos por cada Necesidad según la valoración y análisis de datos se le dio prioridad, obteniendo por oxigenación, movimiento y postura 2 respectivamente, Nutrición, Higiene corporal y protección de tegumentos 1 diagnostico de cada una de las necesidad, todos los anteriormente mencionados en dependencia. Diagnósticos en riesgo detectados por cada necesidad fueron los siguientes: Oxigenación 2, Eliminación, Mantener la temperatura corporal, Evitar los peligros, Recreación y Realización obteniendo 1 diagnostico según los datos obtenidos en la recogida de datos y clasificándolos en riesgo. Elaborando 5 Diagnósticos de Salud para la necesidad de Dormir y descansar, Comunicarse, Aprendizaje, Actuar de acuerdo a la propia fe y Vestirse y desvestirse respectivamente.

Planteando objetivos de enfermería a corto y mediano plazo, de acuerdo a su orden de prioridad de cada necesidad y con la finalidad de reducir o eliminar el estado de dependencia a la brevedad problemática que no interfiera en su vida cotidiana y se pueda integra a la sociedad

La evaluación para este plan especializado se utilizo la metodología propuesta de estructura, proceso y resultado.

Dando a conocer un plan de alta para así reforzar el proceso de enseñanza al familiar y seguir con el cuidado en casa.

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADA DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE OXIGENACION	
Fuente de dificultad: Fuerza	Duración: Permanente grado de dependencia: 5
Prioridad: Alta	Rol de Enfermería: Suplencia
Diagnostico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la capacidad pulmonar, manifestado por polipnea, disnea, cianosis, disociación toracoabdomnal tiros intercostales bajos, disminución de oxigeno capilar al medio ambiente de 80%.	
Objetivo: Cristian mejorara a corto plazo su patrón respiratorio, con terapia respiratoria, que aumentara su capacidad pulmonar y evitaran factores que hagan que presenten episodios de patrones respiratorios inefectivos.	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p>Manejo de las vías aéreas 2K-3140 Independiente</p> <p>02 Colocar al paciente en la posición que permite que el potencial de ventilación sea el máximo posible.</p> <p>05 Realizar fisioterapia torácica, si procede.</p> <p>06 Eliminar las secreciones fomentando la tos o succión.</p> <p>07 Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</p> <p>11 Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</p> <p>12 Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede.</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">Lengua</p> <p style="font-size: x-small;">Vía respiratoria cerrada</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">Lengua</p> <p style="font-size: x-small;">Vía respiratoria abierta</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>

<p>14 Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.</p> <p>17 Administrar aire u oxígeno humidificado, si procede.</p> <p>19 Regula la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.</p> <p>20 Colocar al paciente en una posición que alivia la disnea.</p> <p>21 Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.</p> <p>En colaboración</p> <p>13 Administrar broncodilatadores, si procede.</p> <p>14 Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado. (NIC 2009)</p> <p>Monitorización respiratoria 2K-3350</p> <p>Independiente</p> <p>01 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>02 Anotar el movimiento torácico, mirando la oximetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>03 Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareo o ronquidos.</p> <p>04 Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apneustica, Biot y esquemas atáxicos.</p>	<p>La permeabilidad de la vía aérea favorece una inspiración máxima. Con el uso de oxígeno corrige/previene el agravamiento de la hipoxemia, mejora la supervivencia y la calidad de vida. Ayudando a reducir el trabajo de respiración; favorece el alivio de la insuficiencia respiratoria y la cianosis asociada a la hipoxemia. La administración de broncodilatadores ayuda a reducir el broncoespasmo y movilización de las secreciones. (Moorhouse, Doenges, Murr 2008)</p> <p>La frecuencia y el esfuerzo pueden incrementarse con el dolor, temor, fiebre, disminución del volumen en circulación. Acumulación de secreciones, hipoxia o dilatación gástrica.</p> <p>El diagnóstico y tratamiento precoz de las anomalías de la ventilación pueden prevenir complicaciones.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

08 Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).

10 Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.

11 Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.

16 Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.

19 Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.

22 Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.

26 Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. **(NIC 2009)**

Los ruidos respiratorios suelen disminuir en las bases pulmonares durante cierto tiempo posterior a la cirugía debido a atelectasias fisiológicas.

La pérdida activa de ruidos respiratorios en una zona previamente ventilada puede reflejar colapso del segmento pulmonar, especialmente si se han retirado recientemente sondas pleurales. Las crepitaciones o estertores pueden ser indicativos de una obstrucción parcial de las vías aéreas (estancamiento de las secreciones).

(Moorhouse, Doenges, Murr 2008)



NECESIDAD DE OXIGENACION	
Fuente de Dificultad: Fuerza	Duración: Transitoria grado de dependencia: 5
Prioridad: Alta	Rol de Enfermería: Suplencia
<p>Diagnostico: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con alteración de la ventilación perfusión, incremento del trabajo respiratorio, cambios en la membrana alveolo-capilar manifestado por disnea, cianosis e hipoventilacion basal, desaturacion de oxigeno al medio ambiente de 80%.</p>	
<p>Objetivo: Cristian durante su estancia hospitalaria demostrara mejoría en la ventilación y una oxigenación adecuada, posterior a su intervención quirúrgica, manteniendo un buen intercambio gaseoso sin ruidos adventicios y patrones respiratorios normales</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Manejo acido-base. 2G-1910 Independientes</p> <p>01Mantener un acceso i.v. permeable. 02Mantener las vías aéreas despejadas. 05Observar si hay perdida de acido (vómitos, diarrea y diuresis). 08Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria. 09Controlar el patrón respiratorio. 16Disminuir el consumo de oxigeno, según corresponda. 17Controlar el estado neurológico.</p>	<p>La hipoventilacion alveolar y la hipoxemia asociada causan insuficiencia respiratoria. El auscultar refleja la eficacia del tratamiento y dictando las necesidades terapéuticas. Las arritmias que se pueden producir se deben a la hipoxia y a desequilibrios electrolíticos. Estas medidas mejoran la ventilación pulmonar y reducen/previene la obstrucción de las vías respiratorias asociadas con la acumulación de moco. (Moorhouse, Doenges, Murr 2008)</p>

<p>En colaboración</p> <p>03Controlar niveles de ABG y electrolitos.</p> <p>11Suministrar oxigenoterapia, si fuera necesario.</p> <p>14Obtener muestras según orden medica para el análisis de laboratorio del equilibrio acido-base, según corresponda.</p> <p>18Administrar medicinas alcalinas prescritas (bicarbonato sódico), según corresponda, en función de los resultados de ABG.</p> <p>(NIC 2009)</p> <p>Oxigenoterapia 2K-3320</p> <p>Independientes</p> <p>01Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.</p> <p>03Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>04Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</p> <p>06Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</p> <p>08Instruir acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.</p> <p>10Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, si procede.</p> <p>12Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración mientras come.</p>	<p>Los objetivos son tratar o prevenir hipoxemia, trata la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. Cuidando el aporte de oxígeno adecuado según su necesidad y así no producir una respiración baja, ayudando a reducir el consumo y la demanda de oxígeno favoreciendo un llenado máximo del pulmón.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14 Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

24 Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.

En colaboración

05 Administrar oxígeno suplementario según ordenes.

24 Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencias.

25 Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, si procede.

(NIC 2009)



NECESIDAD DE OXIGENACION	
Fuente de Dificultad: Fuerza	Duración: Transitoria grado de dependencia: 3
Prioridad: Media	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnostico: Riesgo de perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva relacionado con deterioro del transporte e intercambio de oxigeno por cortocircuitos sistémicos pulmonares.	
Objetivo: Cristian posterior a su intervención quirúrgica, y al egresar a su domicilio presentara una perfusión tisular adecuada y sin complicaciones a largo plazo.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Cuidados cardiacos 2N-4040</p> <p>Independientes</p> <p>02 Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica.</p> <p>03 Registrar disrritmias cardiacas.</p> <p>04 Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco.</p> <p>05 Observar signos vitales con frecuencia.</p> <p>06 Monitorizar el estado cardiovascular.</p> <p>08 Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardiaca.</p> <p>10 Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario).</p> <p>13 Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea.</p>	<p>Una disminución del gasto cardiaco causa pulsos débiles, filiformes. Las irregularidades indican arritmias, que pueden requerir posteriores evaluaciones /monitorización. Las enzimas monitorean el estado cardiaco, un desequilibrio electrolítico afectan negativamente el ritmo o contractilidad cardiacos.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

18Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de actividades.

