



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL IV
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

ESTUDIO DE CASO A RECIÉN NACIDO CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES BÁSICAS POR VENTRÍCULO HIPOPLÁSICO DERECHO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA
L.E.O ANA ROSA MALDONADO AVALOS

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



LEÓN, GTO. JUNIO 2015



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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Estudios Relacionados.....	1
1.2. Proceso de Atención de Enfermería.....	14
1.3. Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....	71
1.4. Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería.....	92
1.5. Factor de Dependencia.....	104
2. METODOLOGÍA	
2.1. Descripción del Caso.....	110
2.2. Métodos e Instrumentos.....	122
2.3. Proceso de Construcción del Diagnostico.....	123
2.4. Proceso de planeación.....	125
2.5. Plan de Alta.....	139
3. RESULTADOS.....	144
4. CONCLUSIONES.....	145
5. BIBLIOGRAFÍA.....	146
6. ANEXOS	
6.1. Tablas de laboratorios	
6.2. Historia Clínica de Enfermería del recién nacido grave	
6.3. Hoja de Reporte Diario	
6.4. Hoja de Consentimiento Informado	
6.5. Tríptico	

INTRODUCCIÓN

El cuidado Enfermero así como el concepto salud-enfermedad ha evolucionado en el tiempo¹, demandando la profesionalización de enfermería, lo cual, enriquece el conocimiento por medio de la investigación, logrando una transición hacia la mejora de sus intervenciones al adquirir las habilidades analíticas y críticas para la toma de decisiones y garantizar la excelencia profesional en el cuidado enfermero especializado.² La Enfermera Especialista Infantil desempeña un papel esencial en la atención que se proporciona al niño y al adolescente en los problemas de salud actuales, los cuales constituyen un reto diario para otorgar los cuidados especializados.³ Para afrontarlo es preciso tener conocimiento de los diferentes factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, y de las acciones que enfermería implementa para cubrir las demandas específicas de atención.⁴ La población infantil en México, de acuerdo con las proyecciones de población 2010-2050 del Consejo Nacional de Población (**CONAPO**), indican que a mitad del 2014, en el país residían 40.2 millones de niños de 0 a 17 años de edad: 19.7 millones de niñas y 20.5 millones de niños, en términos relativos representan 33.6% de la población total del país estimada para 2014.⁵ La cual constituye una etapa crucial para el campo de acción de la enfermera especialista infantil.

México ha experimentado una transición epidemiológica, hace medio siglo, las enfermedades contagiosas e infecciosas, como la diarrea, la influenza y la neumonía, representaron la principal causa de muerte para la mayoría de la población, y han ido disminuyendo de forma continua como fuente de

¹ Díaz Benítez E. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; Vol. 19 (2): p 74-69

² Gaona Vázquez Y, Cruz Jiménez M. Estudio de caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2012; Vol. 9 (2): p 37-45.

³ Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111

⁴ Gaona Vázquez Y, Cruz Jiménez M. op cit.

⁵ INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño: Datos nacionales. 2015

mortalidad a lo largo de los años.⁶ Sin embargo, se estima que de 2 a 4% de los recién nacidos presentan malformaciones congénitas, siendo las cardiopatías las más frecuentes y suponen un 30% del total de las malformaciones. La prevalencia de las cardiopatías varía con la edad de la población, estimándose en 8 de cada 1000 antes del primer año de vida, presentando la mitad de ellos sintomatología en el periodo neonatal,⁷ y en un 12 de cada 1000 antes de los 16 años.⁸ Formando parte de estas cardiopatías se encuentra la hipoplasia del ventrículo derecho, que es infrecuente como entidad aislada, y generalmente resulta como complicación de la atresia pulmonar con tabique ventricular intacto.⁹ Datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan que en 2011 fallecieron cerca de 13.7 niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, el registro de defunciones, indica que las primeras causas de muerte fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal (51%) y las malformaciones congénitas (23.4%), entre ellas las cardiopatías congénitas.¹⁰ El INEGI reportó que para el 2012 las enfermedades del corazón siguieron siendo una de las principales causas de mortalidad infantil, y en los menores de un año ocupaban la segunda causa de muerte.¹¹ Por lo tanto y debido a la mortalidad de las enfermedades del corazón en el presente estudio el factor de dependencia se centra en las cardiopatías congénitas detallando el ventrículo derecho hipoplásico. El estudio de caso se define como: *“un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendido estos como entidades sociales o entidades educativas únicas” (Bisquerra 2009).*

En el presente estudio de caso es posible apreciar que la importancia de la Especialidad en Enfermería Infantil reside en profundizar y ampliar los

⁶ OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México. 2005: pág. 30

⁷ Romera G. et al. Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Hospital Universitario Madrid-Monte príncipe. Madrid. 2008: pág. 346

⁸ Madrid A. et al. Cardiopatías congénitas. Revista Gastrohnp. 2013; Vol. 15 (1): pág. 56.

⁹ Barrett H. Hipoplasia del ventrículo derecho.2011.pág. 145. Disponible en http://media.axon.es/pdf/84253_1.pdf

¹⁰ INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño: Datos nacionales. 2013

¹¹ INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2011.

conocimientos y destrezas, que requiere el ejercicio profesional para otorgar cuidados especializados en el proceso salud-enfermedad del niño y el adolescente, al utilizar como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson, cuyo objetivo es lograr el bienestar íntegro del infante y su familia en su entorno bio-psico-social y espiritual, se hace posible afirmar que esta propuesta teórica se puede aplicar de forma fácil a los niños y adolescentes, debido a que la aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el infante.¹²

Por lo tanto el autor selecciona a un recién nacido masculino en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío del servicio de Pediatría, con diagnóstico ventrículo derecho hipoplásico, debido a la empatía que se tiene en primera instancia con el neonato, para poder aplicar, reafirmar y ampliar los conocimientos adquiridos durante la formación como enfermera especialista infantil, al reconocer sus necesidades e interpretar los problemas específicos con la finalidad de proporcionar atención y cuidados de calidad y con un sentido humano para mejorar su estado de salud y calidad de vida, y lograr concluir un producto final que pueda cubrir con un requisito para la obtención de grado. Es importante resaltar que la elaboración de este estudio de caso, me permitió adquirir nuevos conocimientos, los cuales me llevaron a desarrollar habilidades y destrezas para proporcionar cuidados especializados de carácter único e intervenciones especializadas; que influyeron considerablemente en mi actitud y aptitud profesional, al buscar como resultado llevarlos a la práctica y reflejen el cuidado del recién nacido en estudio y de su cuidador primario, al transferirle el conocimiento obtenido mediante foros, congresos, cursos, teoría y exámenes. Logrando por consiguiente, ampliar y reforzar aún más la parte científica en la disciplina como Enfermera Especialista, al identificar y fortalecer para obtener el grado académico como Especialista en Enfermería Infantil.

¹² Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de caso a recién nacido masculino con alteración en las necesidades básicas por ventrículo hipoplásico derecho, utilizando como metodología la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Atención Enfermería, en el área de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío de León Guanajuato, durante el Posgrado en Enfermería Infantil de agosto 2014 a junio 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar valoración focalizada de las necesidades básicas utilizando el método clínico e instrumento de valoración clínica en el recién nacido grave.
- Realizar diagnósticos de enfermería en base a los datos obtenidos de la valoración con formato PES e implementar un plan de intervenciones especializadas para disminuir el grado de dependencia del recién nacido con alteración en las necesidades básicas por ventrículo hipoplásico derecho.
- Ejecutar el plan de intervenciones especializadas y evaluar los resultados obtenidos al identificar el grado de independencia y dependencia del recién nacido, utilizando el Gráfico *Continuum Independencia-Dependencia* de Phaneuf.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Estudios Relacionados

La Evidencia Científica, ha suscitado toda una abundancia de literatura profesional divulgativa y especializada que también ha permeado en la Enfermería.¹³ La investigación en enfermería es esencial para desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento y constituye una parte vital de la práctica clínica y por ende beneficia directamente a los usuarios. A través de la investigación, enfermería puede documentar el costo-efectividad de los cuidados basados en evidencia. La práctica de la atención de salud basada en evidencia es un imperativo para asegurar una atención de calidad y a la vez un distintivo de la enfermería profesional.¹⁴ La Práctica Basada en Evidencias (**PBE**) tiene sus inicios en la medicina,¹⁵ al igual que la Enfermería Basada en Evidencias (**EBE**) surgió estrechamente vinculada con la medicina basada en evidencias (**MBE**), y su crecimiento ha sido explosivo,¹⁶ EBE ha sido definido como *“proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles”* (DiCenso, Cullum, Ciliska & Marks, 2000) o como el *“uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”* (Ingersoll, 2000).¹⁷

La EBE es un proceso en el cual el problema de salud del paciente a cargo de una enfermera es transformado en una pregunta cuya respuesta se busca, analiza y evalúa desde un punto de vista crítico, a partir de los resultados de investigaciones recientes, útiles para la toma de decisiones en la práctica del cuidado referido. Siguiendo este modelo de práctica de la EBE, se pretende

¹³ Gálvez T. Evidencias, pruebas científicas y enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. Enfermería Global. 2003; Vol. 1 (3): pág. 1-9

¹⁴ Harrison L. et al. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: Una perspectiva latinoamericana. Ciencia y Enfermería. 2005; Vol. 11 (1): pág. 59-71.

¹⁵ Orellana Y. Et al. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería. 2007; Vol. 13 (1): pág. 17-24.

¹⁶ Nájera C. Enfermería basada en evidencias. Rev. Enferm IMSS 1999; Vol. 7 (3): pág. 145-146.

¹⁷ Orellana Y. op cit.

desarrollar una atención clínico-asistencial, gerencial y docente basada en el análisis crítico de los resultados procedentes de la investigación científica combinado con la experiencia individual profesional, partir de la identificación de un problema. La enfermería basada en evidencias tiene la fortaleza de vincular la teoría con la práctica asistencial buscando, mediante evidencias vigentes, válidas y confiables, el beneficio de los usuarios; así, colabora para unificar criterios de práctica del cuidado al enfermo con el uso de guías para intervención en enfermería, que además tienen el efecto benéfico de mejorar y perfeccionar procedimientos para sus usuarios. Todo ello con el objetivo de brindar al usuario una atención a la salud con calidad.

La aplicación de estos resultados es un proceso complejo que exige la integración de la experiencia clínica personal y la evidencia obtenida a través de revisiones sistemáticas de las investigaciones, derivadas de la práctica del cuidado al paciente.¹⁸

Por consiguiente se realiza la búsqueda de artículos científicos de Estudios de Caso en distintas bases de datos, encontrando un sin número de estudios, de los cuales no todos cumplían con las características requeridas: las cuales son en etapa infantil con la propuesta filosofía de Virginia Henderson y Proceso Atención Enfermería , por lo que solo se seleccionan 15 que fundamentan el marco teórico de dicho estudio de caso, la mayoría de los cuales fueron Realizados en México en la última década, encontrados en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y en la Revista de Enfermería ENEO-UNAM, los resúmenes de los estudios de caso mencionados anteriormente se presentan a continuación:

En el año 2000 se presenta el caso de adolescente femenina que inició su padecimiento a los dos días de vida al presentar hiperbilirrubinemia, se realiza exanguineo transfusión por no mejorar con fototerapia, a los 11 días inicia con lesiones edematosa infraumbilical, equimótica y necrótica, se refiere a Hospital Infantil de México diagnosticando: celulitis infraumbilical y fascitis necrosante,

¹⁸ Nájera C. op cit.

donde inicia con misma sintomatología en cadera izquierda, se realizó aseo quirúrgico de ambas lesiones. El 7 de septiembre del 2000 se diagnostica deficiencia de proteína C e insuficiencia renal crónica. Es valorada por oftalmología por movimientos oculares horizontales y nistagmus, identificando desprendimiento de retina y pérdida irreversible de la visión. Valorada por hematología, diagnostican trombocitopenia y tiempos de coagulación prolongados, se trasfunde con eritrocitos y plasma fresco congelado mostrando gran mejoría, es dada de alta el 27 de septiembre por mejoría. El 6 de noviembre del 2000 reingresa por lesiones equimóticas, con trombosis en vasos de la retina, se inicia fase III de ventilación por alteraciones neurológicas, dificultad respiratoria y tiempos prolongados de protrombina (**TPP**) y hemorragia persistente; la información se obtuvo de fuentes primarias y secundarias, para validarse se realizaron 14 valoraciones exhaustivas y focalizadas obteniéndose 15 diagnósticos enfermeros de los cuales 5 están en dependencia, 5 en riesgo y 5 en independencia; la realización de los mismos se hizo apoyándose en la taxonomía de la NANDA y en el formato PES. Los planes de intervención se realizaron conforme a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (**NIC**). Se detectó el grado y nivel de dependencia de acuerdo a la escala propuesta por Margot Phaneuf, y se planearon las estrategias a realizar para que ella alcanzara su independencia. Con las intervenciones que se propusieron en el plan así como las acciones de enfermería se logró que la ADOLESCENTE y su cuidador primario identificaran como enfrentar los problemas principales derivados de la pérdida de la visión y el embolismo de tal forma que se evitaron complicaciones futuras.¹⁹

Chávez García presenta estudio de caso de un adolescente masculino por lupus eritematoso generalizado que inicia padecimiento a los 11 años al presentar eritema en región malar, alas de mariposa en nariz y pómulos, fiebre, náuseas, vómito y adinamia y en 2006 ingresa a de Urgencias con hipertermia, taquicardia, con 18 días de evolución manifestándose por fiebre no

¹⁹ Gaona Vázquez Y, Cruz Jiménez M. Estudio de caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2012; Vol. 9 (2): p 37-45.

cuantificada, pérdida de peso, tos seca, dermatitis generalizada y eritema malar. Durante la estancia hospitalaria presentó náuseas, vómito, caída de pelo, úlceras orales, crisis convulsiva posterior con agresividad y desorientación, desarrolló bacteremia conduciendo a choque séptico, se intuba e ingresa a Terapia Intensiva colocando catéter venoso central. Se utilizaron las etiquetas diagnósticas de la NANDA, obteniendo 13 diagnósticos de enfermería, 6 diagnósticos de riesgo y 7 diagnósticos reales, en donde se observó interrelación entre diagnósticos, Los planes de intervención se realizaron conforme a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, con las intervenciones que se propusieron en el plan se mantuvo bajo las mismas condiciones clínicas por un período cercano a los treinta días, la ejecución de este plan de cuidados contribuyó a una extubación acertada, egresa a las dos semanas después con discreta debilidad muscular y sin lesiones agregadas al tratamiento. Cabe señalar que en este adolescente la evolución del lupus eritematoso generalizado lo llevó a complicaciones de tipo neurológico, hematológico y tegumentario.²⁰

En el Instituto Nacional de Pediatría se presenta el estudio de caso de lactante menor femenina de 8 meses producto de cesárea que no llora ni respira al nacer, y requirió maniobras de reanimación avanzada. Se diagnostica Anomalia de Ebstein, insuficiencia tricuspídea severa; tratada quirúrgicamente con evolución tórpida por infecciones respiratorias recurrentes, derrame pleural y pericárdico e insuficiencia cardiaca congestiva. Acude a urgencias por presentar accesos de tos, vómito, cianosis, disnea, pérdida del tono muscular, sin reacción a estímulos; se realizó la valoración de enfermería con el formato para evaluación de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años; jerarquización de necesidades, se realizaron 2 valoraciones focalizadas, en la primera valoración se obtuvieron 5 necesidades alteradas, elaborando el diagnostico enfermero: Dificultad en la movilidad física, en la segunda valoración focalizada se encontraron 4 necesidades alteradas y se realiza el

²⁰ Chávez García C., Sánchez Cisneros N. Estudio de caso de un individuo con lupus eritematoso generalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2007; Vol. 15 (2): p 54-61

diagnóstico: Deterioro del intercambio gaseoso, posteriormente se realiza la planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería, y la evaluación del resultado. Cabe mencionar que a pesar de las intervenciones de enfermería la lactante continuó con inestabilidad, y estas se continuaron hasta la defunción.²¹

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez se presenta escolar de 9 años, con diagnóstico de Tetralogía de Fallot, Atresia Pulmonar y septum interventricular, Fistula Sistémico Pulmonar derecha de 5 mm, que ingresa con deterioro funcional, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, saturación del 60% y cianosis grado IV de 3 meses de evolución, donde se realiza cateterismo cardíaco con distensión de la Fistula Sistémico Pulmonar considerándose no exitosa. En noviembre se realizó FSP izquierda de 6 mm, donde presenta neumotórax izquierdo, con solución; se realizaron 5 valoraciones exhaustivas y 4 focalizadas, con 5 necesidades alteradas, durante la etapa pre, trans y postquirúrgica del niño, se analizaron y jerarquizaron las necesidades y se aplicó la escala propuesta por Margot Phaneuf, se elaboraron 3 diagnósticos enfermeros: 2 en dependencia y 1 en riesgo y 3 planes de cuidados correspondientes a las principales alteraciones detectadas. Los resultados observados fueron satisfactorios; se detectó un aumento del nivel de independencia, por lo que se logró el egreso en las mejores condiciones clínicas posibles, satisfaciendo la necesidad de oxigenación, la cual, fue la más afectada, egresó a domicilio en noviembre del 2011 en buenas condiciones con vigilancia por el Servicio de Cardiopediatría.²²