20Observar la tolerancia del paciente a la actividad.

21Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

En colaboración

11Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos).

(NIC 2009)

Precauciones cardiacas 2N-4050

Independiente

02Evitar sobrecalentamiento o enfriamiento al paciente.

12Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuentes.

14Determinar la disponibilidad del paciente a aprender a modificar su estilo de vida.

17Instruir al paciente sobre el ejercicio progresivo.

18Instruir al paciente/familia sobre los síntomas de compromiso cardiaco que indiquen la necesidad de reposo.

(NIC 2009)



Estas actividades incrementan en gran medida el trabajo cardiaco y el consumo de oxigeno miocárdico y pueden afectar negativamente a la contractilidad/gasto miocárdico. El incremento gradual de la actividad aumenta la resistencia y previene el sobre esfuerzo, puede potenciar la circulación colateral y favorece la vuelta al estilo de vida normal.

(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).

NECESIDAD DE OXIGENACION	
Fuente de Dificultad: Fuerza	Duración: Transitoria grado de dependencia: 3
Prioridad: Media	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnostico: Riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con aumento del flujo sanguíneo pulmonar, disminución de la contractilidad, disminución de la precarga y/o aumento de la poscarga.	
Objetivo: Cristian a largo plazo demostrara un gasto cardiaco adecuado evidenciado por cifras hemodinámicas dentro de parámetros y capacidad para tolerar actividad sin síntomas de disnea u otro efecto secundario a consecuencia de su operación quirúrgica y medicación empleada.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Cuidados cardiacos: rehabilitación 2N-4046</p> <p>Independiente</p> <p>01Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad.</p> <p>05Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardiacos, si procede.</p> <p>09Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria, si procede.</p> <p>11Instruir al paciente y a la familia acerca del seguimiento de los cuidados.</p> <p>13Instruir al paciente y a la familia acerca del acceso a los servicios de urgencia disponibles en la comunidad pertinente, cuando proceda. (NIC 2009)</p>	<p>Ofrece la oportunidad de retener información y para retomar el control / participar en el programa de rehabilitación. Previene el cansancio excesivo o agotamiento.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

<p>Regulación hemodinámica 2N-4150</p> <p>Independiente</p> <p>02Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.</p> <p>03Auscultar los sonidos cardiacos.</p> <p>04Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiaco y los pulsos.</p> <p>05Vigilar los niveles de electrolitos.</p> <p>06Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, si procede.</p> <p>07Monitorizar gasto cardiaco o índice cardiaco e índice de trabajo ventricular izquierdo, si procede.</p> <p>13Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardiacos S3 y S4.</p> <p>15Mantener el equilibrio de líquidos administrados o líquidos I.V. o diuréticos, según el caso.</p> <p>21Observar la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos.</p> <p>Colaboración</p> <p>08Administrara medicamentos inotrópicos/de contractilidad positiva.</p> <p>16Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>La circulación periférica se reduce cuando cae el gasto cardiaco, causando un aspecto pálido o grisáceo a la piel (dependiendo del grado e hipoxia) y reduciendo la fuerza de los pulsos periféricos. Las modificaciones del ECG que reflejan isquemia/arritmias indican la necesidad de evaluaciones e intervenciones terapéuticas adicionales.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Voluntad	Duración: Transitoria grado de dependencia: 5
Prioridad: alta	Rol de Enfermería: Suplencia
Diagnostico: Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo esquelético, disminución de la masa muscular, rigidez articular, intolerancia a la actividad, desnutrición manifestado por hipo e hipertonia, espasticidad, contracturas y atrapamiento pulgar bilateral.	
Objetivo: Cristian durante su estancia hospitalaria por medio de ejercicios de rehabilitación, actividad física y movilidad pasiva, aumentara su movilidad e independencia y desarrollo psicomotor adecuado para su edad.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Terapia de ejercicios: movilidad articular.</p> <p>1A- 0224</p> <p>En colaboración</p> <p>01Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.</p> <p>02Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.</p> <p>04Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.</p> <p>09Ayudar al paciente a colocarse en una posición optima para el movimiento articular pasivo/activo.</p> <p>10Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.</p> <p>12Enseñar al paciente /familia a realizar de forma sistémica los ejercicios de arco de movimiento pasivo o activos.</p>	<p>Identifica posibles deterioros funcionales e influye en la elección de las intervenciones. Manteniendo la movilidad y la función de las articulaciones /alineamiento funcional de las extremidades. Elaborando un programa individualizado para satisfacer las necesidades particulares/ tratando las deficiencias en equilibrio, coordinación y fuerza.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

13 Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios. **(NIC 2009)**

Enseñanza: estimulación del bebe (0-4 meses) 5Z-5655

En colaboración

01 Describir el desarrollo normal del niño pequeño.

03 Proteger al bebe de la sobre estimulación.

04 Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebe.

05 Enseñar a los padres /cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.

06 Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.

08 Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al bebe mientras se le cuida.

16 Enseñar a los padres a dar un masaje al bebe con una loción, con caricias suaves pero firmes.

23 Enseñar a los padres a favorecer el seguimiento visual de objetos.

24 Enseñar a los padres a cambiar de posición al bebe a cada hora a menos que este durmiendo, colocándolo en una silla para niños, hamaca, cochecito, según proceda.

(NIC 2009)

Cuando hay privación sensorial o de manipulación de estímulos específicos tienen como resultado el déficit funcional y orgánico como es daños en la corteza cerebral, alteraciones en la conducta y problemas de aprendizaje. La falta de estimulación puede tener efectos permanentes e irreversibles, pues altera su organización y las posibilidades de configurar las estructuras funcionales.

(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).



NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Conocimiento	Duración: Permanente grado de dependencia: 4
Prioridad: Media	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnostico: Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por disnea y cianosis al esfuerzo.	
Objetivos: Cristian progresara paulatinamente en actividades que requieran esfuerzo físico o incrementen sus aportes sin repercusión hemodinámica y demostrara aumento a la tolerancia física, posterior a su corrección quirúrgica y mediante el apoyo de oxígeno destetándolo hasta llegar hacerlo sin oxígeno.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Manejo de la energía 1A-0180</p> <p>En colaboración</p> <p>01Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que produzcan fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.</p> <p>04Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.</p> <p>05Corregir los déficits del estado fisiológico como elementos prioritarios.</p> <p>06Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga utilizando combinaciones de categorías farmacológicas y no farmacológicas, si procede.</p>	<p>Darle a conocer sus limitaciones lo que puede realizar y lo que no de acuerdo a su salud, ayudando a contrarrestar la fatiga. Asegurar los recursos energéticos que ayudaran a la ingesta de nutrientes. Los parámetros señalados ayudan a valorar las respuestas fisiológicas y si son indicativos de sobreesfuerzo.</p> <p>Las técnicas de conservación de la energía reducen el gasto energético, ayudando así a equilibrar el aporte y la demanda de oxígeno.</p>

<p>07Determinar qué actividad y en qué medida es necesario para aumentar la resistencia.</p> <p>08Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</p> <p>11Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga físico y emocional.</p> <p>12Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disrritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).</p> <p>18Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía/requisitos para restricción de actividad o reposo en cama.</p> <p>31Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxigeno a las funciones corporales vitales.</p> <p>48Instruir al paciente y/o a los seres queridos a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.</p> <p>(NIC 2009)</p> <p>Terapia de actividad. 30-4310</p> <p>En colaboración</p> <p>01Colaborar con terapeutas ocupacionales, físicos y /o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades, si procede.</p>	<p>La insuficiencia /incapacidad miocárdica para aumentar el volumen latido durante la actividad puede causar un aumento inmediato de a frecuencia cardiaca y de la demanda de oxigeno, agravando así la debilidad y el cansancio.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>04 Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>16 Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento.</p> <p>18 Ayudar en las actividades físicas regulares, si es necesario.</p> <p>21 Disponer una actividad motora que alivie la tensión muscular.</p> <p>27 Ayudar al paciente /familia a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008)</p> <p>Un incremento gradual de la actividad previene una elevación súbita del trabajo cardiaco, solo en caso necesario fomenta la autonomía en la realización de las actividades.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Conocimiento	Duración: Transitoria grado de dependencia: 5
Prioridad: Alta	Rol de Enfermería: Suplencia
<p>Diagnostico: Desequilibrio de la nutrición por defecto relacionado con aumento de la tasa metabólica por la carga de trabajo del corazón manifestado por peso de 2,840 kg, IMC 10.7 kg/m²., succión débil, ingesta de alimento inferior a las cantidades recomendadas solo ingiere de 40-50ml, disnea de esfuerzo, disminución de la masa muscular, palidez tegumentos (+).</p>	
<p>Objetivo: Cristian al aumentar la tolerancia a la actividad por medio de la conservación de energía que le demanda la ingesta alimentaria y mediante estimulación efectiva succionara de forma adecuada para así poder tolerar la alimentación ganando peso progresivamente y aumentar su ingesta de acuerdo a sus necesidades.</p>	
<p>INTERVENCIONES</p> <p>Ayuda para ganar peso 1D-1240</p> <p>Independiente</p> <p>01 Ayuda en la realización del diagnostico para determinar la causa de la falta de peso.</p> <p>11 Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos.</p> <p>12 Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultural y religión.</p> <p>En colaboración</p>	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>Controlar el peso permitirá monitorizar cambios en el estado nutricional de la persona. Una pérdida de peso reciente y significativa y una ingesta nutricional son claves sobre el catabolismo, las reservas musculares de glucógeno y la sensibilidad del impulso respiratorio. (Moorhouse, Donenges, Murr 2008).</p> <p>Propiciar que la persona continúe</p>