En el Hospital Infantil de México en el 2001 ingresa preescolar que inicia padecimiento a los 2 años; donde se realiza ecocardiograma, electrocardiograma confirmando cardiopatía congénita de ventrículo único con doble vía de salida; se realizó una cirugía de Glenn bidireccional. En el 2010

²¹ Díaz Benítez E. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011; Vol. 19 (2): p 74-69

²² Carrillo Medina E. op cit.

reingresa al hospital por presentar edema facial, dificultad respiratoria, palidez, diaforesis, y se programa para cirugía de Fontan, posteriormente presenta congestión pulmonar, con una evolución satisfactoria, se egresa con tratamiento a domicilio. Reingresa al hospital el 2011 con hipertermia de 4 días de evolución, diaforesis y escalofríos, edema de miembros pélvicos, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva; se inicia tratamiento y fase ventilatoria I. Se instala catéter de Tenkoff por oliguria y edema, inicia diálisis peritoneal, se ingresa a sala de cardiovascular, se realiza valoración con instrumento específico, elaborando 14 diagnósticos, se jerarquizaron de acuerdo al grado de dependencia para cada necesidad alterada o con datos potenciales de riesgo de dependencia, se identificó la necesidad de oxigenación como la de mayor dependencia. De los 14 diagnósticos solo se incluyen 2 de mayor prioridad, para los cuales se planearon intervenciones y cuidados específicos, y se evaluaron consecutivamente los resultados obtenidos, la persona no presentó datos de descompensación hemodinámica, sin embargo debido a la complejidad de la patología no fue posible disminuir el nivel de dependencia.²³

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez ingresa adolescente de 14 años por Tetralogía de Fallot y síndrome de delección del cromosoma 22q11, sin tratamiento quirúrgico que reingresa en 2009, por disnea de grandes esfuerzos, cianosis peribucal y acrocianosis. Postoperado de corrección total de Tetralogía de Fallot, ampliación del tronco de la arteria pulmonar con implante de una válvula biológica, egresa a su domicilio. Posterior reingresa a Urgencias por una comunicación interventricular residual infundibular, nuevamente intervenido quirúrgicamente para cierre de dos comunicaciones interventriculares. Ingres a al Servicio de Cardiopediatría observándose confuso, con alucinaciones y se diagnóstica cuadro confusional agudo tipo delirium y se inicia Tx, se realizaron valoraciones focalizadas de las 14 necesidades

²³ Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111

realizando 5 diagnósticos enfermeros de los cuales 1 estaba en dependencia, 4 en riesgo, para los cuales se planearon intervenciones y cuidados específicos, y se evaluaron a su ejecución los resultados obtenidos. Con las intervenciones que se propusieron en el plan se logró el egreso en las mejores condiciones, se resolvieron dudas y cuidadores primarios identificaron el plan de alta al egresó a su domicilio.²⁴

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez se presenta a de un masculino de 34 días de vida, a la valoración neonatal presenta soplo cardíaco, dificultad respiratoria e hipotonía. Se diagnóstica con: cardiopatía congénita compleja, ventrículo izquierdo hipoplásico, estenosis mitral, atresia aórtica, hipoplasia del arco aórtico, persistencia de conducto arterioso y comunicación interauricular. Se realiza cirugía de Norwood lavado mediastinal, recolocación de tubo de drenaje mediastinal del electrodo de marcapasos y cierre esternal. Posteriormente se diagnostica con disfunción diastólica del ventrículo derecho, insuficiencia tricúspidea y neoaorta, disociación atrioventricular con marcapasos, sepsis por pseudomona y falla orgánica multisistémica, se realiza valoración con las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular, se identificaron las 11 necesidades más alteradas y posteriormente se formularon 13 diagnósticos en el formato: problema, etiología, signos y síntomas (PESS), así como etiquetas diagnósticas de la NANDA, de los cuales se priorizaron solo 6 diagnósticos, se plantearon cuidados de enfermería con base en las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular, se evaluaron a su ejecución los resultados obtenidos, con las intervenciones se lograron parámetros normales, pero debido a su patología siguió presentando alteración en algunas necesidades.²⁵

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Romero presenta en el 2009 a un lactante masculino de 1 año 6 meses, que al nacer se detecta ectopia cordis parcial toracoabdominal, gastrosquisis y posteriormente PC.

²⁴ Mondragón Romero A, Macín García L. Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2010; Vol. 18 (3): p 82-86

²⁵ Carreño Rodríguez A. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2011; Vol. 19 (3): p 105-113

Presentó onfalitis y tratado por sepsis neonatal en el Hospital General de Uruapan. Referido al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, presentando cianosis central, se observa Ectopia Cordis parcial toracoabdominal, defecto de la pared abdominal con protrusión de vísceras, y onfalocele. Se realiza tomografía axial computarizada, la cual reporta PC, cardiopatía compleja con defecto del septum atrioventricular tipo transicional, EC, estenosis infundibular, doble salida del ventrículo derecho, atrio común, defecto septal ventricular, defecto mural de la línea media subxifoideo con herniación del ápex cardíaco y vísceras abdominales, defecto óseo en núcleos de osificación xifoideos y defecto diafragmático anterior. Egresó del hospital sin tratamiento, se diagnostica no candidato quirúrgico y se refiere al Hospital Infantil de México Federico Gómez para manejo integral, se realizó este estudio durante dos meses, se realiza valoración de las 14 necesidades humanas, identificando alteración en la necesidad de: oxigenación, seguridad, movilidad y postura. Se realizaron 4 diagnósticos de enfermería reales, 6 de riesgo y 2 de bienestar; se generaron 63 intervenciones basadas en evidencia científica, se evaluaron a la ejecución los resultados obtenidos; aunque las intervenciones no permitieron disminuir la dependencia del lactante o la suplencia total de enfermería por ser una patología compleja, de alta mortalidad y de mal pronóstico, sin embargo, no hubo complicaciones al otorgar atención de calidad. Se incluyó una evaluación integral, un plan de alta y se orientó al familiar.²⁶

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se presenta el caso de preescolar de 4 años 6 meses con diagnóstico de VIH ingresada por otitis recurrente, sin respuesta a tratamiento. Se valora con ligera palidez de tegumentos, hiperactivo, irritable con secreción de oído escaso, semilíquido y exudado blanquecino discreto, con pérdida de la continuidad timpánica. Se realizaron 8 valoraciones focalizadas, con diagnósticos estructurados con el formato PES, así como etiquetas diagnósticas de la NANDA, obteniendo 11

²⁶ Meza A. et al. Proceso enfermero en lactante mayor con patología de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2013; Vol. 21 (2): p 63-70

diagnósticos reales de los cuales solo se presentan 6 de mayor prioridad; con tres tipos de intervenciones; independientes, dependientes e interdependientes. Las necesidades con dependencia se mantuvieron de forma temporal y permanente. Se realiza un plan de alta presentando un difícil seguimiento en las intervenciones pues los problemas de dependencia se resolverían a largo plazo, con la participación continua de cuidadores secundarios.²⁷

En el Hospital Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña ingresa un lactante menor de 11 meses por estancamiento ponderal e hipertermia, cardiopatía congénita con coartación de Aorta, Ductos Arterioso Persistente, Comunicación Interventricular y Síndrome de Down, se valoran las necesidades, obteniendo 8 diagnósticos: 4 diagnósticos en dependencia y 4 diagnósticos de riesgo, la realización de los mismos se hizo apoyándose en la Taxonomía NANDA y adaptados al programa informático de Gestión asistencial de cuidados de enfermería línea abierta. Con las intervenciones que se propusieron en el plan así como las acciones de enfermería se logró que el cuidador primario identificara como enfrentar los problemas principales de dicha patología al adquirir mayor seguridad, y se logró el egreso de la lactante en las mejores condiciones.²⁸

En el Instituto Nacional de Perinatología ingresa lactante masculino de 3 meses de edad que requirió intubación orotraqueal y aplicación de factor surfactante al nacer, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde desarrolla enfermedad pulmonar crónica asociada a ventilación mecánica, así como respuesta inflamatoria sistémica, diagnostican hermafroditismo con presencia de hemorragia intravaginal grado I, se detectar soplo sistólico en mesocardio asociado a hipertensión arterial en miembros superiores e hipotensión en miembros pélvicos, con descompensación hemodinámica y datos de falla ventricular derecha, e hipertensión arterial pulmonar moderada, por lo que es

²⁷ Franco O. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Enfermería Universitaria: pág. 13-23.

²⁸ Pardavila, F. et al. Teoría y Método: el proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. Cultura de los cuidaos. 2003; (13): pág. 52-62.

trasladado al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, donde se realiza corrección quirúrgica, se realizan 9 valoraciones focalizadas obteniendo 11 diagnósticos enfermeros, 8 en dependencia y 3 de riesgo y se planearon las estrategias, evaluando a su ejecución los resultados obtenidos; el proceso de atención de enfermería en este caso clínico fue realizado durante cinco días consecutivos, lo que dio pie a resolver satisfactoriamente el problema cardíaco, sin embargo la estancia hospitalaria fue más prolongada por complicaciones que comprometieron su salud gravemente, en esta situación en particular; la ventilación mecánica prolongada, las alteraciones metabólicas y nutricionales, así como los antecedentes tanto prenatales como natales, repercutieron significativamente en el estado de salud del paciente, por ende se dificulta el manejo del equipo multidisciplinario para alcanzar satisfactoriamente todos los objetivos.²⁹

En un Hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, ingresa un lactante menor femenino de 2 meses de edad, con una masa que ocasiona destrucción vertebral y desplazamiento mediastinal posterior a nivel de T4 y T5. Se realizó cirugía con resección de tumor quedando remanente de la masa sobre columna vertebral, el resultado de la biopsia fue Hamartoma, por lo que requirió de hospitalización para vigilancia y en espera de trasplante de hueso vertebral para sustitución de vértebras lesionadas y con ello evitar lesión medular, motivo por el cual se le colocó férula de inmovilidad de columna vertebral, para disminuir su dependencia en la necesidad de movimiento y postura se valorando de forma exhaustiva y focalizada, utilizando fuentes secundarias; se obtuvieron datos subjetivos y objetivos que llevaron a la elaboración del diagnóstico enfermero reales utilizando el formato PES y para los de riesgo el formato de 2 partes (problema y etiología) apoyándose de la taxonomía NANDA y en el proceso de planeación especializada se empleó la taxonomía Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) para la elaboración del plan de

²⁹ Pacheco S. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006; Vol. 14 (1): pág. 16-23.

intervenciones, aunque no pudo ser completado la evaluación de dichas intervenciones, concluyen que se logró que la dependencia disminuyera.³⁰

Fernández presenta estudio de caso de lactante de 8 meses de edad, que ingresa en la UCIP bajo sedación, relajado y con ventilación mecánica, en situación de posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca de corrección de defecto de Canal Aurículo-Ventricular Completo, también diagnosticado con Síndrome de Down e hipotiroidismo, se valoran las 14 necesidades y se utiliza la clasificación de diagnósticos de Enfermería NANDA, la Clasificación de resultados de enfermería e intervenciones NOC y NIC respectivamente. A través de la valoración de las 14 Necesidades del niño y la familia se han realizado 4 diagnósticos enfermeros: 1 en dependencia y 3 en riesgo. Se presenta el plan de cuidados. Una vez realizadas las intervenciones planificadas, se da por resuelto el diagnóstico real, se realizan todas las intervenciones necesarias de vigilancia y control para que no aparezca ninguna de las complicaciones potenciales y los diagnósticos de riesgo mantienen la puntuación NOC según los objetivos propuestos, pero no se consideran resueltos porque se prolongan durante más tiempo que lo que dura la jornada laboral.³¹

En el Instituto Venezolano del Seguro Social en el 2013 ingresa preescolar de 3 años de edad hospitalizado en la sala de hidratación, Diagnosticado con Tuberculosis Pulmonar Activa, Neumonía Bilateral, Asma Bronquial en crisis moderada, Anemia, Acidosis Metabólica descompensada (superada). Con la finalidad de aplicar el proceso de cuidados de enfermería en tuberculosis pulmonar, se aplica la entrevista como método de recolección de información, en conjunto con un instrumento: Historia de salud Pediátrica, y la valoración física de manera sistemática, la cual permitió la recolección de datos subjetivos y objetivos, con lo que se realizan 8 diagnósticos de enfermería encontrado6

³⁰ Hernández T. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. Rev. CONAMED, 2011; Vol. 16 (1): pág. 34-40.

³¹ Fernández S. et al. Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC Y NOC. Enfermería en Cardiología, 2008; Vol. 1 (44): pág. 33-36.

diagnósticos reales y 2 de riesgo con la posterior elaboración de planes de cuidados de enfermería individualizados que permitan cubrir las necesidades y problemas del preescolar, se evaluaron a su ejecución los resultados obtenidos; con las intervenciones que se propusieron en el plan se logró mantener estable al paciente.³²

En el Hospital Pediátrico de Iztacalco, ingresa lactante masculino de 11 meses de edad con alteración en la necesidad de eliminación, con dificultad para orinar y oliguria. Diagnosticado con rhabdomyosarcoma embrionario de vejiga. Recibió quimioterapia. Se colocó catéter central. Después del segundo ciclo de quimioterapia egresó a su domicilio. Reingresa a Oncología con mal estado general, epistaxis posteriormente aparecieron estertores en ambos pulmones, dificultad para respirar, polipnea, taquicardia, hipoventilación y derrame pleural, se intuba con diagnóstico de coagulopatía intravascular diseminada, se trasladó a la Unidad de Terapia Intensiva, y posteriormente egresó del Servicio de Oncología por mejoría, se obtiene información mediante la valoración de las 14 necesidades, donde se encontraron 4 alteradas. Se realizó la planeación e intervención de cuidados a fin de satisfacer las necesidades requeridas, logrando disminuir el grado de dependencia de las funciones afectadas del niño.³³

En un segundo paso se realiza la búsqueda de artículos con el factor dependencia de ventrículo hipoplásico derecho encontrando 15 artículos, y se citan a continuación los artículos principales encontrados sobre el ventrículo hipoplásico derecho, los cuales fundamentan el estudio de caso.

1. Barrett H. Hipoplasia del ventrículo derecho.2011.pág. 145. Disponible en http://media.axon.es/pdf/84253_1.pdf

³² Ramírez A. Proceso de cuidados de enfermería a preescolar con tuberculosis pulmonar. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de La Salud. Escuela de Enfermería. Maracay, 2013.

³³ González G. et al. XVIII Congreso Nacional de Enfermería Pediátrica: resúmenes. Acta Pediatr Mex; 2006; Vol. 27(2): pág. 101-118.

2. Guía de referencia rápida: detección de cardiopatías congénitas en niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-054-08
3. Ministerio de salud. Guía clínica cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años. Santiago: Minsal, 2010.
4. Muños L. et al. Hipoplasia ventricular derecha. Estudios morfométrico y morfológico. Revista Medigraphic; 2007; Vol. 77 (3): pág.181-193
5. Departamento de salud. Informe anual. Sistema de vigilancia y prevención de defectos congénitos de Puerto Rico. 2014.

La aplicación del Proceso de atención de Enfermería con una base teórica, orientada con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, lo convierte en una herramienta útil que ayuda a sustentar científicamente los cuidados proporcionados, además de que permite garantizar una atención personalizada y especializada a cada niño y adolescente, ya que al valorar al niño como un individuo con diversas características biológicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales, facilitara la detección oportuna de las necesidades alteradas, el grado de dependencia y la fuente de dificultad que concierne a la etapa infantil, lo cual permitirá establecer intervenciones especializadas que garantizan una atención segura, con la finalidad de proporcionar cuidados de calidad y dirigidos a solucionar los problemas detectados por medio de la realización de intervenciones basadas en la evidencia científica. Esto lo convierte desde un punto de vista en un instrumento eficaz para la organización del cuidado seguro, oportuno, profesional y sobre todo especializado que evidencia la profesionalización en enfermería.