<p>07Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.</p> <p>08Controlar periódicamente los niveles de albumina, linfocitos y electrolitos en suero. (NIC 2009)</p> <p>Manejo de la nutrición 1D-1100</p> <p>Independiente</p> <p>16Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.</p> <p>17Pesar al paciente a intervalos adecuados.</p> <p>19Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p> <p>21Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>En colaboración</p> <p>03Determinar -en colaboración con el dietista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de la alimentación.</p> <p>04Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. (NIC 2009)</p> <p>Monitorización nutricional 1D-1160</p> <p>02Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.</p>	<p>con apoyo nutricional permitirá contribuir eficazmente en el mantenimiento de su salud. Es de utilidad para determinar las necesidades calóricas, establecer un peso como meta y evaluar la eficacia del plan nutricional. La forma de alimentación y los requerimientos energéticos se basan en situaciones/necesidades individuales con el fin de aportar la cantidad máxima de nutrientes con el mínimo esfuerzo del paciente/gasto energético. (Moorhouse, Doenges, Murr 2008)</p> <p>Ayudar a identificar necesidades específicas/puntos fuertes.</p> <p>Tener en cuenta las preferencias individuales puede mejorar la ingesta dietética.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>08 Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.</p> <p>09 Controlar la turgencia de la piel.</p> <p>10 Observar si el pelo está seco, es fino y resulta difícil de arrancar.</p> <p>19 Observar si hay palidez enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.</p> <p>25 Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento.</p> <p>29 Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda.</p> <p>En colaboración</p> <p>13 Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel: pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.</p> <p>17 Comprobar el crecimiento y desarrollo.</p> <p>18 Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>Proporcionar asistencia en la planificación de una dieta con los suficientes nutrientes para cubrir las necesidades metabólicas del paciente, sus preferencias alimentarias y sus recursos económicos después del alta.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Voluntad	Duración: Transitoria grado de dependencia: 5
Prioridad: alta	Rol de Enfermería: Suplencia
Diagnostico: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con interrupción de la continuidad de la piel manifestado por heridas quirúrgicas de proceso invasivos en proceso de cicatrización, retardo en la cicatrización	
Objetivo: Cristian presentara regeneración de tejidos y recuperara la integridad cutánea sin datos de infección o que provoquen más daño a nivel cutáneo, durante su estancia hospitalaria y al egreso a su domicilio.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Cuidados del sitio de incisión. 2L-3440 Independientes</p> <p>02Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <p>03Tomar nota de las características de cualquier drenaje.</p> <p>04Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</p> <p>06Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.</p> <p>07Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</p> <p>17Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</p> <p>En colaboración</p> <p>13Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.</p>	<p>Valorara por completo el estado de incisión permite observar signos o síntomas de una infección precozmente Kozier (2008)</p> <p>Inspeccionar el estado de la piel y la cicatrización permitirá controlar la ausencia de complicaciones como una infección, dehiscencia y evisceración.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

19 Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

(NIC 2009)

Cuidados de las heridas. 2L-3660

Independiente

01 Despegar los apósitos y el esparadrapo.

03 Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

06 Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.

08 Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.

16 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

26 Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidados de la herida.

27 Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

(NIC 2009)

La curación de heridas es importante ya que impide la proliferación de microorganismos protegiéndolos de los mismos y ofrece información sobre la eficacia del tratamiento e identifica otras necesidades. Mantener la zona limpia favorece la cicatrización y el bienestar.

(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).



Equipo de Curación con Gasa y Apósitos

NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS POR TODAS LAS VIAS	
Fuente de Dificultad:	Fuerza, Duración: Transitoria
Conocimiento	grado de dependencia: 3
Prioridad: alta	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con sobrecarga de líquidos, uso de diuréticos (Furosemide y Espironolactona), IU de 3 ml/hr/k, terapia sustitutiva de diálisis peritoneal por 4 días.	
Objetivo: Cristian demostrara tener una función renal adecuada presentando micciones frecuentes de cantidad y características normales, que no repercutan a nivel hemodinamico.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Manejo de líquidos 2N-4120</p> <p>Independiente</p> <p>01 Pesar a diario y controlar evolución.</p> <p>02 Contar o pesar pañales, si procede.</p> <p>03 Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</p> <p>08 Monitorizar signos vitales, si procede.</p> <p>11 Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.</p> <p>En colaboración</p> <p>05 Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.</p>	<p>Refleja el volumen circulante, la evolución o resolución de los desplazamientos de líquidos y la respuesta al tratamiento. Un volumen en circulación bajo puede afectar directamente la función renal y causar un síndrome hepatorenal.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

06Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina).

07Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo niveles de OVC, PAM, PAP Y PCPE, según disponibilidad.

09Observar si hay indicios de sobre carga/retención de líquidos (crepitaciones, PVC o presión de cuña capilar pulmonar elevada, edema, distensión de venas el cuello y ascitis), si procede.

12Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.

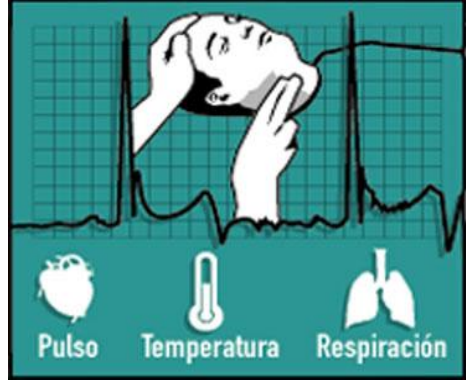
13Administrar terapia I.V. según prescripción.

16Administrar los diuréticos prescritos, si procede.

21Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

26Consultar con el médico, si los signos y síntomas de volumen de líquidos persisten o empeoran.

(NIC 2009)



<p>Monitorización de líquidos 2N-4130</p> <p>Independientes</p> <p>01Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</p> <p>03Vigilar el peso.</p> <p>04Vigilar ingresos y egresos</p> <p>En colaboración</p> <p>02Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipertermia, terapia diurético, patología renal, insuficiencia cardiaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado posoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).</p> <p>05Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina, si procede.</p> <p>20Mantener el flujo intravenoso prescrito.</p> <p>21Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando este prescrito.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>Gracias al balance hídrico, se puede controlar las ganancias y pérdidas de los líquidos corporales, para determinar la acción más adecuada en el desequilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL	
Fuente de Dificultad: Fuerza , Conocimiento	Duración: Transitoria grado de dependencia: 3
Prioridad: alta	Rol de Enfermería: Ayuda
Diagnostico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con aumento de la tasa metabólica, desnutrición, disminución de la masa corporal, bajo peso para la edad	
Objetivo: Cristian al ambientarlo de la termocuna mantendrá su temperatura corporal dentro de límites normales y se protegerá de la exposición por medio de ropas adecuadas a las fluctuaciones de la temperatura del medio ambiente durante su estancia hospitalaria.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Regulación de la temperatura 2M-3900</p> <p>Independiente</p> <p>02Vigilar la temperatura hasta que se estabilice.</p> <p>05Observar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>06Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p> <p>07Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</p> <p>09Mantener la temperatura corporal del recién nacido.</p> <p>13Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío, si procede.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>La manipulación del aire ambiental que rodea al paciente puede prevenir la pérdida de calor. Se producen pérdidas de calor al exponer la piel y mucosas a temperaturas ambientales frescas.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Conocimiento	Duración: Permanente grado de dependencia: 3
Prioridad: Alta	Rol de Enfermería: Acompañamiento
<p>Diagnostico: Riesgo de Infección relacionado con estancias hospitalarias prolongada, pérdida de la integridad de la piel por heridas quirúrgicas y de procedimientos invasivos, aun presencia de suturas y retraso en la cicatrización, desnutrición, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos</p>	
<p>Objetivo: Cristian permanecerá durante su estancia hospitalaria y al egreso sin datos de infección y sus cuidadores principales demostraran ser capaces de evitar exposiciones inadecuadas que puedan poner en riesgo la salud del lactante y las medidas higiénicas apropiadas para evitar infecciones por medias medidas higiénico-dietéticas.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Protección contra las infecciones. 4V-6550</p> <p>En colaboración</p> <p>01 Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>02 Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p> <p>03 Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.</p> <p>05 Limitar el número de visitas, si procede.</p> <p>07 Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</p>	<p>Darse cuenta de los factores de riesgos individuales ofrece la oportunidad de limitar los efectos y ayudar a prevenir cualquier tipo de infección nosocomial.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>

<p>09Proporcionar los cuidados adecuados al a piel en las zonas edematosas.</p> <p>10Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</p> <p>(NIC 2009)</p> <p>Control de infecciones. 4V-6540</p> <p>En colaboración</p> <p>02Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</p> <p>03Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</p> <p>04Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</p> <p>07Limitar el número de visitas.</p> <p>08Enseñar al personal de cuidados al lavado de manos apropiado.</p> <p>10Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de habitación del paciente.</p> <p>11Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.</p> <p>12Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.</p> <p>13Poner en práctica precauciones universales.</p> <p>22Cambiar sitios de línea I.V. periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales de las CDC.</p>	<p>El uso de guantes y manipulación correcta reduce las posibilidades de extensión de una infección. El paciente ya se encuentra enfermo y tiene mayor riesgo de exposición a las infecciones. Ya que son conductas necesarias para evitar la transmisión de la infección.</p> <p>Ref: (Moorhouse, Doenges, Murr 2008).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>23Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.v.</p> <p>24Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</p> <p>28Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</p> <p>29Fomentar una ingesta de líquidos.</p> <p>30Fomentar el reposo.</p> <p>31Administrar una terapia de antibióticos, si procede.</p> <p>34Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando deba informarse de ellos al cuidador.</p> <p>35Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</p> <p>(NIC. 2009)</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NECESIDAD DE RECREARSE	
Fuente de Dificultad: Fuerza	Duración: Transitoria grado de dependencia: 3
Prioridad: Media	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnostico: Riesgo de Disminución de actividades recreativas relacionado con restricción de actividades e intolerancia a la actividad	
Objetivo: Cristian incrementara a la brevedad su tolerancia a la actividad permitiéndole un desarrollo adecuado que no interfiera con su estado de salud.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Terapia de entretenimiento 3R-5360</p> <p>En colaboración</p> <p>01 Ayudar al niño/familia a identificar déficits en movilidad.</p> <p>02 Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.</p> <p>03 Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.</p> <p>04 Incluir al paciente en planificación de actividades recreativas.</p> <p>05 Ayudar al niño a elegir actividades recreativas que estén de acuerdo con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>06 Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.</p>	<p>Anima a participar y ayuda a estimular mental y físicamente al paciente para mejorar el estado general y la sensación de bienestar. Ofrecer diferentes actividades ayuda al paciente a probar nuevas ideas y a desarrollar nuevos intereses. Las actividades deben tener una importancia personal para que el enfermo pueda disfrutarlas al máximo. Estimula la energía y ofrece nuevos intereses al paciente, para ofrecer estímulos positivos al paciente.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

<p>07 Ayudar al niño a identificar actividades recreativas significativas.</p> <p>08 Describir los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.</p> <p>09 Proporcionar material recreativo seguro.</p> <p>10 Observar precauciones de seguridad.</p> <p>11 Supervisar sesiones recreativas, si es apropiado.</p> <p>12 Proporcionar nuevas actividades recreativas que son apropiadas a la edad y habilidad.</p> <p>15 Proporcionar refuerzo positivo por la participación en las actividades</p> <p>16 Hacer un seguimiento de la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.</p> <p>(NIC 2009)</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NECESIDAD DE REALIZACION	
Fuente de Dificultad: Fuerza, Conocimiento	Duración: Transitoria grado de dependencia: 3
Prioridad: Alta	Rol de Enfermería: Acompañamiento
Diagnostico: Riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo relacionado disminución de las ingresos energéticos al aumento de la tasa metabólica por requerir más ingresos energéticos con la repercusión hemodinámica teniendo un flujo pulmonar aumentado,	
Objetivo: Cristian mostrara un crecimiento proporcional a su desarrollo apropiado de acuerdo a su edad con estimulación y alimentación adecuada y factores que influyan en ese retraso.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Fomentar el desarrollo: niño. 5Z-8274</p> <p>En colaboración</p> <p>02 Establecer una interacción individual con el niño.</p> <p>04 Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.</p> <p>05 Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.</p> <p>06 Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.</p> <p>07 Mostrar a los cuidadores las actividades que promuevan el desarrollo.</p>	<p>Ofrecer diferentes actividades ayuda a probar nuevas ideas y desarrollar nuevos interés, promoviendo un desarrollo completo y equilibrado de acuerdo a su edad.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p> <p>La alimentación provee las calorías necesarias para cubrir sus necesidades de energía y desarrollo. Los alimento para bebe carecen de contenido nutricional adecuado y puede ser necesario ayuda para elaborar una dieta equilibrada que cubra sus necesidades.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

<p>09Remitir a los cuidadores a grupos de apoyo, si procede.</p> <p>16Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando este angustiado.</p> <p>21Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.</p> <p>(NIC 2009)</p> <p>Terapia nutricional 1D-1120</p> <p>En colaboración</p> <p>01Completar una valoración nutricional, si procede.</p> <p>02Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.</p> <p>04Determinar el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</p> <p>06Elegir suplementos nutricionales, si procede.</p> <p>26Controlar los valores de laboratorio, si procede.</p> <p>27Enseñar al paciente y a la familia la dieta prescrita. Ref: (NIC 2009)</p>	<p>Puede ser necesario ajustar la ingesta nutricional para cubrir las necesidades asociadas al gasto energético, el metabolismo basal disminuye con la edad, lo que requiere un ajuste de calorías equilibrado con la actividad. (Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Asesoramiento nutricional. 1D-5246

En colaboración

09 Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.

11 Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

13 Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.

14 Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso, si procede.

(NIC 2009)

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR	
Fuente de Dificultad: Ninguna	Duración: Independencia grado de dependencia: 1
Prioridad: Baja	Rol de Enfermería: Ayuda
<p>Diagnostico: Disposición para mejorar el sueño manifestado por potencializar sus periodos de descanso y que sea congruente con sus necesidades de desarrollo y no presenta dificultad para conciliar el sueño.</p>	
<p>Objetivo: Cristian se dormirá sin dificultades posterior a su egreso y sin alterar su dinámica de descanso.</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Mejorar el sueño 1F-1850 Independiente 01Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. 02Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. 09Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. 15Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede. 18Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. 19Disponer con siestecillas durante el día, si se indica para cumplir con las necesidades de sueño. (NIC 2009)</p>	<p>La actividad física y mental provoca cansancio, que puede aumentar la sobre estimulación y fomentan el sueño. Reforzando hábitos de sueño y mantiene la estabilidad del entorno. Reduciendo la estimulación sensorial bloqueando otros ruidos del entorno que podrían interferir con un sueño reparador. (Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