1.2 Proceso de Atención de Enfermería

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la enfermería, como cualquier otra profesión, también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica. En otras disciplinas, el abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta se denomina metodología científica; sin embargo, este abordaje sistemático, al aplicarse a nuestro ámbito asistencial, recibe el nombre de proceso enfermero.³⁴

El proceso enfermero es considerado como la metodología propia que permite hacer explícita la esencia de la enfermería, sus bases científicas, tecnologías y conceptos humanistas, que estimulan el pensamiento crítico y la creatividad, permitiendo la solución de problemas de la práctica profesional,³⁵ de manera que la enfermera puede brindar una asistencia continua, coordinada y relacionada en bienestar de la persona.³⁶

Dicho proceso tiene componentes diferentes que se dirigen a encontrar su realización a partir de sus capacidades y de los recursos que se encuentren en su entorno. Esa metodología representa la intención de colocar en evidencia y comprender el trabajo de enfermería, dirigido al cuidado como práctica reflexiva. El desarrollo del proceso de enfermería en México tuvo como referencia el trabajo de la Asociación Nacional de Enfermería en los años 70, con la preocupación de reunir a las enfermeras del país para reflexionar y exponer estrategias sobre los nuevos escenarios y cambios de la profesión. Una de las estrategias destacada fue la capacitación sobre la enseñanza y asistencia de enfermería, basados en el enfoque de esa metodología. A partir de esa iniciativa, fueron desarrolladas estrategias de enseñanza y de práctica para instrumentalizar el uso del proceso de enfermería en los currículos de los cursos de graduación y en las instituciones de salud, con el objetivo de

³⁴ Luis R. et al. De la teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona España: Editorial Masson; 1998. Pág. 3-15.

³⁵ Ledesma D. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: Construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; Vol. 17 (3): pag. 1-2.

³⁶ Hinchliff S. et al. Enfermería y cuidados de la salud: Enfoques del cuidado de enfermería. Doyma, Barcelona. 1998: pág. 180

incorporarlas como metodología de la asistencia de enfermería, dirigida al cuidado, y, también, viabilizar su inserción en el movimiento de construcción de la atención a la salud como un bien social y colectivo.

En la última década, algunos estudiosos hacen explícito las inversiones realizadas para la utilización del proceso de enfermería en la práctica asistencial, proporcionando informaciones sobre lo que las enfermeras conocen, opinan y adoptan en diversas realidades y las dificultades enfrentadas en el contexto hospitalario.

Delante de lo expuesto, se reafirma la perspectiva de los investigadores de que el proceso de enfermería se constituye de una acción revestida de significados, posible de ser utilizada por las enfermeras en la práctica, como metodología para la prestación de cuidados, que presenta desafíos tanto en la enseñanza como en la asistencia, con la necesidad de profundizar el contexto hospitalario, a partir de la percepción de las enfermeras que en él actúan, destacando las dudas, inseguridades y cuestiones sobre su operacionalización.³⁷

Por todo lo anteriormente descrito, el proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.³⁸ Debido a toda la revisión que se hizo acerca del PAE, me permitió conocer que con este método sistemático se brindan cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados apoyándose en un modelo científico, que nos permite crear un plan centrado en las respuesta humanas debido a que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. De acuerdo a toda la revisión

³⁷ Ledesma D. op cit.

³⁸ Kosier B., et al. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. 8ª ed. Madrid, España: Pearson Prentice Hall; 2008. Pág. 175-240

que se hizo en diferentes fuentes de información, se encontraron muchas definiciones de PAE las cuales se recopilaron y se mencionan a continuación:

“Proceso de enfermería es el conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermera, dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener su equilibrio con el medio y al enfermo a restaurar su equilibrio, acelerando su entorno al bienestar físico y mental”. (Bello N. 2006)

“Los pasos que da la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería. El proceso por el cual la enfermera identifica, planea e implementa el cuidado del paciente en 3 etapas”. (Bello N. 2006)

“El proceso de atención de enfermería es el método por el que se aplica la base técnica de ejercicio de la especialidad; sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar precisamente observaciones e interpretaciones; proporciona la base para la investigación; hace más eficiente y efectiva la práctica, mantenimiento y situación de salud de la persona, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades efectivas, y permite sintetizar conocimientos técnico y prácticos para la realización de las intervenciones” (Feliú E. 1997)

“El método científico de enfermería que se define como una serie de pasos sucesivos interdependientes que brinda el enfermero al hombre sano para mantener su equilibrio con el medio ambiente y al enfermo para restaurar su equilibrio acelerando el retorno al bienestar físico, psíquico y social”.(Colectivo de autores. 2008)

“Enfoque deliberado que deviene un conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermera, dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener el equilibrio con el medio ambiente y enfermo a restablecer su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar físico, mental y social” . (Colectivo de autores. 2008)

“Serie de pasos que da la enfermera para planear y brindar cuidados de enfermería”. (Colectivo de autores. 2008)

“El proceso de enfermería es una serie de acciones señaladas y pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar óptimo del cliente (aceptamos nosotros a paciente o persona sana) y si este estado cambia, proporciona la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, eliminando al máximo sus secuelas para conseguir elevar la calidad de vida al máximo durante el mayor tiempo posible”. (Yura y Wabh. 1988)

El Proceso de atención en enfermería constituye la estrategia de actuación del enfermero o enfermera y se basa en la aplicación del método científico. *“Consiste en una serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería: brindarle al paciente un cuidado total y proporcionarle, con calidad la asistencia de enfermería que la situación exija para llevarlo de nuevo al estado de bienestar y en esto tiene gran importancia la administración de medicamentos, por ser una función de enfermería que depende de las indicaciones o prescripciones del médico, porque el enfermero o enfermera necesitará habilidades que se desglosan en 3 etapas”. (Vergel G. 2009)*

“Básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación”. (Alfaro. 2007)

Este proceso podría definirse como “Un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente”. (Busca autor)

Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas, cada una de las cuales contiene a su vez diversos pasos, son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales se describen a continuación.³⁹

1.- PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

La etapa de valoración se puede definir como “un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriores”.(Hinchliff 1998)

“La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información” (Kosier 2008).

“Un método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con el fin de identificar las respuestas que manifiesta con las diversas circunstancias que le afectan” (Benavent, Camaño y Cuesta 1999).

La valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración



FUENTE: Kosier B., et al. op cit.

³⁹ Luis R. op cit.

se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro de los objetivos. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida y completa de datos.

Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración inicial, la valoración en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente. Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular.⁴⁰

Tabla. Tipos de valoración

TIPO	MOMENTO EN QUE SE REALIZA	OBJETIVO	EJEMPLO
Valoración inicial	Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones	Valoración de enfermería del ingreso
Valoración centrada en el problema	Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería	Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración	Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI Valoración de la capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo mientras se le ayuda con el baño
Valoración urgente	Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente	Identificar problemas peligrosos para la vida.	Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una

⁴⁰ Kosier B., et al. op cit.

		Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto	persona durante una parada cardíaca Valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia
Revaloración al cabo de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial	Comparar el estado actual del paciente con los datos básicos obtenidos antes	Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno

FUENTE: Kosier B., et al. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. 8ª ed. Madrid, España: Pearson Prentice Hall; 2008.

La etapa de valoración consta de cuatro pasos actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.⁴¹

a) Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre un paciente. Debe ser sistemática y continúa para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

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

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

⁴¹ Luis R. op cit.

Tipos de datos

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

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

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

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

Fuentes de información

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

a) Fuente primaria: Paciente

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

b) Fuente secundaria

- **Personas de apoyo**

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

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

La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales sanitarios se considera subjetiva si no se basa en hechos. Si la hija del paciente dice «papá está hoy muy confuso», se trata de un dato subjetivo secundario porque es una interpretación de la hija sobre la conducta del paciente. El

profesional de enfermería debe intentar verificar la confusión comunicada entrevistando directamente al paciente.

- **Historia del paciente**

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

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

La historia de los tratamientos proporcionados por otros profesionales sanitarios, como los trabajadores sociales, los nutricionistas, los dietistas o los fisioterapeutas, ayuda al profesional de enfermería a obtener datos relevantes no expresados por el paciente. Por ejemplo, un informe de una agencia social sobre las condiciones de vida de un paciente o de una agencia de asistencia sanitaria domiciliaria sobre las condiciones del hogar también puede ser útil al profesional de enfermería que realiza una valoración.

La historia de laboratorio también proporciona información sanitaria pertinente. Por ejemplo, la determinación de la glucemia permite a los profesionales sanitarios vigilar la administración de medicamentos hipoglucemiantes por vía oral. Cualquier dato de laboratorio sobre un paciente debe compararse con lo normal para ese laboratorio dentro de esa prueba en particular y para la edad, el sexo y otros aspectos significativos del paciente.

El profesional de enfermería debe considerar siempre la información que hay en la historia del paciente a la luz de la situación actual. Por ejemplo, si la anotación médica más reciente tiene 10 años de antigüedad, es probable que las prácticas sanitarias y las conductas de afrontamiento hayan cambiado. Los pacientes mayores pueden tener numerosos antecedentes previos. Estos son muy útiles y contribuyen a comprender completamente la historia sanitaria, en especial si la memoria del paciente está alterada.

- **Profesionales sanitarios**

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

- **Bibliografía**

La revisión de la bibliografía de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos. Una revisión de la bibliografía comprende la siguiente información, aunque no se limita a ella:

- ❖ Modelos o normas con las que comparar las observaciones.
- ❖ Prácticas sanitarias culturales y sociales
- ❖ Creencias espirituales
- ❖ Datos de valoración necesarios para trastornos específicos del paciente
- ❖ Intervenciones de enfermería y criterios de evaluación relevantes para los problemas de salud de un paciente
- ❖ Información sobre los diagnósticos médicos, tratamientos y pronósticos
- ❖ Métodos actuales y observaciones de la investigación

Métodos de obtención de los datos

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

En realidad, el profesional de enfermería usa los tres métodos a la vez cuando valora a los pacientes.

1.- Observación

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

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa.

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

2.- Entrevista

Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo: obtener o dar información.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido.

La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado.

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

Tipos de preguntas para la entrevista. Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas.

Las preguntas **cerradas**, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un «sí» o «no» o respuestas cortas directas que dan información específica. Las preguntas cerradas comienzan con «cuándo», «dónde», «quién», «qué», «haces (o hiciste)» o «eres (o fuiste)».

Las preguntas **abiertas**, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta especifica sólo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras.

Una pregunta **neutra** es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas.

La pregunta **dirigida** da al paciente la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

Planeación de la entrevista y marco. Antes de comenzar la entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, el formulario de recogida de datos de la institución para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico. Si no

se dispone de un formulario, se prepara una guía para la entrevista que ayude a recordar temas y determinar qué preguntas plantear. La guía comprende una lista de temas principales y secundarios en lugar de una serie de preguntas.

Momento. Se deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando se sientan cómodos y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales sanitarios sean mínimas y en el momento que elija el paciente.

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

Disposición de los asientos. Cuando un paciente está en la cama, el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. Durante una entrevista del ingreso inicial, un paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. Con una disposición de los asientos en que las partes se sientan en dos sillas colocadas en ángulos rectos respecto a un mostrador o una mesa o separados unos centímetros sin ninguna mesa entre ellos, crea una atmósfera menos formal y el profesional de enfermería y el paciente tienden a sentirse en términos iguales.

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

Lenguaje. No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. Se debe convertir la terminología médica complicada en un lenguaje 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. Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

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

El establecimiento de una buena relación es un proceso de creación de buena voluntad y confianza. Puede empezar con un saludo o una presentación acompañada de gestos no verbales como una sonrisa, un apretón de manos y un gesto amable. Se debe tener cuidado de no exagerar este estadio; una charla demasiado superficial puede despertar ansiedad sobre lo que sigue y puede no parecer sincera.

En la orientación, se explica el propósito y naturaleza de la entrevista, qué información se necesita, cuánto tardará y qué se espera del paciente. Así como el uso la información y establecer que el paciente tiene el derecho a no proporcionar datos.

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

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

3.- Exploración física

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

Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las cuatro técnicas específicas: inspección, auscultación, palpación y percusión.⁴²

Inspección: Es una observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, la forma, la posición, la localización anatómica, el color, el movimiento, la simetría, etc.

Auscultación: Es la escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales; puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio; esta técnica permite identificar la frecuencia, la intensidad, la calidad y la duración de los sonidos detectados.

Palpación: Se trata de usar el tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a partir de su tamaño, su forma, su textura, su temperatura, su humedad, su pulsación, su vibración, su consistencia y su movilidad.

Percusión: Es decir, golpeteo .suave con uno o más dedos sobre la superficie corporal, y el análisis acústico de los sonidos producidos que variarán según el tipo de estructura que haya debajo.⁴³

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. Se suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después se toman medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método cefalocaudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. Si se usa un método por sistemas corporales se investiga cada sistema de forma individual.⁴⁴

⁴² Kosier B., et al. op cit.

⁴³ Luis R. et al. Op cit.

⁴⁴ Kosier B., et al. op cit.

En lugar de hacer una exploración completa, se puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, se puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente antes de completar la exploración. También se puede realizar una exploración de cribado, o también llamada revisión de sistemas, es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideal o las normas de temperatura corporal o presión arterial.

b) Validación de los datos

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

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

No hay que validar todos los datos. Por ejemplo, los datos como la altura, el peso, la fecha de nacimiento y la mayoría de los estudios de laboratorio que pueden medirse en una escala precisa pueden aceptarse como objetivos. Como regla, el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería y los de la exploración

física o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración.

Para recoger los datos de forma precisa, se debe ser consciente de los propios sesgos, valores y creencias y separar los hechos de las inferencias, interpretaciones y suposiciones

c) Organización de datos

Para la organización de los datos se usa un formato escrito (o informatizado) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

d) Registro de datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración, a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.⁴⁵

El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Para aumentar la precisión, se registran los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas.⁴⁶

Al realizar cualquier tipo de anotación es preciso seguir una serie de normas, entre las que se encuentran:

Escribir con tinta: pluma, bolígrafo, rotulador, etc. Hacer anotaciones concretas y concisas, con letra clara o de imprenta. Utilizar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error. No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. En caso de

⁴⁵ Luis R. et al. Op cit.

⁴⁶ Kosier B., et al. Op cit.

equivocación cerrar entre paréntesis la palabra o la frase de que se trate, tacharla con una línea y escribir sobre ella claramente la palabra «error».

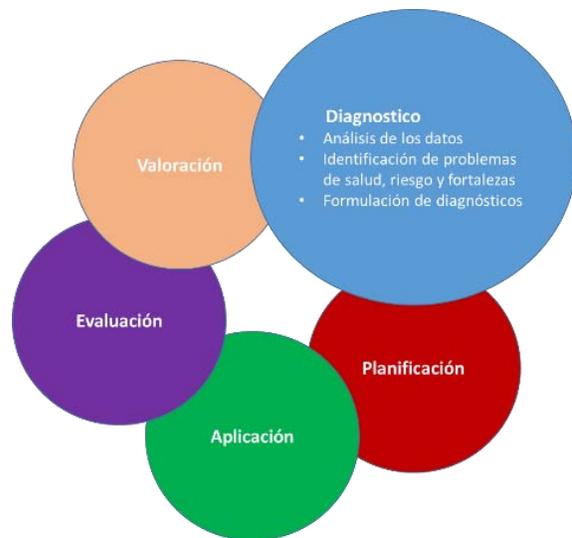
No dejar blancos ni escribir entre renglones: trazar una línea en los espacios en blanco y si hay que anotar algún olvido, hacerlo al final de la página anteponiendo «anotación tardía», seguida del día y de la hora en que se realiza la entrada. Después de obtener los datos o de realizar las actividades, escribir las anotaciones lo antes posible. Si ello no es posible, no hay que fiarse de la memoria y anotar la información requerida en un pequeño cuaderno de bolsillo para transcribirla a la historia del usuario en cuanto sea posible.⁴⁷

2.- SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

La declaración básica del diagnóstico de enfermería en tres partes. El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería.

Los diagnósticos pueden ser definidos como “una declaración clara, concisa y definitiva del estado de salud del paciente y las relaciones pueden ser afectadas por la intervención de enfermería. Es el producto del proceso diagnóstico de enfermería y se deriva de las inferencias de datos estimados y comprobados “el juicio o conclusión que se produce como resultado de la evaluación de enfermería” (Gebbie 1975)

ETAPAS DEL DIAGNOSTICO



FUENTE: Kosier B., et al. op cit.

En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las

⁴⁷ Luis R. et al. Op cit.

fortalezas y problemas del paciente. El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería. Las actividades que preceden a esta fase se dirigen a la formulación de los diagnósticos de enfermería; la planeación de la asistencia tras esta fase se basa en los diagnósticos de enfermería.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería comenzó formalmente en 1973, cuando se percibió la necesidad de identificar los roles de los profesionales de enfermería en un marco de asistencia ambulatoria.

El término diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman etiquetas diagnósticas, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta diagnóstica más la etiología (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o de riesgo), se llama diagnóstico de enfermería. Un diagnóstico de enfermería es un juicio hecho sólo después de una recogida exhaustiva y sistemática de los datos, y describen un proceso continuo de estados de salud: las desviaciones de la salud, la presencia de factores de riesgo y áreas relacionadas con la promoción del crecimiento personal.⁴⁸

PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera explicaciones antes de formar una opinión. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en partes (razonamiento deductivo). La síntesis es lo opuesto, es decir, juntar las partes en un todo (razonamiento inductivo).