NECESIDAD DE COMUNICARSE	
Fuente de Dificultad: Ninguna	Duración: Independencia grado de dependencia: 1
Prioridad: Baja	Rol de Enfermería: Ayuda
Diagnostico: Disposición para mejorar la comunicación manifestado por estimular su desarrollo y se pueda comunicar de acuerdo a su edad y necesidades sin ninguna dificultad.	
Objetivo: Cristian no presenta ninguna dificultad para interactuar y de acuerdo a su etapa de desarrollo no ha presentado problema alguno que impida un desarrollo favorable.	
INTERVENCION	FUNDAMENTACION
<p>Escucha activa. 3Q-4920 Independiente</p> <p>01 Establecer el propósito de la interacción.</p> <p>05 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.</p> <p>06 Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.</p> <p>Mejorar la comunicación: déficit del habla 3Q-4976</p> <p>02 Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia, si es preciso.</p> <p>06 Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.</p> <p>11 Utilizar gesto con las manos, si procede.</p> <p>16 Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>La reacción de los cuidadores ayuda al paciente a ser conciente de que no comprenden o responden adecuadamente y proporciona una oportunidad para aclarar su contenido. Es importante que los familiares sigan hablando con el paciente para favorecer el establecimiento de una comunicación eficaz y mantener la sensación de conexión con la familia. (Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p> <p>La elección de las intervenciones dependerá del tipo de alteración Permitiendo comunicar las necesidades / los deseos, basados en la situación individual o el defecto subyacente. (Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

NECESIDAD DE APRENDIZAJE	
Fuente de Dificultad: Ninguna	Duración: Independencia grado de dependencia: 1
Prioridad: Baja	Rol de Enfermería: Ayuda
Diagnostico: Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por expresa interés en la salud y en los cuidados que favorezcan la mejoría de Cristian.	
Objetivo: El cuidador primario antes de que se vaya de alta Cristian demostrara conocimiento acerca de nueva información y explicara como incorporar el nuevo régimen de salud a su estilo de vida cotidiano.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Educación sanitaria. 7C-5510</p> <p>Independiente</p> <p>03Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.</p> <p>05Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.</p> <p>07Identificar las características de la población objetivo que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza.</p> <p>14Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos a corto plazo para conductas de etilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.</p> <p>29Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familias que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros.</p>	<p>El conocimiento completo del proceso patológico y sus implicaciones aumentan la colaboración de la persona con el tratamiento y ayuda al paciente a tomar decisiones adecuadas según la importancia ya comprendida.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

32Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.

(NIC 2009)

**Potenciación de la disposición de aprendizaje
3Q-5540**

Independiente

05Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).

06Disminuir el nivel de fatiga del paciente, si procede.

13Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente (seguridad, control y familiaridad), si procede.

16Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.

17Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.

19Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente.


22Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.

25Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.

27Ayudar al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones, si procede.

(NIC 2009)

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	
Fuente de Dificultad: Ninguna	Duración: Independencia grado de dependencia: 1
Prioridad: Baja	Rol de Enfermería: Ayuda
Diagnostico: Disposición para mejorar el bienestar espiritual por parte del cuidador primario al manifestar que Cristian será bautizado en cuanto pueda así mismo como cuidar del estado de salud y comprometerse con su cuidado.	
Objetivo: El cuidador primario expresara esperanza y aceptación del estado de salud de Cristian así mismo como ser capaz de proporcionarle un cuidado dentro de sus posibilidades.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Aumentar el afrontamiento. 3R-5230</p> <p>Independiente</p> <p>07 Disponer de un ambiente de aceptación.</p> <p>10 Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.</p> <p>21 Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.</p> <p>27 Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.</p> <p>36 Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y larga plazo.</p> <p>39 Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>Son necesarios mecanismos de adaptación para modificar adecuadamente los hábitos de vida propios, para tratar la cronicidad e integrar los tratamientos prescritos a la vida cotidiana. La implicación del paciente le proporciona un sentimiento continuo de control, mejora las capacidades de afrontamiento y puede mejorar la cooperación con el régimen terapéutico. Una evaluación y tratamiento continuos e intensivos por parte de un equipo interdisciplinario favorece los ajustes rápidos al régimen terapéutico.</p>

<p>Aumentar los sistemas de apoyo. 3R-5440</p> <p>Independiente</p> <p>03Determinar el grado de apoyo familiar.</p> <p>04Determinar el grado de apoyo económico de la familia.</p> <p>07Observar la situación familiar actual.</p> <p>14Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.</p> <p>(NIC 2009)</p>	<p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p> <p>Puede aliviar la carga del tratamiento en el hogar y aumentar la adaptación. Un estilo de vida cómodo y familiar en casa mantiene la necesidad de pertenencia. Identifica las capacidades que pueden ayudar al individuo a afrontar la situación actual con más eficacia. Los cuidadores necesitan apoyo constante con los problemas multifactoriales que surgen durante el curso de la enfermedad para aliviar el proceso de adaptación.</p> <p>(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p> 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
Fuente de Dificultad: Ninguna	Duración: Transitoria Grado de dependencia: 1
Prioridad: alta	Rol de Enfermería: Suplencia
Diagnostico: Conductas generadoras de salud en relación a la necesidad de vestirse y desvestirse manifestado por brindarle ropa adecuada a sus necesidades físicas y climatológicas.	
Objetivos: El cuidador primario proveerá de vestimenta y arreglo personal de la mejor manera posible y que cumpla con sus necesidades físicas, climatológicas e higiénicas.	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. 1F-1802 Independiente</p> <p>01 Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.</p> <p>02 Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.</p> <p>03 Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.</p> <p>06 Estar disponible para ayudar en el vestir. (NIC 2009)</p> <p>Vestir 1F-1630 Independiente</p> <p>03 Vestir al paciente después de completar la higiene personal.</p>	<p>Proporciona información para elaborar un plan de cuidados para la rehabilitación, las causas subyacentes afectan la selección de las intervenciones y estrategias, el problema se minimiza modificando el entorno o adaptando la ropa y requerir intervención de sus cuidadores. Ayuda a planificar para satisfacer las necesidades individuales. (Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).</p>

05Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede.

07Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.

08Vestir al paciente con ropas personales, si es posible.

12Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por si mismo.

(NIC 2009)

A medida que la enfermedad avanza se pueden olvidar las necesidades higiénicas básicas. Una buena higiene fomenta la limpieza y reduce el riesgo. La disminución de las habilidades motoras/espasticidad puede interferir con la capacidad para realizar incluso actividades sencillas.

(Moorhouse, Doenges, Murr, 2008).



EVALUACION

Oxigenación: Cristian mejoro su intercambio de oxigeno posterior a su intervención quirúrgica, dándose de alta sin complicaciones solo con apoyo de oxigeno al fatigarse, comunicándose por parte de su cuidadora principal ya no necesitarlo y no presentar dificultad respiratoria. Cristian se fue a su casa sin problemas respiratorios, solo siguió con tratamiento de nebulizaciones para facilitar la salida de secreciones, mejorando notablemente su patrón respiratorio y sin dificultad respiratoria, dándose de alta aun con apoyo de broncodilatadores mejorando notable y sin apoyo de oxigenoterapia. Se dio de alta con apoyo de digitalicos para favorecer su respuesta hemodinámica

Movimiento y postura: Cristian mediante la intervención de terapia ocupacional e instrucciones al cuidado primario, sobre la estimulación temprana sensorio oral, estimulación visual y auditiva con sonajas, técnicas de neurofacilitacion y movilización articular en las 4 extremidades, favorecieron la succión y ejercicios musculo esqueléticos, presento mejoría a la movilidad de acuerdo a su etapa de desarrollo sin secuela alguna, a nivel orgánico y mejorando la interacción social y logrando su independencia de acuerdo a su edad, tolerando sin repercusión sistémica.

Nutrición e Hidratación: Cristian a su ingreso pesaba 2.9kg., en la terapia pediátrica solo se le instala por 2 días nutrición parenteral, posterior se alimentaba por sonda orogastrica, al succionar adecuadamente se daba alimento con biberón, el día de su alta se peso y se encontró con un peso de 3.2 Kg., ya se alimentaba con formula en biberón y tolerando 3 oz., quedándose con hambre, sin ninguna repercusión hemodinámica, que es lo que lo fatigaba y consumía mas oxigeno siendo el problema prioritario y lo que le impedía alimentarse adecuadamente, en cuanto a su patología posterior a su intervención quirúrgica y destetándolo del oxigeno, así mismo aumentando su aporte en cuanto a la alimentación y progresando al manejo energético. El día 17/08/12 en una de sus consultas de control se encontró con 5.5 Kg. Con un aumento de peso favorable.

Higiene y protección de la piel: Cristian cicatrizo adecuadamente las heridas por la cirugía y los múltiples procedimientos invasivos realizados, no presento datos de infección, el último día antes de irse de alta le retiraron los últimos puntos de los drenajes que llegó a tener, sin ninguna complicación.