El proceso diagnóstico lo usan continuamente la mayoría de los profesionales de enfermería. Un profesional de enfermería con experiencia puede entrar en la habitación de un paciente e inmediatamente observar datos significativos y extraer conclusiones sobre el paciente. Como resultado de la adquisición de

⁴⁸Kosier B., et al. Op cit.

conocimientos, habilidades y experiencia en el marco de la práctica, el profesional de enfermería experto puede sentir que estos procesos mentales los hace de forma automática. Pero los profesionales de enfermería novatos necesitan pautas para comprender y formular los diagnósticos de enfermería. El proceso diagnóstico tiene tres pasos:

- Análisis de los datos
- Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas
- Formulación de las declaraciones diagnósticas

Análisis de los datos

En el proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

1. Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas).
2. Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras).
3. Identificar lagunas e inconsistencias.

Para los profesionales de enfermería con experiencia, estas actividades ocurren de forma continua en lugar de secuencial.

Comparación de los datos con los estándares

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

- Apunta a un cambio positivo o negativo en el estado de salud o patrón de un paciente. Por ejemplo, el paciente dice: «recientemente he notado dificultad para respirar mientras subo las escaleras» o «no he fumado durante 3 meses».
- Varía de las normas de la población del paciente. El patrón del paciente puede adaptarse a normas culturales pero ser distinto de las normas de la

sociedad general. El paciente puede considerar que un patrón es normal. Pero este patrón puede no ser saludable y exigir más estudio.

■ Indica un retraso del desarrollo. Para identificar pistas significativas, el profesional de enfermería debe ser consciente de los patrones normales y cambios que se producen cuando la persona crece y se desarrolla.

Agrupación de pistas

La agrupación de los datos o las pistas es un proceso que determina la relación entre los hechos y determina si hay presente algún patrón, ya representen los datos incidentes aislados o no sean significativos. Este es el comienzo de la síntesis.

El profesional de enfermería puede agrupar los datos de manera individual combinando datos de diferentes áreas de valoración para formar un patrón. O el profesional de enfermería puede comenzar con una estructura, como los patrones de salud funcional de Gordon, y organizar los datos subjetivos y objetivos en las categorías apropiadas. Este último es un método deductivo de agrupación de los datos.

Los profesionales de enfermería con experiencia pueden agrupar los datos a medida que los recogen e interpretarlos, como se muestra en observaciones o pensamientos como «tengo la sensación de que...» o «esta pista no se ajusta al cuadro». El profesional de enfermería sin experiencia no tiene la base de conocimientos ni la experiencia clínica que le ayuden a reconocer las pistas. De este modo, el principiante debe tomar unas notas cuidadosas de la valoración, investigar los datos en busca de pistas anormales y usar los libros de texto para comparar las pistas del paciente con las características definidoras y factores causales de los diagnósticos de enfermería aceptados.

La agrupación de los datos implica la realización de inferencias sobre los datos. El profesional de enfermería interpreta el posible significado de las pistas, y etiqueta los grupos de pistas con posibles hipótesis diagnósticas.

Identificación de algunas e inconsistencias en los datos

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

Las inconsistencias son datos conflictivos. Las posibles fuentes de datos conflictivos comprenden el error de medida, las expectativas e informes inconsistentes o no fiables. Por ejemplo, un profesional de enfermería puede aprender de la anamnesis de enfermería que el paciente comunica que no había visto a un médico desde hacía 15 años, aunque durante la exploración física dice «mi médico me mide la presión arterial todos los años». Todas las inconsistencias deben aclararse antes de que pueda establecerse un patrón válido.

Normas y errores más comunes

- 1.- Los diagnósticos de enfermería son enunciados relacionados con los problemas de salud potenciales o reales
- 2.- Los diagnósticos de enfermería se describen como un enunciado descriptivo y etiológico
- 3.- La diagnosis de enfermería son concisos y claros
- 4.- La diagnosis de enfermería son específicos y exactos y se centran en el paciente.
- 5.- Los diagnósticos de enfermería dirigen las intervenciones de enfermería
- 6.- Los diagnósticos de enfermería son la base de las acciones e intervenciones de enfermería independientes y colaborativas.
- 7.- La lista de diagnósticos de enfermería reflejan la condición de salud actual del paciente.
- 8.- La lista de enunciados del diagnóstico de enfermería se comprueba.⁴⁹

Al definir los que son los diagnósticos de enfermería y comprender su desarrollo, también es útil aclarar las áreas posibles de confusión.

⁴⁹ Antología. Teorías y Modelos Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. ENEO-UNAM. México D.F: 2009. Pág. 166-170.

Existen por lo menos ocho áreas potenciales de aclaración.

1.- Los diagnósticos de enfermería no son diagnósticos médicos

Los diagnósticos médicos identifican y rotulan una condición patológica precisa, se elaboran para prescribir un tratamiento curar o reducir una lesión, describen una enfermedad o un síndrome clasificado. Los diagnósticos de enfermería describen los efectos de los síntomas y la condición patológica sobre las actividades y estilos de vida del paciente. Es el enunciado de la respuesta conductual del paciente a la condición o situación.

2.- El diagnóstico de enfermera no es la prueba diagnóstica.

Los diagnósticos de enfermería reflejan el efecto específico de una prueba diagnóstica sobre el paciente. El diagnóstico de enfermería establece la relación del paciente a la prueba como se muestra:

Incorrecta: Cateterización cardiaca

Correcta: Ansiedad relacionada con una falta de conocimiento del procedimiento.⁵⁰

3.- El diagnóstico de enfermería no es tratamiento médico o quirúrgico

El diagnóstico de enfermería refleja la respuesta del paciente al tratamiento.

4.-El diagnóstico de enfermería no es equipo

El diagnóstico de enfermería refleja la reacción del paciente al equipo particular

5.- El diagnostico de enfermería no es una simple etiqueta conceptual

Etiquetas tales como la “obesidad”, “inmovilización” y “estreñimiento” son demasiado generales y no definen la conexión específica ni muestran las relaciones necesarias para desarrollar órdenes significativas individuales de enfermería.

6.- El diagnostico de enfermería no es una declaración del problema de la enfermera con el paciente. Ocasionalmente, las enfermeras y los pacientes desarrollan conflictos interpersonales o de comunicación que dan lugar al etiquetamiento del paciente por parte de la enfermera como “difícil” “exigente o “imposible”. El problema es realmente de la enfermera y puede llegar a interferir en el ajuste del paciente con su situación de salud. El problema del personal de

⁵⁰Antología. Teorías y Modelos Enfermería op cit.

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

7.- El diagnóstico de enfermería no es una meta de enfermería

Las metas de enfermería son declaraciones de lo que la enfermera debe hacer por el paciente. “provisión de líquidos inadecuados” es una declaración de meta de enfermería. Los diagnósticos de enfermería se establecen como etiquetas para el problema de salud del paciente. Un diagnóstico de enfermería relacionado con la ingesta de líquidos podría ser “potencial deficiencia en el volumen de líquidos”.

8.- El diagnóstico de enfermería no es un simple síntoma.

El diagnóstico de enfermería consta de dos o más características definitorias y, en algunos casos, debe incluir elementos críticos particulares. No es un síntoma simple, tal como la presión sanguínea elevada, el incremento del pulso cardiaco edema o se. Las enfermeras pueden utilizar una manual o libro de consulta para identificar la necesidad de evaluación de características definitorias adicionales.

Las enfermeras deben estar alerta a las concepciones erróneas con el fin de evitarlas y para comprender la causar en forma adecuada los diagnósticos de enfermería. También es imperativo que las enfermeras den validez a la respuesta o reacción del paciente al diagnóstico médico, la prueba diagnóstica, el tratamiento médico o quirúrgico y el equipo.

Tipos de diagnósticos de enfermería

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

1.- Un diagnóstico actual: es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería, y se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

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

3.- Un diagnóstico del bienestar o de salud: es el que describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparadas para su fomento.

4.- Un diagnóstico de enfermería posible: es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo.

5.- Un diagnóstico sindrómico: es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos. En la actualidad hay seis diagnósticos sindrómicos en la lista internacional de la NANDA. El riesgo de síndrome por desuso, por ejemplo, pueden experimentarlo pacientes confinados a la cama desde hace tiempo. Los grupos de diagnósticos asociados a este síndrome son alteración de la movilidad física, riesgo de alteración de la integridad tisular, riesgo de intolerancia a la actividad, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección, riesgo de lesión, riesgo de impotencia, alteración del intercambio de gases, etc.

Componentes de los diagnósticos de enfermería.

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: El problema y su definición, la etiología y las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.

Tabla. Tipo de Diagnóstico y componentes de un diagnóstico de enfermería

Tipo de Diagnostico	Componentes de un diagnostico
Diagnostico Real	Etiqueta diagnostica + Factor relacionado + Manifestación o Características definitorias
Diagnóstico de Riesgo	Etiqueta diagnostica + Factor relacionado
Diagnóstico de salud.	Potencial de aumento de.../ Potencial de mejora de...

FUENTE: Antología. Teorías y Modelos Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. ENEO-UNAM. México D.F: 2009.

1. Problema (etiqueta diagnóstica) y definición

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

Para que sean útiles en la clínica, las etiquetas diagnósticas deben ser específicas; cuando la palabra *específico* sigue a una etiqueta el profesional de enfermería determina el área en la que ocurre el problema, por ejemplo, *deficiencia de conocimiento (medicamentos)* o *deficiencia de conocimiento (ajuste de la dieta)*.

2. Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita para individualizar la asistencia del paciente. Diferenciar entre las posibles etiologías en el diagnóstico de enfermería es esencial porque cada una puede exigir diferentes intervenciones de enfermería.

3. Características definidoras

Las características definidoras son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente. En los diagnósticos de enfermería del riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello, los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería del riesgo.

Clasificación según la NANDA

En 1967 dos enfermera Yura y Walsh describieron el proceso enfermero, en Sant Luis (EE.UU) organizaron la primera conferencia para identificar las

interpretaciones de los datos que representan los fenómenos de interés para las enfermera Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie invitaron a 100 colegas de Estados Unidos y Canadá a participar en este evento. Fue la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros, en la que se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros, desde entonces, la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se ha refinado mediante propuestas realizadas por enfermeras, basadas en la investigación y con el trabajo de miembros de la asociación de diagnósticos enfermeros, realizaron lo que actualmente se conoce como NANDA.⁵¹

La NANDA describe el diagnóstico enfermero desde una perspectiva conceptual; así, es “el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales”; y, desde una perspectiva metodológica, como una etiqueta que “proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”. Distingue entre diagnóstico real, de riesgo y de salud. Se hace referencia a la clasificación NANDA II, presentada en la decimocuarta conferencia de la NANDA en abril del año 2000. En la actualización del año 2007 de NANDA International, se recogen los 188 diagnósticos que quedan incluidos en los 148 conceptos diagnósticos identificados hasta el momento, se muestra la organización siguiente:

Dominio: Representa el nivel más abstracto de la clasificación. En la clasificación de la NANDA se presentan 13 dominios con su correspondiente definición:

Clase: Representa un nivel intermedio de organización dentro de la clasificación: la clase identifica aspectos específicos dentro de un dominio. La clasificación presenta 47 clases integradas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.⁵²

⁵¹ Lunney M. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Elsevier: 2008. Pág. 3-4

⁵² Bulechek G. et al. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Fundamentos de enfermería. Compendio. Pág. 66-68

En la segunda etapa de Diagnósticos, se hace mención a la clasificación de los diagnósticos enfermeros según la NANDA, debido a que se reconoce la gran importancia que representa esta codificación y que actualmente está vigente y se encuentra en gran auge, sin embargo en el Posgrado de Enfermería Infantil no se utiliza, debido a que uno de los objetivos de la especialidad es tratar de desarrollar el conocimiento y la identificación de datos clínicos para la construcción de diagnósticos en formato PES, sin restar mérito a esta codificación NANDA, la especialidad en enfermería Infantil trata de preservar en las alumnas el conocimiento y la capacidad de desarrollar y construir diagnósticos en base a la declaración del diagnóstico de enfermería en tres partes.

Formulación de las declaraciones diagnósticas

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se escriben en declaraciones de dos o tres partes, pero hay variaciones:

Declaraciones básicas en dos partes

La declaración básica en dos partes comprende lo siguiente:

1. *Problema (P)*: declaración de la respuesta del paciente (etiqueta NANDA)
2. *Etiología (E)*: factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas.

Las dos partes están unidas por las palabras *relacionado con* en lugar de *debido a*. La frase *debido a* implica que una parte causa o es responsable de la otra. Por el contrario, la frase *relacionado con* implica simplemente una relación. En las etiquetas de la NANDA que contienen la palabra *especificar*, el profesional de enfermería debe añadir las palabras que indiquen el problema de forma más concreta. El formato sigue siendo en dos partes. Por ejemplo, *no cumplidor (especificar)* sería *no cumplidor (dieta para la diabetes)* relacionado con la negación de padecer la enfermedad. Para su fácil alfabetización, muchas listas de la NANDA se disponen con palabras calificadoras después de la palabra principal (p. ej., *infección, riesgo de*). Evitar escribir declaraciones

diagnósticas de esa manera; en su lugar, escribirlas como se dirían en una conversación normal (p. ej., *riesgo de infección*).

Declaraciones básicas en tres partes

La declaración básica del diagnóstico de enfermería en tres partes se denomina **formato PES** y comprende lo siguiente:

1. *Problema (P)*: refiere la respuesta del paciente (etiqueta NANDA)
2. *Etiología (E)*: factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas
3. *Signos y síntomas (S)*: características definidoras manifestadas por el paciente

Los diagnósticos de enfermería actuales pueden registrarse usando la declaración en tres partes porque se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no puede usarse para diagnósticos del riesgo porque el paciente no tiene signos ni síntomas del diagnóstico.

El formato PES se recomienda especialmente para profesionales que diagnostican por primera vez porque los signos y síntomas validan por qué se eligió ese diagnóstico y describen el problema de una forma más descriptiva. El formato PES puede crear declaraciones del problema muy largas, lo que a veces oscurece el problema y su etiología. Para minimizar las declaraciones largas del problema, el profesional de enfermería puede registrar los signos y síntomas en las notas de enfermería en lugar de en el plan de asistencia. Otra posibilidad, recomendada para estudiantes, es enumerar los signos y síntomas en el plan de asistencia por debajo del diagnóstico de enfermería, agrupando los datos subjetivos (S) y objetivos (O). Los signos y síntomas son fácilmente accesibles, y el problema y la etiología destacan claramente.

Declaraciones en una parte

Algunas declaraciones diagnósticas, como los diagnósticos de enfermería del bienestar y los sindrómicos, constan sólo de la etiqueta de la NANDA. A medida que las etiquetas diagnósticas se refinan, tienden a ser más específicas, de

manera que pueden derivarse intervenciones de enfermería de la propia etiqueta. Por tanto, puede no ser necesaria ninguna etiología. Por ejemplo, añadir una etiología a la etiqueta *síndrome traumático por violación* no hace más útil ni descriptiva la etiqueta.

La NANDA ha especificado que cualquier diagnóstico de bienestar se desarrollará como declaraciones en una parte comenzando con las palabras *preparado para fomento* seguido del nivel mayor deseado de bienestar.

En la actualidad, la lista de la NANDA comprende varios diagnósticos del bienestar. Algunos de ellos son *bienestar espiritual, lactancia materna eficaz, conductas de búsqueda de la salud y pena anticipada*. Suelen aceptarse como declaraciones en una parte, pero pueden hacerse más explícitas añadiendo un descriptor, por ejemplo, *conducta de búsqueda de la salud (dieta pobre en grasas)*.

Variaciones de los formatos básicos

Las variaciones de las declaraciones básicas en una, dos o tres partes son las siguientes:

1. Escribir *etiología desconocida* cuando las características definidoras están presentes pero el profesional de enfermería no conoce la causa ni los factores contribuyentes. Un ejemplo es *falta de cumplimiento (régimen farmacológico)* relacionado con causa desconocida.
2. Usar la frase *factores complejos* cuando hay demasiados factores etiológicos o cuando son demasiado complejos de establecer en una frase corta. Las causas actuales de la autoestima baja crónica, por ejemplo, pueden ser largas y complejas, como el siguiente diagnóstico de enfermería: *autoestima baja crónica* relacionada con factores complejos.
3. Usar la palabra *posible* para describir el problema o su causa. Cuando el profesional de enfermería cree que son necesarios más datos sobre el problema del paciente o su causa, se introduce la palabra *posible*. Ejemplos son *autoestima baja* relacionada posiblemente con pérdida de empleo y rechazo de

la familia; *procesos mentales alterados* relacionados posiblemente con entorno no familiar.

4. Uso de *secundario* para dividir la causa en dos partes, lo que hace la declaración más descriptiva y útil. La parte que sigue a *secundario* es a menudo un proceso fisiopatológico o morboso o un diagnóstico médico, como en *riesgo de alteración de la integridad cutánea* relacionado con reducción de la circulación periférica secundaria a diabetes.

5. Añadir una segunda parte a la respuesta general o etiqueta de la NANDA para hacerla más precisa. Por ejemplo, el diagnóstico *alteración de la integridad cutánea* no indica la localización del problema. Para hacer esta etiqueta más específica, el profesional de enfermería añade un descriptor como: *alteración de la integridad cutánea (cara lateral izquierda del tobillo)* relacionada con reducción de la circulación periférica.

Problemas conjuntos

Carpenito-Moyet (2006) ha sugerido que todos los problemas conjuntos (multidisciplinares) comiencen con la etiqueta diagnóstica *posible complicación* (PC). Los profesionales de enfermería deben incluir en la declaración diagnóstica la posible complicación que están vigilando y la enfermedad o tratamiento presente que puede producirla.

En algunas situaciones, una causa podría ser útil para sugerir intervenciones. Los profesionales de enfermería deberían escribir la causa cuando a) aclara la declaración del problema, b) puede referirse de forma concisa y c) ayuda a aconsejar acciones de enfermería.

Evaluación de la calidad de la declaración diagnóstica

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

definidoras de la NANDA. En los problemas de riesgo, el profesional de enfermería compara los factores de riesgo del paciente con los de la NANDA.

Evitación de errores en el razonamiento diagnóstico

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

Las siguientes recomendaciones ayudan a minimizar el error diagnóstico:

- *Verificar.* Plantear posibles explicaciones de los datos, pero tener en cuenta que todos los diagnósticos son sólo provisionales hasta que se verifiquen. Comenzar y terminar el proceso diagnóstico hablando con el paciente y la familia. Cuando se recojan datos, preguntarles cuáles son sus problemas de salud y cuáles creen que son sus causas. Al final del proceso, pedirles que confirmen la precisión y relevancia de sus diagnósticos.
- *Construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica.* Los profesionales de enfermería deben aplicar el conocimiento obtenido de muchas áreas diferentes para reconocer las pistas y patrones significativos y generar hipótesis sobre los datos. Por nombrar sólo algunos, los principios de la química, la anatomía y la farmacología ayudan al profesional de enfermería a comprender los datos del paciente de diferentes formas.
- *Disponer de un conocimiento de trabajo de lo que es normal.* Los profesionales de enfermería necesitan saber las normas de la población en cuanto a las constantes vitales, las pruebas de laboratorio, el desarrollo del habla, los ruidos respiratorios y otros. Además, los profesionales de enfermería

deben determinar lo que es habitual para cada persona, teniendo en cuenta su edad, estructura física, estilo de vida, cultura y la propia percepción de la persona de lo que es su estado normal. Por ejemplo, la presión arterial normal en los adultos se sitúa entre 110/60 y 140/80. Pero un profesional de enfermería puede obtener una lectura de 90/50 que es perfectamente normal para un paciente en particular. El profesional de enfermería debería comparar las observaciones actuales con los datos básicos del paciente siempre que fuera posible.

- *Consultar los recursos.* Los profesionales de enfermería novatos y experimentados consultan los recursos adecuados siempre que tienen dudas sobre el diagnóstico. La bibliografía profesional, los colegas y otros profesionales son recursos adecuados. El profesional de enfermería debe usar un libro de diagnósticos de enfermería para determinar si los signos y síntomas del paciente se ajustan realmente a la etiqueta de la NANDA escogida.
- *Basar los diagnósticos en patrones, es decir, en comportamientos en el tiempo, mejor que en incidentes aislados.* Por ejemplo, aunque Amanda Aquilini está preocupada hoy por haber dejado a su hija con un vecino, es probable que esta preocupación se resuelva sin intervención al día siguiente. Por tanto, el profesional de enfermería que hace el ingreso no debe diagnosticar *procesos familiares interrumpidos*.
- *Mejorar las habilidades del pensamiento crítico.* Estas habilidades ayudan al profesional de enfermería a ser consciente de los errores en el pensamiento y a evitarlos, como un exceso de generalización, el estereotipo y el hacer suposiciones sin garantía.⁵³

⁵³ Kosier B., et al. op cit.

3.- TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN

La planeación es definida como el “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).

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN



FUENTE: Kosier B., et al. op cit.

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

Aunque la planeación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos

que ponen en marcha el plan de asistencia; por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos.

TIPOS DE PLANEACIÓN

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

- **Planeación inicial**

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

- **Planeación en curso**

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

- Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
- Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno
- Decidir en qué problemas centrarse durante el turno

- Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente

Planeación para el alta

La **planeación para el alta**, el proceso de anticipación y planeación de las necesidades que 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. Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan asistencia. Aunque a muchos pacientes se les da el alta para ir a otras instituciones, este tipo de asistencia cada vez se presta más en el domicilio. La planeación 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.

Desarrollo de los planes de asistencia de enfermería

El producto final de la fase de planeación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia. Un **plan de asistencia de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede pensar.

Un **plan de asistencia de enfermería formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente. El beneficio más obvio de un plan de asistencia escrito formal es que proporciona una asistencia continua.

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

Un **plan de asistencia individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen hacia los mismos resultados y que, si están disponibles, usen métodos que han demostrado su eficacia con un paciente en particular. Los profesionales de

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

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

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

El proceso de planeación

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

- a) Establecimiento de prioridades
- b) Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente
- c) Selección de intervenciones de enfermería
- d) Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia

a) Establecimiento de prioridades

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

Los profesionales de enfermería usan con frecuencia la jerarquía de necesidades de Maslow cuando establecen las prioridades. En la jerarquía de Maslow, las necesidades fisiológicas como las de aire, alimento y agua son básicas para la vida y reciben una mayor prioridad que la necesidad de seguridad o actividad. Las necesidades de crecimiento, como la autoestima, no se perciben como «básicas» en este esquema. De este modo, los diagnósticos de enfermería como *limpieza ineficaz de la vía respiratoria* y *alteración del intercambio gaseoso* serían más prioritarios que diagnósticos de enfermería como *ansiedad* o *afrontamiento ineficaz*.

No es necesario abordar antes todos los diagnósticos con prioridad alta que los demás. El profesional de enfermería puede abordar parcialmente un diagnóstico

con una prioridad alta y después otro con una prioridad menor. Además, como el paciente puede tener varios problemas, el profesional de enfermería se enfrenta a menudo con más de un diagnóstico a la vez.

b) Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de asistencia, los **objetivos/resultados deseados** describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Los términos *objetivo* y *resultado deseados* se usan de forma intercambiable en este texto, excepto cuando se comenta y usa el lenguaje estandarizado. Algunas referencias bibliográficas también usan los términos *resultado esperado*, *resultado predicho*, *criterio para el resultado* y *objetivo*.

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

Clasificación (NOC)

El año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Meridean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como *“un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera”* (Moorhead, Johnson & Maas, 2004)

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. Los resultados se han relacionado con los diagnósticos NANDA, los problemas del Sistema Omaha, los patrones funcionales de Gordon, el Long-Term Care Minimum Data Set, el Resident Assessment Instrument utilizado en residencias, la International Classification of Functioning (ICF) y las intervenciones NIC.⁵⁴

Clasificación de los resultados de enfermería

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario un lenguaje estandarizado o común si se van a incluir todos los datos de enfermería en bases de datos computarizadas que se analicen y utilicen en la práctica de la enfermería. Un resultado de la NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es «un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención(es) de enfermería. 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 (una medida) que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador. Cuando usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado

⁵⁴ Johnson M. et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Pág. 7-9

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.

Objetivos a largo y corto plazo

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Un objetivo a corto plazo sería «el paciente elevará el brazo derecho hasta la altura del hombro el viernes». En el mismo contexto, un objetivo a largo plazo sería «el paciente recuperará el uso completo en 6 semanas». Los objetivos a corto plazo son útiles: a) para pacientes que exigen asistencia sanitaria durante un período corto y b) para aquellos que se sienten frustrados por los objetivos a largo plazo que parecen difíciles de alcanzar y que necesitan la satisfacción de conseguir un objetivo a corto plazo. En el marco de la asistencia de pacientes con procesos agudos, gran parte del tiempo del profesional de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del paciente, de manera que la mayoría de los objetivos es a corto plazo. Pero los pacientes en este marco también precisan objetivos a largo plazo que guíen la planificación de su alta a instituciones de estancias largas o a una asistencia domiciliaria, en especial en el ambiente de la asistencia gestionada. Los objetivos a largo plazo se usan a menudo en pacientes que viven en casa y tienen problemas de salud crónicos y en pacientes que viven en residencias, instituciones de estancias prolongadas y centros de rehabilitación

Directrices para escribir los objetivos/resultados deseados

1.- Escribir los objetivos y resultados en términos de respuestas del paciente, no de actividades de enfermería. Comenzar cada declaración de objetivos con *el paciente hará* puede ayudar a centrarse en el objetivo de las conductas del paciente y sus respuestas. Evitar declaraciones que comiencen con *hacer capaz, facilitar, permitir, dejar* o verbos análogos seguidos de las palabras *al paciente*.

Estos verbos indican lo que el profesional de enfermería espera conseguir, no lo que el paciente hará.

2.- Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del paciente y para el tiempo designado, si se indica. Las limitaciones son recursos económicos, equipo, apoyo familiar, servicios sociales, condición física y mental y tiempo.

3.- Asegurarse de que los objetivos y resultados deseados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales.

4.- Asegurarse de que todos los objetivos derivan sólo de un diagnóstico de enfermería. Mantener la declaración del objetivo relacionada con un solo diagnóstico facilita la evaluación de la asistencia al asegurar

5.- Usar términos mensurables y observables para los resultados. Evitar palabras que sean vagas y exijan una interpretación o juicio por parte del observador. Si se usan en los resultados, estas frases pueden llevar a desacuerdo sobre si el resultado se consiguió. Estas frases pueden ser adecuadas para un objetivo amplio, pero no son suficientemente claras ni específicas para guiar al profesional de enfermería cuando se evalúan las respuestas del paciente.

6.- Asegurarse de que el paciente considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él. Algunos resultados, como los de problemas relacionados con la autoestima, la crianza de los hijos y la comunicación, implican elecciones que es mejor que haga el paciente o hacerlas en colaboración con él.

c) Selección de intervenciones y actividades de enfermería

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

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

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

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

Tipos de intervenciones de enfermería

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

Las **intervenciones independientes** son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales sanitarios. Recordar que los diagnósticos de enfermería son problemas del paciente que pueden tratarse sobre todo mediante intervenciones de enfermería independientes. Al realizar una actividad autónoma, el profesional de enfermería determina que el paciente requiere ciertas intervenciones de enfermería, que bien realiza o delega en otros profesionales, y es responsable de la decisión y de las acciones. Un ejemplo de acción independiente es la planificación y proporción de asistencia oral especial a un paciente después de diagnosticarle una *alteración de la mucosa oral*.

Las **intervenciones dependientes** son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, o según rutinas especificadas. Las órdenes del

médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de la valoración de la necesidad de las órdenes médicas, de su explicación y de su administración. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la orden médica en función del estado del paciente.

Las **intervenciones conjuntas** son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo sanitario, como los fisioterapeutas, los asistentes sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal sanitario. Por ejemplo, el médico podría ordenar fisioterapia para enseñar al paciente a caminar con muletas. El profesional de enfermería sería responsable de informar al departamento de fisioterapia y de coordinar la asistencia del paciente para incluir las sesiones de fisioterapia. Cuando el paciente vuelve a la unidad de enfermería, el profesional de enfermería ayudaría a caminar con muletas y colaboraría con el fisioterapeuta en la evaluación del progreso del paciente.

El tiempo empleado por el profesional de enfermería en sus funciones independientes respecto a las conjuntas o dependientes varía en función del área clínica, el tipo de institución y la posición específica del profesional de enfermería.

Criterios para la elección de las intervenciones de enfermería

Tras considerar las consecuencias de las intervenciones de enfermería alternativas, el profesional de enfermería elige una o más que es probable que sean más eficaces. Aunque este basa su decisión en su conocimiento y experiencia, la información del paciente es importante.

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a elegir las mejores intervenciones de enfermería. El plan debe ser

- Seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.

- Alcanzable con los recursos disponibles. Ser coherente con los valores, creencias y cultura del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos
- Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes.
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales y las normas de la institución.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Los investigadores de enfermería reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan. En 1992 se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería llamada **clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)**, y se ha actualizado cada 4 años desde entonces. Esta taxonomía consta de tres niveles: a) nivel 1, dominios; b) nivel 2, clases, y c) nivel 3, intervenciones.

Se han elaborado más de 514 intervenciones, cada intervención establecida de forma amplia incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que perfilan las acciones clave de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver qué intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.⁵⁵

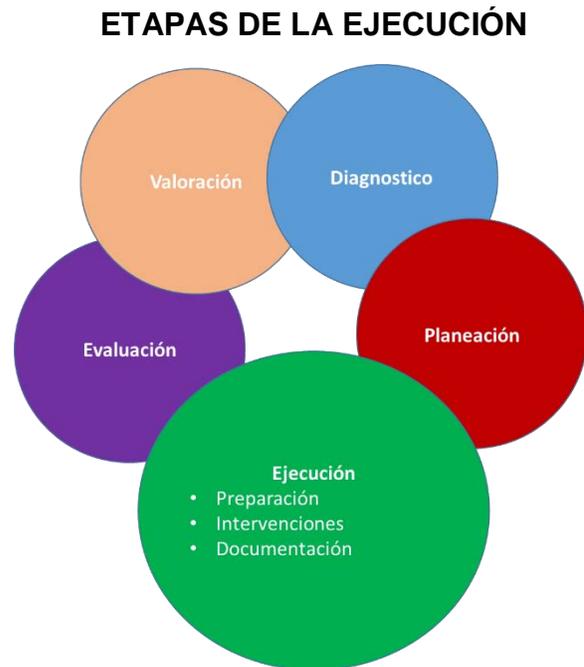
⁵⁵ Kosier B., et al. op cit.

Aunque en la Especialidad en Enfermería Infantil no se trabaja con el sistema NIC-NOC, aunque al igual que NANDA se encuentran en gran auge y en una etapa de desarrollo muy importante en las Instituciones, sin embargo el Posgrado en Enfermería Infantil trata de desarrollar los resultados y las intervenciones en base a ciertas características y que deben cubrir con ciertos requisitos: basándose en principios científicos de la patología, ser individualizadas, formularse de manera concisa, simple y concreta, derivarse de la etiología, etc., sin embargo conocer estas taxonomías, nos sirve ampliar los conocimientos y saber cómo se trabaja con ellas.

4.- CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

La ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería planificadas para lograr los resultados propuestos, definido como:

“Es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente” (Kozier 2005).



FUENTE: Kosier B., et al. op cit.

Usando la terminología de la NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después

concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

Según Iyer y Cois 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.

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

1. Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
2. Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
3. Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
4. Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan tal como se concibió o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado en esa circunstancia. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras expuestas en este mismo capítulo, en el apartado «Registro de los datos» dentro de la etapa de valoración.

Sistemas de prestación de cuidados

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de enfermería, en la ejecución de sus intervenciones utiliza uno de los cinco modelos principales, sus diferencias residen en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para satisfacer las necesidades del paciente. A continuación se describen cada uno de esos modelos.

Asignación por tareas: aquí, las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería. Todos los cuidadores participan, pero a cada uno se le asignan ciertas funciones. Las tareas son asignadas de acuerdo a su complejidad y el conocimiento del cuidador. El profesional de enfermería adquiere mayor habilidad si realiza las mismas tareas de forma habitual, pero, puede llegar a ser monótono el cuidado del paciente, además de que fragmenta las intervenciones de enfermería y se pierde continuidad.

Enfermería de cuidados básicos: el profesional de enfermería es el encargado de dirigir la atención de un cliente o conjunto de clientes, elabora el plan de cuidados y se encarga de que se cumpla durante las 24 horas. Cuando el profesional de enfermería se ausenta, la intervención del cliente se delega a otro profesional que sigue el plan de cuidados que diseñó el profesional de enfermería de cuidados básicos. En este modelo, el profesional de enfermería que presta los cuidados, no debe estar a cargo de más de 6 clientes.

Atención enfocada al paciente: aquí, los recursos y los profesionales de salud se organizan alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados.

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. Los directores del control de casos, son miembros del equipo de enfermería con experiencia en una

determinada área clínica. El profesional de enfermería utiliza dos herramientas en control de casos, un plan de control de casos que consiste en un plan de cuidados que delimita los diagnósticos del cliente, los resultados y las actuaciones. Y, la vía crítica o el curso del resultado del paciente, esto es un resumen de una página del plan de tratamiento del caso.⁵⁶

5.- QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La evaluación es *“Comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo de salud”* (Christensen 1993).

Aunque esta se refiriere únicamente a evaluación formal, esto es, a la última etapa del proceso enfermero, hay que tener presente que la evaluación está incluida en cada etapa, en forma de valoración continuada, como parte integral de la relación terapéutica entre la enfermera y el usuario.

La evaluación formal consta de tres pasos: a) valoración de la situación actual del usuario, b) comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio, c) mantenimiento y modificación o finalización del plan de cuidados.

ETAPAS DE LA EVALUACIÓN



FUENTE: Kosier B., et al. op cit.