Eliminar los desechos por todas las vías: Cristian no presento daño renal posterior a la IRA y al tratamiento de diálisis por 4 días, recupero su función renal, eliminaba espontáneamente los desechos adecuadamente aunque se fue con tratamiento de diuréticos (Espironolactona y Furosemide), por su patología de fondo sin ninguna repercusión.

Mantener la Temperatura corporal: Cristian se encontraba en termocuna y se comenzó a ambientar 15 días antes de irse y con ropa adecuada para su edad mantenía una temperatura acorde a su etapa.

Evitar peligros: se ingreso con datos de Sepsis pudiéndose controlar con profilaxis antibiótica, posterior a su cirugía fue necesario manejar ventilación mecánica se extuba a los 4 días de forma programada sospechando de foco neumónico manejándose con cefalosporina de 3ra generación, posterior ya sin datos de infección dándose de alta sin datos de infección.

Recrearse: Cristian se dio de alta con mejoría importante por parte de tolerancia a actividades de acuerdo a su etapa de desarrollo y para realizar actividades propias de su edad que aunque casi no involucra mucha fuerza no le repercutía hemodinámicamente.

Realización: Aunque por la edad de Cristian no era muy factible valorar su desarrollo por completo sus reflejos de acuerdo a su edad estaban presentes e interactuaba con el medio, aunque se dio orientación al cuidador primario sobre estimulación temprana para favorecer a un mejor desarrollo, en cuanto a crecimiento Cristian presentaba datos importantes de crecimiento como aumento de peso 5.5 Kg., de talla 60cm y perímetro cefálico de 40.5cm.

Dormir y descansar: Cristian no presentaba dificultad para conciliar el sueño presentaba un patrón de sueño adecuado a sus necesidades.

Comunicarse: Cristian presentaba interacción social con sus cuidadores balbuceaba y lloraba espontáneamente, y presentaba sonrisa social con su mamá al interactuar con él, aparentemente sin ninguna complicación, de acuerdo a su etapa de desarrollo.

Aprendizaje: Los cuidadores primarios estaban interesados en su salud y su pronta recuperación se le orientaba de acuerdo a sus posibilidades ellos mostraban interés y aplicaban lo que se les recomendaba acuden a sus citas de control aun.

Creencias y Valores: Los familiares se han comprometido con su cuidado de acuerdo a sus posibilidades.

Vestirse y desvestirse: Durante su hospitalización se proveía de toda la ropa apropiada para su cuidado, su cuidadora refería si tener ropa adecuada para Cristian posterior a su alta.


2.5 Plan de alta

El plan de alta busca asegurar unos cuidados acordes con las necesidades y los requerimientos de la persona una vez que egresa, y debe constituirse en una guía básica para la atención de aquellos con patologías crónicas como son las cardiopatías de origen congénito, que por su complejidad demandan múltiples cuidados para asegurar una intervención integral con un logro hacia una mejor adaptación, a identificar posibles complicaciones y a mejorar su calidad de vida.

Asimismo, se advierte de que uno de los primeros síntomas de deterioro en el estado del corazón son los cambios de alimentación, por lo que se debe prestar especial atención al descenso en la cantidad de líquidos ingeridos, el cansancio y los sudores durante las comidas, los vómitos y las diarreas. Otros signos de alarma son la palidez o el cambio de color, variaciones en el nivel de actividad y en la respiración, como el aumento del ritmo respiratorio, las manos y pies fríos, párpados hinchados, síntomas de resfriado o dificultades a la hora de darle las medicinas.

- ❖ Es útil hacer una tabla con el nombre del medicamento, la dosis a administrar y la hora en que se tiene que tomar, para evitar que se olviden dosis.
- ❖ Regule el horario y adaptarlo a la vida diaria.
- ❖ Antes de dejar el hospital, asegurar de la dosis exacta de los medicamentos y si es necesario, practicar para extraer la cantidad correctamente.
- ❖ Es aconsejable dárselas antes de las comidas, a no ser que específicamente se indique otra cosa.
- ❖ Si olvida alguna dosis, NO hay que intentar recuperar la dosis perdida aumentando o duplicando la cantidad, basta con darle la siguiente dosis a su hora habitual.
- ❖ Si su hijo vomita después de darle la medicina, NO repetir la dosis.
- ❖ Si tiene un proceso de diarrea o vómitos, consultar con el médico, sobre todo si está tratado con diuréticos.

CUIDADOS EN CASA	
CUIDADADO DE LAS CICATRICES	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los apósitos que cubren las cicatrices hijo deberán quitarse antes de la vuelta a casa. ❖ No hay inconveniente en que se duche. ❖ No hace falta cubrir la herida con un apósito. Lo más aconsejable es utilizar ropa amplia de algodón, ya que ésta deja circular el aire y apenas roza o presiona la herida. ❖ Si la herida se pone roja, se inflaman los bordes o hay algún tipo de supuración, puede indicar que hay infección y debe contactar con el especialista. ❖ Es muy importante la limpieza, secado e hidratación de la herida.
NUTRICION	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En estos niños las necesidades energéticas están aumentadas tras la intervención, debido al aumento del metabolismo para regenerar los tejidos dañados. Si no gana peso, especialmente en niños lactantes, consultar con el pediatra.
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intentar recuperar la rutina diaria tan pronto como sea posible. Es preferible no hacer actividad las primeras semanas tras el regreso. Intentar mantener “aislado” al niño de otras personas que tengan resfriados o catarros durante 2 a 4 semanas. ”Cuando se canse, que descanse”.
VACUNAS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es aconsejable no vacunarle ni un mes antes, ni un mes después de la intervención. Los niños con cardiopatías congénitas se deberían vacunar de: GRIFE ESTACIONAL (también todas las personas que estén en contacto con los niños cardiópatas). VARICELA, VRS, NEUMOCOCO.

SIGNOS Y SINTOMAS PARA VIGILAR	
<p>Cambios en la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descenso en la cantidad de líquidos ingeridos. - Cansancio y somnolencia durante las comidas. - Sudoración importante durante las comidas. - No comer. - Vómitos y/o diarrea. - Disminución en la cantidad de orina. 	<p>Cambios en la respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea (aumento del número de respiraciones), especialmente dormido. - Aumento del trabajo respiratorio (aleteo nasal, tiraje subcostal, etc.) - Aumento de la sudoración - Tos irritativa - Manos y pies fríos - Síntomas de resfriado
<p>Cambios en el nivel de actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letargo/ adormecimiento. - Irritabilidad, no atribuible a otras causas. 	<p>Cambio en la coloración de piel y/o mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palidez. - Cianosis en uñas, manos, pies, labios. - Piel morada.
<p>Retención de líquidos: especialmente en la mañana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Párpados hinchados. - Cara hinchada. - Genitales hinchados en los niños. - Extremidades inferiores hinchadas en niños mayores, especialmente los tobillos. 	

¡RECORDAR SI TIENE ALGUNA DUDA ACUDIR ASU MEDICO!

3 RESULTADOS

La institución en la cual se eligió el paciente proporciono la facilidad en cuanto al campo para poder detectar el paciente, así mismo tiempo en cuanto al beneficio del paciente la institución que le provee su intervención no presento complicaciones todo fue elaborado en tiempo y forma, motivo por el cual no retardo su recuperación y ayudo a su egreso, posterior a su intervención no presento complicación alguna y se podría decir que el tiempo de recuperación fue apropiado para su patología, la disponibilidad de sus cuidadores primarios siempre estuvo, su única limitante fue la económica y que no son del esta ciudad son foráneos, teniendo una relación empática que favoreció el trabajo mismo, continua con seguimiento en la institución y el familiar se mostro agradecido en el cuidado de su hijo.

Con relación al plan de enfermería que se realizo para su atención las acciones tuvieron una evaluación favorable, al término de cada procedimiento se observo una mejoría la aplicación del PAE facilito las intervenciones y evaluación de los cuidados de una manera dinámica que permitió reestructurar y adecuar los mismos cuando fue necesario y retroalimentar el proceso,

Al terminar este caso clínico se obtuvieron resultados favorables implementando el plan especializado de enfermería, dándose de alta al paciente el día 5 de abril del 2012 don un aproximado de 22 días hospitalizado y una vez proporcionado el conocimiento a los familiares se fueron con mas confianza dando así un proceso de continuo aprendizaje para el familiar y obteniendo un beneficio para su paciente.