⁵⁶ Iyer P. et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997. pp. 269-284.

a) Valoración de la situación actual del usuario

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas en la etapa de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia del usuario para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

b) Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión

Tras reunir los datos actuales éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos; la comparación puede llevar a uno de estos tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido en parte o no se han conseguido en absoluto.

En el primer caso, esto es, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanzará al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han conseguido sólo en parte o no se han logrado en absoluto, Alfaro sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas:

¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiados para esta persona? ¿Se realizaron las actividades de forma consistente tal como estaban planificadas?

Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios adecuados? ¿Cuál es la opinión del usuario respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?

¿Qué factores dificultaron el progreso? ¿Qué factores facilitaron el progreso?

¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación y artículos prácticos, aplicables en este caso?

Si la respuesta a las tres primeras preguntas es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea, por lo que sugerimos añadir estas otras dos:

¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación del usuario tratable por la enfermera? Los datos a partir de los cuales se formuló el diagnóstico, ¿eran suficientes y exactos?

Es evidente que hallar las respuestas no siempre es fácil porque implica replantearse con espíritu crítico el trabajo realizado desde el principio y estar dispuesta a aceptar los errores; sin embargo, en nuestra opinión, esta reflexión resulta fundamental no sólo para brindar mejores cuidados al usuario, centro y eje de nuestra actuación, sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera y detectar y corregir los posibles puntos débiles en la valoración, en la planificación o en la puesta en práctica del plan.

c) Mantenimiento, modificación o finalización del plan

Finalmente, debe tomarse una decisión sobre la actuación que debe seguirse en adelante.

Mantenimiento

Cuando los objetivos se han logrado en parte y al analizar todo el proceso se comprueba que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del usuario, se optará por mantener el plan inicial, aunque se requiera un plazo más largo para lograr los objetivos propuestos inicialmente.

Modificación

Cuando los objetivos se han logrado en parte o no se han logrado en absoluto y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que ha habido cambios en la situación del usuario o han aparecido factores que influyen en el logro de los objetivos propuestos y que no se han reflejado en la planificación, se procederá a modificar el plan inicial de acuerdo con los nuevos hallazgos.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido del todo los objetivos marcados al principio, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

Finalización

Cuando los objetivos se han conseguido totalmente, las causas que lo provocaban han desaparecido o se han controlado, y el usuario demuestra la

habilidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud, estará indicada la finalización del plan.⁵⁷

Lineamientos para la evaluación

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

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: apropiadas al objetivo.

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 domicilio cognoscitivo, psicomotor o afectivo) enunciando 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 la: 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.

⁵⁷ Luis R. et al. Op cit.

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:

- a) Los planes no eran realistas en tiempo o recursos
- b) Los planes sobrestiman o subestiman las capacidades del paciente.
- c) Se ha hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.
- d) Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.
- e) 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.⁵⁸

Estructura, proceso y resultado

La evolución 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).

a) Estructura

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud.

Esquema del proceso de evaluación			
Forma de Evaluación	Estructura	Proceso	Resultado
Propósito	La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la	La evolución del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta

⁵⁸Griffith J., et al. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México DF: El Manual Moderno; 1993. pp. 193-205.

	para cubrir las necesidades del paciente.	implementación de cada componente del proceso	esperada o las metas y objetivos redactado por el paciente y enfermería
Instrumentos medios	o Forma de la comisión de la junta sobre hospitales	Escala de clasificación de competencias de enfermería.	Sistema Wisconsin Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento
Fuentes de datos	Manuales de procedimientos Enunciados de la política de la institución Descripción de posiciones Planes de atención de enfermería	Concurrente La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas	Concurrente El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Retrospectivo	Planes de orientación y programas en servicio Nivel educativos del personal Instalaciones y equipo disponibles	Retrospectivo La grafica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	Retrospectivo La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

FUENTE: Griffith J., et al. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México DF: El Manual Moderno; 1993.

b) Proceso

La evolución 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 evolución que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad.

La evolución concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento que tiene lugar.

La evolución 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.

c) 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; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

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

Métodos de evaluación del proceso y el resultado	
Proceso (Evaluación de Enfermería)	Resultado (Evaluación del paciente)
<p>Concurrente</p> <p>Paciente: Preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera</p> <p>Enfermera: Observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente.</p> <p>Gráfica: examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio.</p>	<p>Paciente: Observar los cambios del paciente que sigue una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destreza o habilidades nuevas. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>
<p>Retrospectivo</p> <p>Examen de la gráfica: busca los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedente</p>	<p>Examen de la gráfica: Buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las conductas psicológicas hacia la mejoría en la salud, también son</p>

evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.

FUENTE: Griffith J., et al. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México DF: El Manual Moderno; 1993.

La evaluación retrospectiva del resultado examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.⁵⁹

La enfermera tiene como practica y función primordial el otorgar cuidados ante cualquier situación de salud, y el Proceso Atención Enfermería es el método de intervenciones que la distingue y que le ha resultado indispensable en los ámbitos de enseñanza y práctica, ya que además de ayudar a profundizar en el conocimiento del cuidado le ha proporcionado al profesional de enfermería una identidad propia de carácter científico, estableciendo como único objeto de estudio el cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad. La Enfermera Especialista Infantil desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente en etapa infantil, por lo tanto, requiere de la utilización del PAE como herramienta metodológica, instrumento de reconocimiento de necesidades y problemas específicos e interpretación de signos clínicos dentro de un contexto particular, con la finalidad de proporcionar atención y cuidado de alta calidad y con alto sentido humano en mejora del estado de salud y calidad de vida del niño. Siendo de gran utilidad a la Enfermera Especialista para establecer la priorización y aplicación de cuidados, lo que permite otorgar atención efectiva y eficiente. Por lo tanto dicho proceso le facilita la adquisición de conocimientos que resultan indispensables para su desarrollo tanto personal como profesional, lo que se ve reflejado no solo en las habilidades sino también en el aumento de la calidad de atención y en el fortalecimiento profesional. Por lo tanto al realizar la revisión de diferentes autores ahora me es posible comprender las etapas del proceso de atención enfermería de una forma más compleja y completa.

⁵⁹ Griffith J., et al. op cit.

1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson

Virginia Henderson fue una enfermera norteamericana, nació en Kansas Estados Unidos en 1897 y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su interés por la enfermería surgió durante la Primera Guerra Mundial, a raíz de los desastres de este conflicto bélico y del aumento de la demanda de enfermeras en los hospitales, dedicó la mayor parte de su existencia a de formarse y a investigar, creando e impulsando el concepto de enfermería tal y como hoy lo conocemos.⁶⁰

Henderson postula que “la función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte placentera) y que él paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude adquirir independencia lo más rápidamente posible” (1961). Este concepto hace referencia que el objetivo de la acción de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es: Asistir a la paciente y a su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes en la mayor brevedad. Desarrollando un plan de acción según las necesidades en las que se detecta la dependencia y las causas de esta.⁶¹

Define la función propia de la enfermera como “la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, conocimiento o voluntad necesario. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible” (1956)⁶²

⁶⁰ Henderson V. La Naturaleza de la Enfermería: Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. 1ra edición. Cartagena, Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994. p 1-109

⁶¹ García M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. 2da edición. México, D.F; Editorial Progreso; 2004. p 1-17

⁶² Glaves C. Teorías y Modelos de Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. 2da edición. México D.F: Ed Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. p. 7-137.

Por otro lado Taylor E. Señala que “la enfermería es la adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento preventivo a cada individuo, según sus necesidades físicas y psíquicas específicas, y que la verdadera naturaleza de la enfermería sólo puede transmitirse a través de ideales, amor, simpatía, conocimientos y cultura, expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas” (1933)

Virginia Henderson nos habla de la enfermería con la cabeza, las manos y el corazón, y pudo captar la profesión de enfermería con una simplicidad elegante. Su modo de preocuparse y filosofía sobre la igualdad han quedado plasmados al llevar el desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería. Esto ofrece una definición concisa de la enfermería en la que destaca la concepción del receptor de los cuidados como agente de cuidados de salud, otorgando a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas definidas en su modelo, legítima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados de la salud.

Las razones que han llevado a adoptar el Modelo de Virginia Henderson se exponen a continuación y, son fruto del estudio prolongado y riguroso de la obra de esta teorizadora, se describen en el plano de lo personal y, en consecuencia, son tan subjetivas y cuestionables como se quieran considerar.

1. Es uno de los modelos conceptuales más conocidos a causa, de la definición de la función propia de la enfermera.
2. Resulta coherente con nuestros valores culturales y explica los conceptos mediante una terminología de fácil comprensión. Esto no significa que sea un modelo simplista o simplificador, sino que expresa ideas profundas y complejas con un lenguaje sencillo y exento de artificios.
3. Su construcción teórica es muy abierta lo que, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales de cuidados.

4. Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. No solo delimita claramente el campo de actuación propio, sino que incluye ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico.
5. Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.
6. Reconoce que la persona posee el potencial de cambio para ocuparse de sus cuidados.
7. Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable.
8. Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.
9. Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para formular los problemas identificados.⁶³

Henderson fue la pionera en la incorporación de una filosofía humanista y existencialista a los cuidados enfermero, usando como apoyo conceptual teorías de las relaciones interpersonales y de las necesidades humanas.⁶⁴

Modelo

Un modelo es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o de lo que se sabe poco; no es la realidad, sino una abstracción de ésta. Los modelos pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1. Modelos concretos o modelos de la realidad. Son una simulación o analogía que reproduce algo que ya existe en el mundo real, por ejemplo una muñeca.
2. Modelos abstractos o modelos para la realidad. Representan un ideal, un ejemplo, una imagen, algo aún inexistente pero cuya materialización se

⁶³ Luis R. et al. Op cit. p. 27-38

⁶⁴ Henderson V. op cit.

persigue. Los planos de un edificio que se desea construir son un ejemplo de modelo de este tipo.

Modelos conceptuales

También llamados Marco Conceptual o Matriz Disciplinaria. Nos referimos a imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante conceptos, de lo que podemos deducir que los modelos conceptuales pertenecen al grupo de los modelos abstractos o modelos de la realidad.

Un Modelo Conceptual Enfermero

Puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática ya que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

Su propuesta del prototipo que debe alcanzarse ofrece una orientación específica de los cuidados no sólo para las enfermeras, a quienes proporcionan un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general puesto que identifican el propósito y el ámbito de la enfermería como profesión.⁶⁵

Componentes de los modelos conceptuales enfermeros

Todos los modelos, aunque representen una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, tienen los mismos componentes, que son:

1. Las asunciones científicas o postulados.

Representan el *cómo* del modelo conceptual y aportan un soporte teórico y científico. Son afirmaciones sobre la persona, el entorno, la salud y el rol profesional, que se aceptan como verdaderas y que pueden ser contrastadas en el mundo real, es decir, que son cuestionables.

2. Las asunciones filosóficas o valores.

⁶⁵ Luis R. op cit.

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

3. Los elementos.

Conforman el *qué* del modelo y en cada uno de ellos se hacen afirmaciones específicas que orientan su adopción en la práctica. Este componente incluye las siguientes conceptualizaciones:

- El objetivo de los cuidados: identifica el fin que se persigue con los cuidados enfermeros y que debe ser distinto de la meta que pretenden alcanzar los restantes componentes del equipo de salud pero al tiempo deber ser congruente con ella.

- El usuario del servicio: describe las características que debe tener éste para que requiera el servicio específico de las enfermeras.

- El rol profesional: delimita el área de competencia y de responsabilidad profesional ante la sociedad.

- La fuente de dificultad del usuario: indica el origen real o probable de las dificultades vividas por el usuario de las cuales la enfermera puede y debe ocuparse.

- La intervención de la enfermera: hace referencia al centro de atención y los modos generales de la actuación enfermera.

- Las consecuencias de la intervención: son los resultados que espera que alcance el usuario; permite evaluar la calidad y la eficacia de los cuidados prescritos y, mediante el establecimiento de las medidas de control adecuadas, introducir las modificaciones necesarias.⁶⁶

Este marco conceptual se sustenta en las necesidades básicas del ser humano, clasificado en la Enfermería Humanista, porque considera la Profesión de Enfermería con un arte y una ciencia.

Henderson, dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, afirma que la enfermera, es, y debe ser

⁶⁶ Luis R. op cit.

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 abarca todas las posibles funciones de la enfermera.⁶⁷

De acuerdo con este modelo:

La persona es un ser integral, es decir, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, sí aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud, Posteriormente lo describe como la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

El rol profesional es un servicio de ayuda al usuario del servicio enfermero y se orienta específicamente a suplir su autonomía i a completar lo que le falta (fuerza, conocimientos, o voluntad) para que logre su independencia.

La salud se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas.⁶⁸

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. “La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.⁶⁹

⁶⁷ García M. op cit.

⁶⁸ Luis R. op cit.

⁶⁹ Garcia M. op cit.

CARACTERÍSTICAS DEL LOS NÚCLEOS DE ENFERMERÍA DESDE LA PROPUESTA DE VIRGINIA HENDERSON

PERSONA, es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud o independencia, o bien la muerte pacífica. Dicho individuo es único y completo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que se enmarcan en las catorce necesidades básicas.

Dentro del concepto de la persona, menciona que la mente y el cuerpo son inseparables, además considera al paciente y a la familia como la unidad, que requiere ayuda para ser independiente y el que el papel de enfermera es proporcionar los catorce componentes de la satisfacción de las mismas.

SALUD, Virginia Henderson no define como salud como tal, sin embargo la menciona como la capacidad del individuo para realizar sin ayuda la satisfacción de las catorce necesidades lograr su independencia. Conceptualiza a la salud en la medida que la persona es independiente para satisfacer sus necesidades básicas, mencionando que la salud es: “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel de potencia de satisfacción en la vida”.⁷⁰

ENTORNO, no proporciona una definición pero remite al Webster’s New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como “*el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismos*”

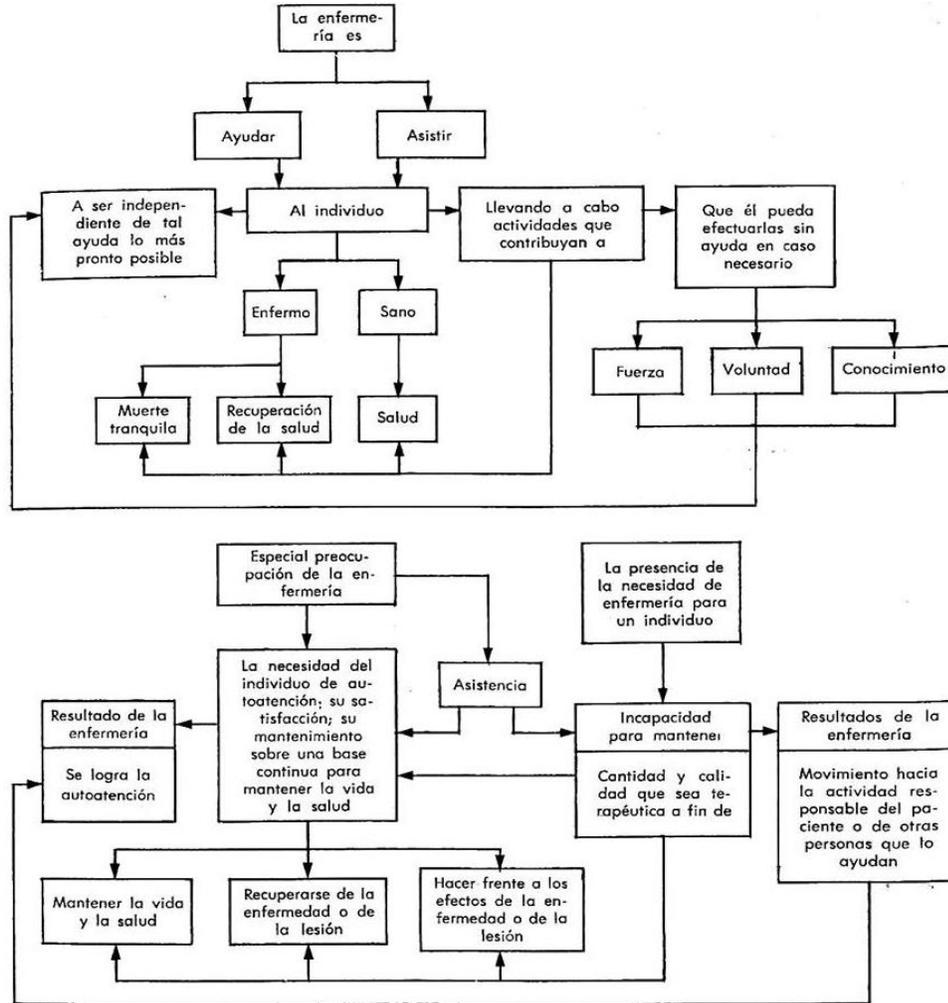
También hace referencia a una serie de condiciones internas y externas que influyen en el desarrollo de una persona

ENFERMERÍA, se define al recurso que proporciona ayuda al individuo para alcanzar su independencia a través del rol, por lo que la define como, la única función de la enfermera para ayudar al individuo sano o enfermo en la

⁷⁰ Henderson V. op cit.

realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila, y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.⁷¹

Concepto de la enfermería de Virginia Henderson



FUENTE: Enfermería Teoría y Práctica T.1 Papel de la enfermera en la atención del paciente: Henderson V. la prensa médica mexicana, México, D.F. p. ,23.