Cristian se fue a su casa solo con indicación de medicamentos prescritos para mejorar su actividad cardiaca, con oxigeno aun a su domicilio pero en mínima cantidad posterior a eso no tuvo secuelas o algún deterioro en su salud que alterara su dinámica natural de vida, la continuidad del cuidado ha seguido ya que tiene citas periódicas y está prevista su alta definitiva

Dejando entrever que el manejo multidisciplinario trabajando efectivamente se obtiene resultado favorable para este tipo de pacientes con un alto riesgo de morbimortalidad si no se tiene un manejo especializado.

Por último, cabe mencionar que, al revisar la bibliografía de enfermería pediátrica, hemos encontrado escasos casos en los que se describa la patología, y por si mismo casos en pediatría, por lo que consideramos que sería muy interesante que, ante cualquier situación poco habitual, se hiciera el esfuerzo de divulgar dichos temas para así tener toda la posibilidad de contrastar diferentes informaciones.

Además, creemos que la publicación y/o presentación de casos clínicos debería estar más fomentada, puesto que de esta forma se trabajarían más los diferentes modelos conceptuales y se podrían contrastar en la práctica diaria, valorando entre toda su aplicabilidad y sus limitaciones

4 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Aplicar el modelo de Virginia Henderson valorando un paciente con cardiopatía congénita implica considerar valorar cada una de sus necesidades fisiológicas, que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permite reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independiente e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería.

Aunque el pronóstico y la supervivencia de los niño es favorable, todo está relacionado directamente con los cuidados especializados que se le brinden y en casa se tenga un buen manejo y cuidado al respecto, es importante la participación de los profesionales de la salud considerando el seguimiento como objeto de tener continuidad al o largo de su vida al momento de ser dado de alta, con el fin de verificar los efectos benéficos de las intervenciones tempranas, los resultados pueden contribuir a evaluar las intervenciones y mejorar el cuidado enfermero.

Es importante que el profesional de Enfermería este en la capacidad de poder conocer a profundidad los cuidados que se deben realizar a los pacientes con cardiopatías de origen congénito. Así mismo, es importante la realización de los estudios de caso ya que permiten incrementar los conocimientos y reforzar de una u otra manera los ya existentes, llevar más allá el significado de los que son los cuidados de Enfermería frente a cualquier paciente, especialmente en pacientes pediátricos, por eso se recomienda una buena relación tanto con el paciente como con los cuidadores primarios, ya que mediante su interacción llegaremos a poder atenderlo de una manera integral.

Para concluir, cabe destacar que se lograron los objetivos propuesto al iniciar este estudio de caso, y así mismo, los objetivos propuestos al iniciar los planes de cuidados a su vez podemos decir que la teoría que utilizamos para sustentar nuestra investigación fue de utilidad lo cual permitió obtener resultaos favorables.

Sugerencias

- ✓ Las herramientas creadas para el profesional de Enfermería deben ser aplicadas y tomadas en cuenta ya que las mismas van a dar resultados positivos y es lo que todo profesional espera tener en su trabajo.
- ✓ La enfermera debe conocer las etapas de transición de una paciente con transposición de grandes vasos.
- ✓ Enfermería debe realizar los cuidados detalladamente sin obviar ningún signo de alerta en un paciente con corrección de transposición de grandes vasos.
- ✓ Debe cumplir con el rol de educar al cuidador primario en cuanto al cuidado de las posibles complicaciones y su manejo terapéutico en casa y de medidas higiénico dietéticas al momento de egresar al paciente.

5 BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar M. (2001). Cuidados de enfermería a neonato con asfixia perinatal fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com; 6(21).
2. Alba, Rosales, Ma. A. et al. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1ra. Edición.
3. Alfaro, R. (1992). Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma.
4. Alfaro R., Le Fevre R., (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ta Edición. NASSON BARCELONA.
5. Barrio, I.M. et al. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. An. Sist. Sanit. Navar; 29().
6. Beers, M y Berkow, R. (1999). El Manual Merck de Diagnostico y Tratamiento. 10ma Ed. Edición del Centenario.
7. Cardoso, P., Calabro, D. (2005). Investigación clínica farmacológica en pediatría: consentimiento informado y asentimiento. ¿Qué lugar tiene la voluntad del paciente pediátrico? (Parte 2). Arch. Argent. Pediatr; 103(2)
8. Cassalet G., Patarroyo Ma. C., (2006). Manual de Cuidado Intensivo Cardiovascular Pediátrico. Editorial Distribuna.
9. CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO. (2001). Mexico, D.F. www.ssa.gob.mx
10. Cruz, Ma., Martínez, Gpe., (2006). Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica; 14(2), 56-61.
11. Espinosa, V., Franco, M., (2003). Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. Desarrollo Científico Enfermería; 11(): 24-29.

12. Ferrer, A., García, R., Barreiro Ma. (2003). TEORIA Y MODELO El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. 7(13).
13. Fraile Duvicq, C. G.
14. Gallegos R. (2006). Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los Individuos. Desarrollo Científico de Enfermería; 14(7):268-273.
15. García Ma. De J. (1997). El Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. 1ra Edición. Progreso.
16. Griffith, W., Christensen, J., (1993). *proceso de atención de enfermería*. El Manual Moderno.
17. Henderson, V. (1994). "The Nature of Nursing". Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. McGraw Hill-Interamericana.
18. Henderson, V. The basic principles of Nursing care. Nursing Mirror.
19. www.texasheartinstitute.org
20. Iyer, P. (1997). Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana.
21. Jatene AD, Fontes VF, Paulista PP. (1976). Anatomic correction of transposition of the great vessels. J Thorac Cardiovasc Surg; 72(3):364-70.
22. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., (2008). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. 8va. Edición. Pearson Prentice Hall.
23. Luis Rodrigo, Ma T., Navarro Gómez, Ma V., Fernández, C. (1998). De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. MASSON.
24. Martínez, C., (2009). Mesa Redonda: Problemas éticos y legales en Pediatría. Consentimiento informado en menores. BOL. PEDIATR; 49: 303-306.
25. Martínez y Martínez., R. La salud del niño y del adolescente. 4ta. Edición. Manual Moderno.

26. Martínez., P, Romero., C, Alzina V. (2005). Incidencia de las cardiopatías congénitas en Navarra (1989-1998). *Rev Esp Cardiol*; 58(12):1428-34.
27. McCloskey D, J., Bulechek G.M., (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ta Edición. Madrid España. Elsevier-Mosby.
28. Meleis., Al, Price MJ (1998) Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advance Nursing*; 13: 592-604.
29. Mondragón., A., (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 18(3):82-86.
30. Moorhead., S., Johnson., M., Maas., M., (2009). Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 4ta. Edición. Madrid España. Elsevier-Mosby.
31. Morera, Ma. (2007). Transposición de grandes vasos malformación congénita: Reporte de un caso. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXIV (579) 89-92.*
32. Muracciole, B. (2008). El niño como ejemplo de la investigación en poblaciones vulnerables. *Rev. Hosp. B. Aires*; 50 (226): 45-47
33. NANDA I, (2009-2011). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación.* Madrid España. Editorial Elsevier.
34. Oblitas-Angeles Y, y Cols. (2010). Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. *Revista Enfermería Herediana.* 3(1):43-48.
35. Partera Luque MC. et al., (2003). Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica* 13(5):313-20.
36. Porra Casals, J. M. et al. CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS Y BIOETICOS EN EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. *Rev. Cubana Enfermería* 2001; 17(2): 132-138.