Postulados o asunciones científicas

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograr.

⁷¹ Henderson V. op cit

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

Es interesante destacar que estas asunciones se refieren únicamente al concepto de persona, lo que, en nuestra opinión, puede deberse a su especial interés por destacar una visión integral del ser humano en contra de la idea dominante en aquel momento: la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente.⁷²

Asunciones filosóficas o valores

1. “La enfermera tiene la función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de n.

2. “Cuando la enfermera asume el papel del médico, delega su función primaria en personal no cualificado o preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

3. “La sociedad busca y espera un servicio, de la enfermera (su función propia) y que ningún otro trabajador o profesional es capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.⁷³

Las tres asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional, lo que creemos que se debe a que fue la primera teórica que intentó marcar los límites que separaban las áreas de competencia médica y enfermera.⁷⁴

Supuestos

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos

⁷² Luis R. op cit.

⁷³ García M. op cit.

⁷⁴ Luis R. op cit.

más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible. Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminado a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.”

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas.”

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. El término independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.⁷⁵

Fuentes de dificultad

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responderá ellas de forma autónoma. Son los fuetes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores responsables del problema de salud.

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

Estas fuentes de dificultad pueden ser causados por:

1. Factores de orden físico
2. Factores de orden psicológico
3. Factores de orden sociológico
4. Factores que tienen repercusiones de orden espiritual
5. Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos

⁷⁵ García M. op cit.

Constituyen fuerzas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad genera en manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.

Factores de orden físico: Comprende cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

La fuerza intrínseca de dificultad proviene del propio individuo, es decir, son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

La fuerza extrínseca de dificultad 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 forma tal que constituyen un problema para el sujeto.

Factores de orden psicológico: Comprende los sentimientos y las emociones, o en otras palabras, los estados de ánimo y del intelecto, que pueden influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales. Conciernen a los trastornos del pensamiento, ansiedad, miedo, estrés, problemas de la evolución de la personalidad, etc. Las manifestaciones de dependencia a este nivel pueden afectar a todas las necesidades.

Factores de orden sociológico: Están vinculadas a los planos relacional y cultural. Pueden presentarse bajo la forma de una pérdida o de una modificación del rol social, de dificultades de adaptación al rol, cambio de status, sentimientos de rechazo o de alineación, dificultades de comunicación, etc.

Factores que tiene repercusiones de orden espiritual: se refieren a las dimensiones superiores del ser. Engloba todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, a los valores, cualquiera que estos sean. 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, pueden repercutir en el aspecto fisiológico.

Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos: el hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar o del entorno pueden 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, y luego, el conocimiento de los otros del entorno.⁷⁶

Necesidades fundamentales

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad virtual esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.⁷⁷

Cada necesidad es un todo compuesto por los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, y las 14 necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la totalidad de la persona.⁷⁸

14 Necesidades Básicas

La enfermería debe ser un profesional independiente capaz de hacer juicios independientes, pues es la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, los cuidados básicos de enfermería son los que ayudan a los pacientes en las siguientes actividades o darles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda. Para ayudar al paciente en estas actividades, la enfermera necesita un gran conocimiento de las ciencias biológicas y sociales y las técnicas basadas en estas.⁷⁹

Las 14 necesidades básicas son:

⁷⁶ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993 pág. 18-42

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ Luis R. *op cit.*

⁷⁹ Henderson V. *op cit.*

1. Respirar normalmente.

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

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente.

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

3. Eliminar por todas las vías corporales.

“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 respiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada”.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

“Moverse y mantener una postura 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 organismos. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas”.

5. Dormir y descansar

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

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

“Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimiento. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y protege la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una

ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos”.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

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

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

“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 actúa como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microbios, etc.”.

9. Evitar los peligros ambientales y lesiones a otras personas.

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

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores.

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

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

“Actuar según sus creencias y sus 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”.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

“Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo, 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”.

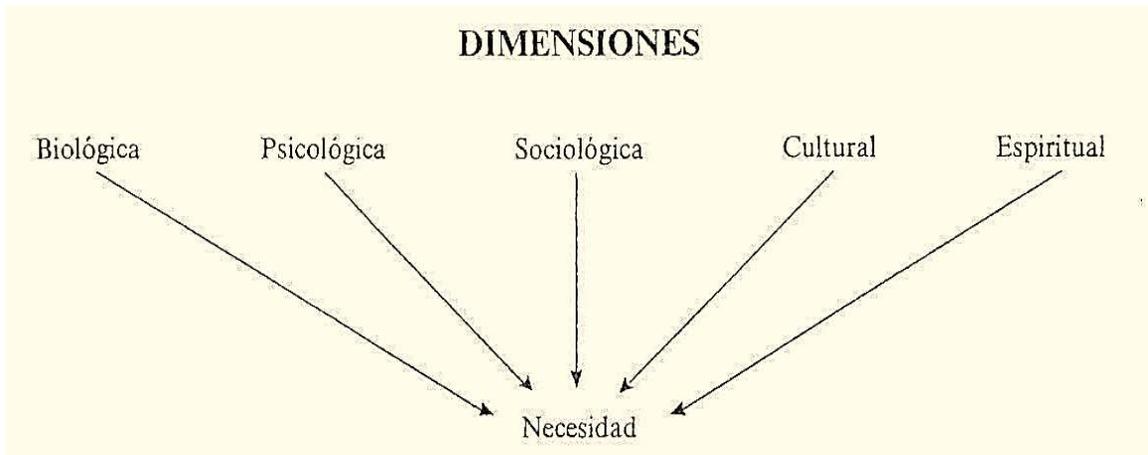
13. Participar en actividades recreativas.

Recrearse es una necesidad para el ser humano: divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

“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 comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud”.⁸⁰

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



FUENTE: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993

Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Ser capaz de responder de

⁸⁰ Riopelle L et al. Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993. p 7-68

forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza es independiente.

Si por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.⁸¹

Manifestaciones de independencia

Las manifestaciones de independencia son conductas o indicadores de conducta de una persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud. Por indicadores de conducta se entienden los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la presentan o señalan.

Independencia del niño y el adulto

Luis Rodrigo manifiesta que *“la independencia es el nivel óptimo 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”*. (1998)

Independencia del niño y el adulto

NIÑO	ADULTO
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.	Alcanza un nivel aceptable de satisfacción# de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otra persona.

FUENTE: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993

⁸¹Phaneuf M. op cit.

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.

Dependencia del niño y el adulto

Luis Rodrigo menciona que *“la dependencia es el desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud”*. (1998)

Dependencia del niño y el adulto

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

FUENTE: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993

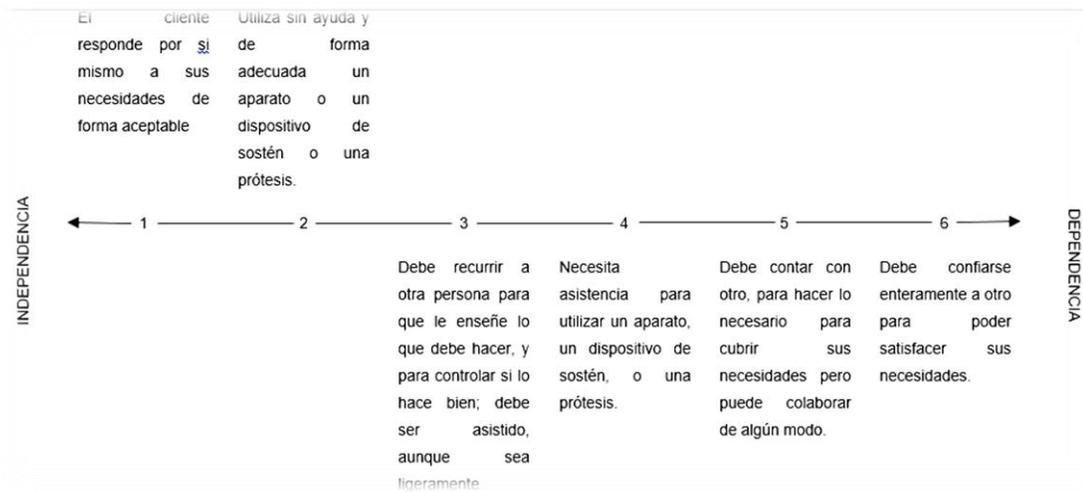
Continuum independencia-dependencia

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es 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 le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.⁸²

Gráfica del continuum independencia-dependencia



FUENTE: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

Estos niveles se enuncian así:

1. El cliente es independiente su responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza, sin ayuda y de forma adecuada, un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.

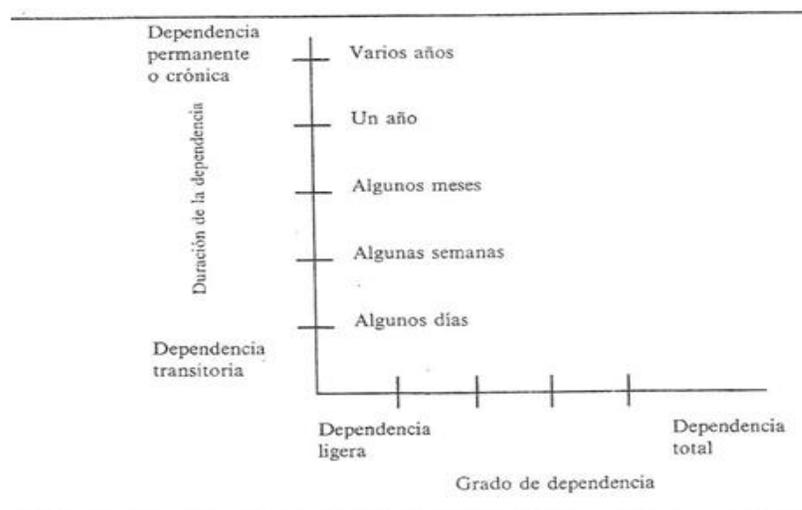
⁸² Phaneuf M. op cit.

3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que lo enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones para la satisfacción de sus necesidades.⁸³

Relación entre la duración y el grado de dependencia

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

Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona



FUENTE: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993

⁸³Phaneuf M. Op cit.

Tipos de dependencia y niveles de prevención

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención mencionados anteriormente, es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria. Si, debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial, y tendrá que planificar una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Sin embargo, cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia actual, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Por otra parte, cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan limitaciones.

Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica. El rol de la enfermera consiste en este caso en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por sí mismo, y en ayudarle a adaptarse en sus limitaciones.⁸⁴

La propuesta filosófica de Virginia Henderson me confiere como enfermera especialista la función en el cuidado, con un sentido humanista. Y me orienta con conocimientos que me permiten avanzar en mi desarrollo profesional. Al adoptar la propuesta de Henderson como enfermera especialista me rige hacia la racionalidad y evita que caiga en el error del empirismo en mi práctica profesional, al proyectarme hacia un más allá de las técnicas y rutinas, fomentando mis conocimientos, mejorando mi comunicación al proveerme de

⁸⁴ Phaneuf M. op cit.

una base en el pensamiento con el propósito de favorecer la continuidad, eficiencia y eficacia en el cuidado.

Y adquiriré el verdadero significado de esta propuesta cuando, como enfermera especialista sea capaces de transferirlo, y sólo de esa manera estaré en situación de poder llegar a mostrar cuál es la aportación específica que hago como enfermeras especialista y que es necesaria para certificar su consideración como disciplina científica y como actividad profesional; y a su vez esto se vea reflejado en la calidad de atención que brinde a la sociedad. Quizá la aplicación de dicha propuesta no sea trabajo fácil, pero bien vale la pena esa labor debido a que en la práctica obtendré mejores resultados y mi disciplina se verá fortalecida.

1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería

La profesión de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, valores humanísticos, éticos y morales que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en la ética,⁸⁵ la cual, como disciplina de la filosofía es el estudio de la moral que plantea cual es el valor de la bondad de las conductas mismas, de lo que es correcto o incorrecto⁸⁶, es la aplicación de la razón a la conducta, y exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta, de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.⁸⁷

Desde el origen de Enfermería se considera que el cuidado es el núcleo central del ser y quehacer de Enfermería y ha estado ligado a la ética, hablando en este sentido por lo tanto de la ética del cuidado,⁸⁸ la cual, constituye un desafío teórico pero sobre todo práctico, el cuidado ético se expresa como una actitud y un estilo de ser y estar frente a los enfermos, sintetizada de un conjunto de cualidades manifestadas exteriormente, pero que provienen de la educación de los sentimientos y de una vida interior profunda lejana de las poses falsamente piadosas o afectadas. Los cuidados enfermeros son éticos cuando son conscientes o abiertos a la conciencia. El despertar de la conciencia ética tiene que ver con esta vocación de servir al otro.⁸⁹

⁸⁵ Secretaría de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. México, D.F. 2001.

⁸⁶ Prieto P. op cit.

⁸⁷ Secretaría de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.

⁸⁸ Prieto P. Perspectiva Bioética del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; Vol. 4 (3): pág. 21-26.

⁸⁹ Sánchez E. La ética de la Enfermería posmoderna. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2010; Vol. 7 (3): pág. 4-6.

De esta manera la ética como ciencia aplicada a la enfermería se sustenta en los principios universales del bien, los cuales son válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar. Así la reflexión ética “estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos, la conciencia ética es el fundamento del deber como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético”

Por lo tanto, la enfermera especialista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente y que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión. La enfermería requiere también, de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales enfermeros fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen. La profesión de enfermería involucra necesariamente los valores humanísticos, éticos y morales, por lo tanto, la enfermera consciente o inconscientemente los utiliza durante su asistencia con el paciente.⁹⁰

⁹⁰ Secretaría de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.

Código de ética para enfermera en México

En un código de ética se encuentran las reglas generales de conducta sustentadas en los principios y en forma detallada los valores de un grupo que asume como propios, dependiendo de la noción de cada persona sobre un mismo hecho⁹¹

El Código de Ética 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.

1.- De los deberes de las enfermeras para con las personas

- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- 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.
- 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.
- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

⁹¹ Vidal C. Información sobre códigos deontológicos y Directrices sobre ética en internet. Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol. 5 (4): pág. 1-20.

- 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.

2.- De los deberes de las enfermeras como profesionistas

- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- 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.
- 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.
- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.
- 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.

3.- De los deberes de las enfermeras como profesionistas

- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión
- 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.
- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.
- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.
- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.
- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.
- 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.
- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

4.- De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.
- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.
- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.
- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

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

5.- De los deberes de las enfermeras para con su profesión

- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.
- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.
- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

6.- De los deberes de las enfermeras para con la sociedad

- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.
- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.
- 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.

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, por lo tanto, 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.⁹²

⁹² Secretaría de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios éticos fundamentales que se tomaron en cuenta durante el estudio de Juanito se describen a continuación:

Valor fundamental de la vida humana: 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.⁹³

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

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

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

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.

Veracidad: se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona

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.

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

⁹³ Secretaría de salud. CONAMED. Código de conducta del personal de enfermería.

Tolerancia: este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

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.

Doble efecto: este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.⁹⁴

Consentimiento informado

El consentimiento informado es el resultado evolutivo del cambio cultural de la relación entre el prestador de servicios de la salud y la ciudadanía. Nace en la problemática de los tribunales norteamericanos a principios del siglo pasado, en el Código de Núremberg, de 1947 y la Declaración de Helsinki; ambas, promulgadas por la Asamblea Médica Mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975 cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y la esencia básica del «consentimiento informado», y precisan también, sus límites, además de que distinguen aquellos aspectos u observaciones que necesariamente deben tenerse en cuenta cuando esté dirigido a las personas o a la población en general,

El Consentimiento informado es una de las aportaciones más valiosas del derecho a la práctica de los profesionales de la salud, se puede definir como el compromiso del profesional de la salud y su paciente de establecer un espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación, resaltando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la atención, pueda decidir y otorgar una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.

⁹⁴ Secretaría de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.

Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planteadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todos, un compromiso.

Sin embargo, más allá de ser un acto jurídico o normativo es simplemente, un acto humano, de comunicación entre los profesionales y el paciente que legitima el actuar y otorga obligaciones y derechos recíprocos.

Así, el “consentimiento informado”, se abre paso como el elemento más viable, necesario y práctico para testimoniar por escrito un compromiso bilateral para privilegiar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y de justicia, necesario en un proceso clínico diagnóstico o terapéutico.

Lejos de un mero requisito legal o de escudo auto protector de quién presta un servicio de salud, contra una demanda, el instrumento que nos ocupa es ante todo un acto de responsabilidad profesional que está elevando la calidad de la atención médica y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad.

Así tenemos que el “consentimiento informado” es un acto de comunicación humana, y que en casos de riesgo o aquellos en los que la normativa nos indica, debe documentarse en una carta firmada.