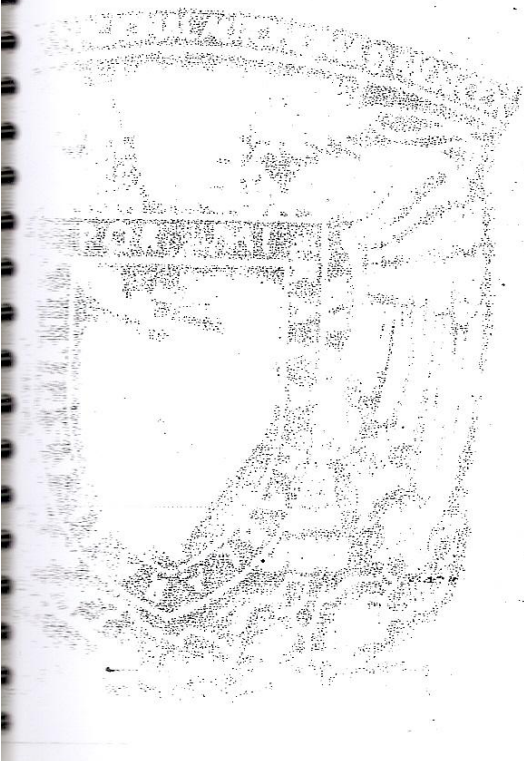
37. Puig-Plana M., (2010). Peligro de los celos en la primera infancia. Valoración enfermera a propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 20(4):260-263.
38. Sánchez León, V., (2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. *Rev. Enfermería IMSS* 9(2):91-96.
39. Sánchez N, y Cols. (2008). Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica. *Desarrollo Científico de Enfermería*; 16(6). 276-279.
40. Sassolas F, Akhavi A, Mestrallet C y colaboradores. (2003) Genética y Cardiopatías Congénitas. **Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux** 96(11):1033-1041.
41. Saunders y Luckmann Joan. (2000). Texto de Cuidados de Enfermería. Graw Hill interamericana.
42. Stepansky, N. Asentimiento Informado. Un requisito ético no siempre valorado. *Rev. Hosp. B. aires*; 50 (226): 48-50.
43. Solís, María E. (2009). Proceso Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxígeno. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 16(9):.
44. Ulloa Olivera, C., Díaz Garcia, S., (2007). El consentimiento informado en pediatría. *Gaceta Medica Espirituana*;9(3)
45. Velez. F., Echeverri. L. Cardiopatías Congenitas. Capitulo XV. Pag. 1360-1365.
46. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, eds. (2007). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 8th ed. St. Louis, Mo; WB Saunders.

6. ANEXOS

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Plan Único de Especialización de Enfermería

Instrumentos de valoración
clínica en niño de 0 a 5 años

Especialización en Enfermería Infantil



Autores:
Magdalena Franco Orozco
Autor y compilador:
Rosa Ma. Ostiguín Meléndez

**Instrumentos de valoración
clínica en niño de 0 a 5 años**

Especialización en Enfermería Infantil

Elaboró:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001

PRESENTACIÓN

La División de Estudios Superiores como parte de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ofrece a la comunidad académica e institucional de la enfermería una recopilación de los instrumentos que dentro del Plan Único de Especialización en Enfermería y particularmente de la Especialidad en Enfermería Infantil I se han construido a partir de las generaciones de especialistas que hasta el momento han egresado.

Considerando que la valoración es una parte importante del proceso de atención de enfermería y determinante para el planteamiento de las hipótesis de trabajo o diagnóstico de enfermería, se proponen instrumentos de valoración clínica, donde el especialista incursione en la experiencia de conjugar conceptos de teorías procesos especializados del cuidado de enfermería y método de trabajo disciplinar.

De este modo los instrumentos pretenden ser una aportación para la práctica de cuidado especializado en enfermería al retomar aspectos teórico instrumentales de la disciplina.

Las experiencias que puedan generarse a partir de este primer acercamiento al uso de conceptos de modelos o teorías disciplinares en instrumento de valoración, redituará para la enfermería en múltiples aspectos: académicos, de investigación y técnico, entre otros.

Considere que este material es parte de un proyecto académico, en donde usted, después de leerlo, podrá sentirse co-participante de la mejora del mismo. Juntos, compartiendo y difundiendo las experiencias obtenidas.

ATENTAMENTE

MTRA. EN ENF. ROSA MA. OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Nota: La información presentada es responsabilidad de los autores.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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



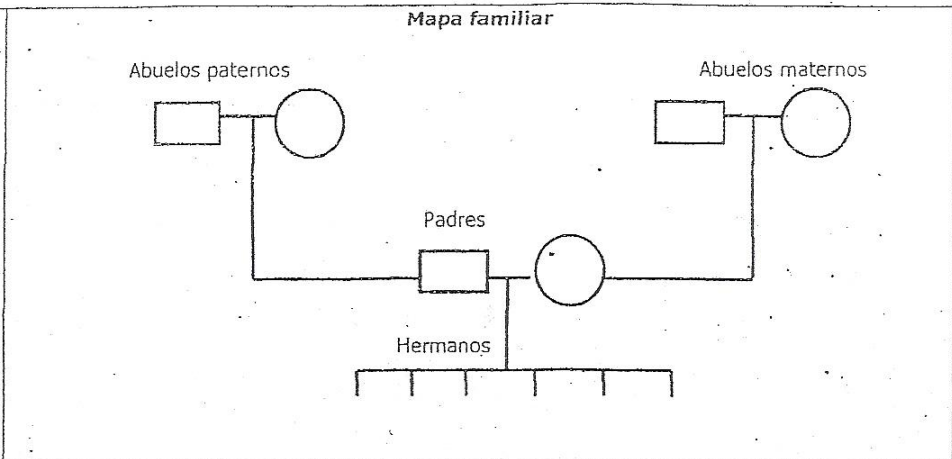
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

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



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

□	Hombre	○	Mujer	⊙	Paciente problemas
☒	Fallecimiento	≡	Relaciones fuertes	≠	Relaciones con estrés
≡	Relaciones débiles				

III Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
 Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de
 camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___
 Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___
 No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____

IV Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del
 familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____
 Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____
 Motivo de la consulta/hospitalización: _____

 ¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____
 ¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: ___
 Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____
 Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

 Vacunación: _____

Alimentación

El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____
 ¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____
 Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____
 Licuados: _____ Otros: _____
 ¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____
 _____ Lugar: _____
 ¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____
 ¿Que alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____
 Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____
 Alimentación especial: _____

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____

Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____

Hábitos en los alimentos: _____

A que edad le salieron los dientes: _____

Eliminación

Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____

Blanda: _____ Líquida: _____

Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____

Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____

Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____

Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____

Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____

Otros: _____

Hábitos: _____

Descripción de genitales: _____

Sudoración: _____

Oxigenación

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

Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____

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

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

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

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

Respiración asistida: _____ controlada: _____

Secreciones bronquiales: _____ Cantidad _____ Consistencia _____ Color _____ Olor _____

Tubo traqueal _____

Cavidad oro nasal _____

Humidificación y oxigenación: _____

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

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

Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo-sueño

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

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

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

Duerme siesta: _____ En qué horario: _____

Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____

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

Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____

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

Búsqueda: _____ Moro: _____

Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____

Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

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

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____

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

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

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

13 ¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____
¿Cómo reaccionó? _____

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____

14 Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

c: valoinf.doc

UNAM POSGRADO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C.	F.V.	SÍ	NO	

Código: Grado de dependencia
 Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Parcialmente = D pr

Causas de la dificultad
 Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimientos = FC

UNAM
POSGRADO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía

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

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

(gi.

Ciespiñan.doc

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre de la alumno: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

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

Otros:

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

Ayuda:

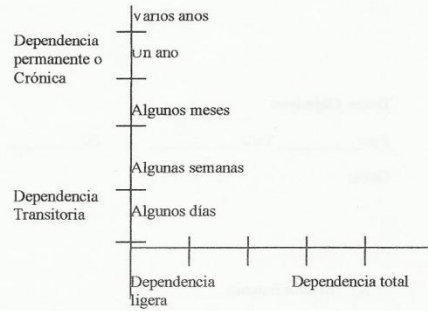
Elaboró: Mitra Magdalena Franco Orozco

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia

El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén

A - C R O N I C I D A D



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

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

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

Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades

D E P E N D E N C I A

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
 ESPECIALIDAD DEL BAJIO

Consentimiento Informado para Estudio de Caso

Yo _____ declaro libre y voluntariamente
 aceptar que mi hijo (a) _____ participe
 en el **Estudio de Caso** _____

cuyo Objetivo principal es: _____

Y que los procedimientos de Enfermería que se realizarán me han sido explicados
 ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con
 garantía de recibir respuestas y aclaraciones en cualquier momento. Los
 procedimientos consisten en: _____

Y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud
 de mi hijo (a).

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

Nombre del responsable del estudio de caso: _____

 Firma

Nombre del padre o tutor _____

 Firma

Testigos

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____

Domicilio _____

Domicilio _____

León, Guanajuato a ____ de _____