La “carta de consentimiento informado” debe ser un documento que contenga información suficiente y adecuada, sin ser demasiado sucinta y resumida, pero tampoco exhaustiva, complicada e incomprensible, que sólo persiga obtener una firma del paciente o del familiar involucrado. Deben evitarse dos extremos, ambos son perjudiciales para el real propósito de la carta: presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa, o utilizar un excesivo detalle en la información, lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación. No debemos olvidar que uno de los propósitos fundamentales es brindar información clara y suficiente con el objetivo de otorgar tranquilidad, seguridad y confianza al paciente y sus familiares.

Consentimiento informado en Pediatría

Al otorgar su consentimiento un paciente o su representante, comparten la responsabilidad para la decisión, y confieren al médico su permiso para realizar la intervención, recibir algún medicamento o participar en una investigación. En la actualidad es inadmisibles la realización de un procedimiento médico que conlleve riesgo, o de un proyecto de investigación, sin la firma de un consentimiento informado; para que esto se dé, resulta necesario considerar los tres elementos que lo integran, la información, la comprensión de la misma y la libertad de elección. La autodeterminación y el proceso racional de la decisión, son los propósitos fundamentales del consentimiento informado; la información sobre los procedimientos recomendados, riesgos, beneficios y alternativas, deben presentarse de tal forma que se garantice el logro de estas pretensiones. La que puede producir mayores efectos benéficos para la relación médico-paciente es la verbal, que permite, entre otras cosas, una comunicación más directa entre ambos, aclarar las dudas y fortalecer los compromisos. No obstante, un documento ofrece soporte legal en el caso de una demanda, y, por otra parte, en México, la normatividad correspondiente exige su inclusión en el expediente clínico.⁹⁵

En conclusión el consentimiento informado es un derecho del paciente basado en su autonomía y autodeterminación, también se puede afirmar que es una exigencia ética, legal y administrativa para el profesional de la salud; pero sobre todo que es un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad desde el punto de vista administrativo, civil e incluso violación de derechos humanos, que se debe expresar por escrito cuando lo dispone la ley.⁹⁶

En situaciones especiales como el estudio de caso también se debe de informar con el objeto de respetar sus derechos como paciente y como ser humano. En esta situación el cuidador primario (la madre) está informada del

⁹⁵ Cortés G. El Consentimiento informado en Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría. Bol Med. Hosp Infant Mex. 2006; Vol. 63 (1): pág. 64

⁹⁶ Tena T. et al. El Consentimiento Válidamente Informado en la Práctica Médica. Revista CONAMED. 2004; Vol. 9 (3): pág. 1-10.

estudio de caso, siendo la persona que firmo la carta de consentimiento informado, mostrándose interesa en la participación.

Decálogo de Enfermería

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁹⁷

Se puede concluir por lo tanto que las consideraciones éticas están presentes e inmersas día a día en la profesión de Enfermería ya que consciente o inconscientemente los utiliza durante su cuidado al paciente. La ausencia de los

⁹⁷ Secretaria de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.

elementos éticos, que definen el cuidado enfermero, descalificaría el espíritu de servicio en el cuidado profesional. Ya que el acto de servir pone en movimiento el aprendizaje intelectual, social y emocional.

Sin embargo analizar la dimensión ética del cuidado enfermero implica no solo explorar las conductas inherentes al espíritu del servicio, sino también los valores que lo sustentan.

Por lo tanto el conocimiento de la ética aplicada al cuidado que brindan las enfermeras especialistas servirá como guía para la adquisición de valores que inspiren respeto a la vida congruente con la profesión.

Es importante destacar que la Enfermera Especialista debe establecer en su actuar los principios éticos, morales que guíen su buen desempeño profesional, la razón de su ser reside en la población infantil y al recibir este título asume el compromiso ético de proporcionarles cuidado con calidad humana, científica, tecnológica y ética. Dicho compromiso le exige por lo tanto la capacitación permanente, sensibilidad ética y capacidad de razonamiento moral para la adecuada toma de decisiones éticas basadas en los principios universales del bien, validados en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.

1.5 Factor de Dependencia

En la sociedad actual, los continuos cambios científicos y tecnológicos motivan que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado, siendo este uno de los aspectos en los que la formación continua es de vital importancia, ya que los profesionales sanitarios, en este caso la Enfermera Especialista Infantil, debe ser capaz de mantener al día sus competencias, tanto en conocimientos como en actitudes y destrezas, por ello es una responsabilidad actualizar constantemente los conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de la población infantil que atiende, añadiendo que debe ser consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional y deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación. Asimismo, señalar que la formación de la Enfermera Especialista Infantil es un factor fundamental en la mejora de la cualificación profesional. En este sentido, se reconoce la importancia de la formación continua orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad de la población Infantil.

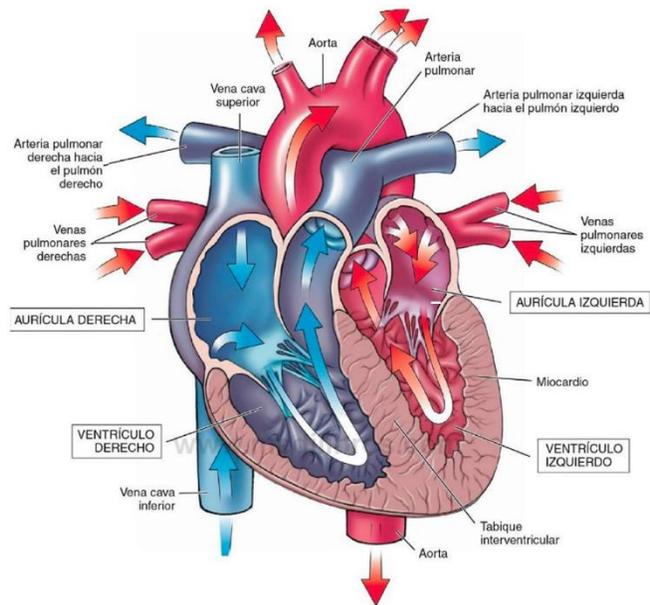
Por ello y como parte fundamental en la actualización de la Especialista Infantil para proseguir con el enriquecimiento profesional y continuar adquiriendo y actualizando sus competencias profesionales se expone en este capítulo del estudio de caso la actualización más reciente acerca del factor de dependencia del Ventrículo Hipoplásico Derecho.

En la literatura médica están descritas alrededor de 4000 enfermedades o síndromes relacionados con las anomalías congénitas que afectan alrededor del 3% de los recién nacidos y son la causa más frecuente de mortalidad neonatal. Son patologías con gran complejidad, tanto en su nomenclatura como en su clasificación, por lo que es necesario conocer con cierto nivel de detalle su etiopatogenia, descripción y tipificación clínica para su comprensión. Las anomalías congénitas, defectos del nacimiento o malformaciones congénitas

son definidas por la OMS como anomalías o defectos del desarrollo (morfológicos, estructurales, funcionales o moleculares) presentes al nacer, pueden ser externas o internas, familiares o esporádicas, hereditarias o no, únicas o múltiples. Algunas anomalías son reversibles pudiendo curar espontáneamente, otras pueden repararse quirúrgicamente y el resto permanecer durante toda la vida.⁹⁸

Entre las malformaciones congénitas más importantes se encuentran las cardiopatías congénitas, que son consideradas como alteraciones estructurales del corazón o de los grandes vasos que presentan o potencialmente tienen el riesgo de un compromiso funcional. Las cardiopatías congénitas con consecuencia de alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón entre la tercera y decima semana de gestación y se estima que representan el 30% de las malformaciones congénitas.⁹⁹

Las cardiopatías congénitas en el recién nacido constituyen siempre un reto, sin embargo los nuevos métodos diagnósticos y el avance en las técnicas quirúrgicas han permitido mejorar los resultados y el pronóstico. En el neonato con sospecha de cualesquiera de estas enfermedades se debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: uno, si se trata de anomalías graves, dos, que sus manifestaciones clínicas estén condicionadas por los cambios hemodinámicos de transición entre la circulación fetal y la del adulto, y tres, la existencia de una



⁹⁸ Romero C. et al. Anomalías congénitas: Codificación en CIE-9-MC. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud: 2010; pág.: 7.

⁹⁹ Madrid A. et al. op cit. pág. 56.

enfermedad no cardíaca, que pueda afectar el funcionamiento del sistema cardiovascular. Las cardiopatías congénitas con clínica en el período neonatal, dejadas a su evolución natural tienen una mortalidad elevada, ya sea por tratarse de cardiopatías complejas o por la severidad en su presentación.¹⁰⁰

La cardiopatía congénita es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en un hospital pediátrico. En la mayoría de los niños la cardiopatía grave se presenta pronto en el primer mes de vida. El cuidado de estos recién nacidos exige el reconocimiento de los defectos cardíacos más probables.¹⁰¹ Dentro de las cardiopatías se encuentra el factor de dependencia de estudio de caso: el ventrículo derecho hipoplásico.

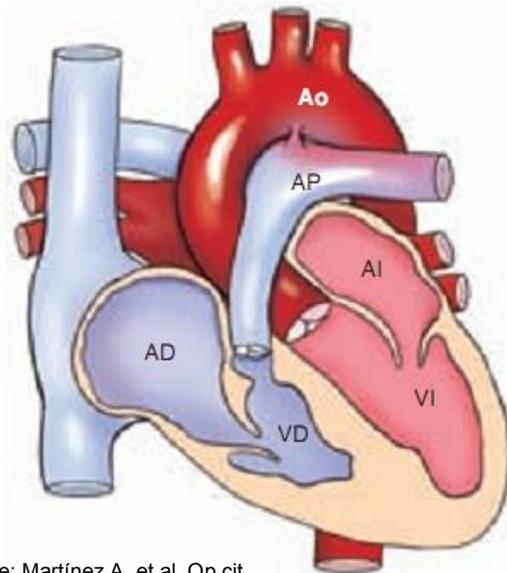
Ventrículo derecho Hipoplásico

El ventrículo derecho hipoplásico es una condición en la que el ventrículo derecho no se desarrolla normalmente, esta condición puede incluir a la válvula tricúspide y la arteria pulmonar, en el que el problema principal es la ausencia de la válvula pulmonar.¹⁰²

Atresia de la válvula pulmonar:

Es una condición en la cual la válvula pulmonar no se forma o está cerrada. El ventrículo derecho por lo tanto actúa como una bolsa ciega que puede quedarse pequeña o no desarrollarse adecuadamente.¹⁰³

Ventrículo derecho hipoplásico con atresia pulmonar con el tabique ventricular intacto



Fuente: Martínez A. et al. Op cit.

¹⁰⁰Flórez C. et al. Cardiopatías congénitas. Capítulo XV. Pág. 1324-137. Disponible en www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf

¹⁰¹ Klaus M. et al. Cuidados del recién nacido de Alto Riesgo. 5ta edición. México, D.F: Mc Graw Hill; 2004. Pág. 434.

¹⁰² Martínez A. et al. Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos congénitos en Puerto Rico. Informe anual 2014. Puerto Rico. Departamento de Salud. 2014: pág. 12

¹⁰³ *Ibid.*

1) Atresia pulmonar con tabique ventricular intacto.

La hipoplasia del ventrículo derecho es infrecuente como entidad aislada. Generalmente resulta de la atresia pulmonar con tabique ventricular intacto. La atresia pulmonar en esta malformación siempre es valvular y, conjuntamente con el tabique ventricular intacto, reduce severamente el flujo sanguíneo a la cámara ventricular derecha, impidiendo así su capacidad para desarrollarse correctamente. La atresia pulmonar con el tabique ventricular intacto también puede dar lugar a un ventrículo derecho normal o agrandado, pero ambos son menos comunes. La hipoplasia ventricular derecha se clasifica sobre la base del abordaje tripartito descrito originalmente por Goor y Lillehei. El ventrículo derecho normal se divide en una porción del seno (entrada), que se incorpora al aparato de la válvula tricúspide; una porción trabecular apical que está más allá de la inserción de los músculos papilares de la válvula tricúspide hacia el ápex; y una porción del cono (infundíbulo) que conduce a la válvula pulmonar. Por medio de esta definición seccional, se postula que las variaciones en la hipertrofia muscular explican la presencia o la ausencia de cualquiera de estos componentes. El grado de atenuación de una o más secciones determina el grado de hipoplasia ventricular derecha asociada a la atresia pulmonar con tabique ventricular intacto.

Las clasificaciones incluyeron lo siguiente:

- Tripartito: componentes de la entrada, trabecular y de la salida
- Bipartito: componentes de la entrada y de la salida
- Unipartito: componente de la entrada solamente.

Estas clasificaciones son útiles en la determinación del tratamiento quirúrgico que se utilizará, así como en el pronóstico. El tejido de la válvula pulmonar en esta anomalía se describe como membrana con comisuras fusionadas representadas por el rafe y las tres cúspides formadas. Raramente es una válvula bicúspide o sin valvas. La válvula tricúspide representa, por definición, la permeabilidad en todos los casos de atresia pulmonar con tabique ventricular intacto, pero raramente es normal. El orificio de la válvula tricúspide

generalmente es proporcional al tamaño de la cavidad ventricular derecha. Las valvas de la válvula habitualmente son displásicas y resultan en una variedad de grados de insuficiencia o de estenosis. El atrio derecho se puede dilatar, dependiendo del grado de regurgitación de la tricúspide, al igual que el agujero oval. En algunos casos de dilatación del atrio derecho, el abombamiento del tabique interatrial puede obstruir la válvula mitral. La restricción severa del agujero oval ha sido reportada en el 10% de los casos. La válvula aórtica generalmente es normal; sin embargo, se ha descrito en los casos raros de estenosis aórticas. El ventrículo izquierdo se dilata a menudo y se hipertrofia secundariamente al aumento del volumen sanguíneo que resulta de los cambios hemodinámicos. El atrio izquierdo, la válvula mitral y las venas pulmonares, generalmente no son afectados.

Procedimientos quirúrgicos paliativos: Fístula sistémico pulmonar

Para mejorar la oxigenación en pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas y flujo pulmonar sanguíneo disminuido, se introdujo el procedimiento de Blalock-Taussig en 1945, el cual consta de anastomosar la arteria subclavia derecha a la arteria pulmonar. Un año después, Potts y cols., describieron la anastomosis de la aorta descendente a la arteria pulmonar izquierda. En 1962, Waterston reportó una técnica consistente en anastomosar la aorta ascendente a la arteria pulmonar derecha como procedimiento alternativo en infantes. El uso de material de prótesis en las fístulas, fue reportado por Redo y Ecker en 1963, pero Klinner en 1962, utilizó una prótesis como sustituto de la arteria subclavia, anastomosándola de la arteria subclavia a la arteria pulmonar. En 1976, Gazzainga y cols., introdujeron el uso de politetrafluoroetileno expandido (PTFE) para crear un cortocircuito entre una arteria sistémica y la arteria pulmonar. En 1978, Stark presentó el primer reporte del Great Ormond Street Hospital, de Londres, describiendo el uso de PTEF recto y tubárico de la arteria subclavia a la arteria pulmonar. Existen algunas otras técnicas usadas como la ampliación de la arteria subclavia hasta el origen de la arteria vertebral con parche autólogo de la vena ázigos; el grupo del Hospital de Laenec, en París,

ha usado la arteria mamaria interna; Vincent en Nijmegen, de Holanda, ha utilizado a los injertos humanos venosos.

Las fístulas sistémico pulmonares, están indicadas para un número de defectos cardíacos complejos cianóticos, que no son corregibles en el período neonatal y lactante, cuando la mortalidad del reparo primario es más alto que cuando se hace en dos etapas.¹⁰⁴

La fístula Blalock-Taussig es el clásico aceptado para pacientes pequeños, ha eliminado el uso de anastomosis aortopulmonares directas, por la menos incidencia asociada de falla cardíaca congestiva que las fístulas sistémicas pulmonares centrales, de buena permeabilidad, alta supervivencia y fácil cerramiento con la cirugía correctiva, y no requiere de material protésico, ofreciendo la posibilidad teórica de crecer. Pero, también, tiene ciertas desventajas como: un tiempo de disección largo, perfusión pulmonar diferencial, reducción en el crecimiento de la extremidad superior en el lado de la anastomosis, alto riesgo de lesión del nervio frénico, distorsión arterial pulmonar, torsión de la arteria subclavia en su origen, levantamiento de la arteria pulmonar en “pico de loro”, secuelas isquémicas del miembro superior y oclusión temprana frecuente. Además, algunos niños no tienen una anatomía aceptable para una fístula Blalock-Taussig, por que la arteria subclavia puede inusualmente ser delgada y corta. El Blalock-Taussig clásico en el lado opuesto del arco aórtico es una operación con buen resultado.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Jaramillo G. et al. Cirugía cardiovascular en cardiopatías congénitas neonatales. En Cardiopatías congénita. México .pág.: 1265-1268. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf>.

¹⁰⁵ *Ibid.*

2. METODOLOGÍA

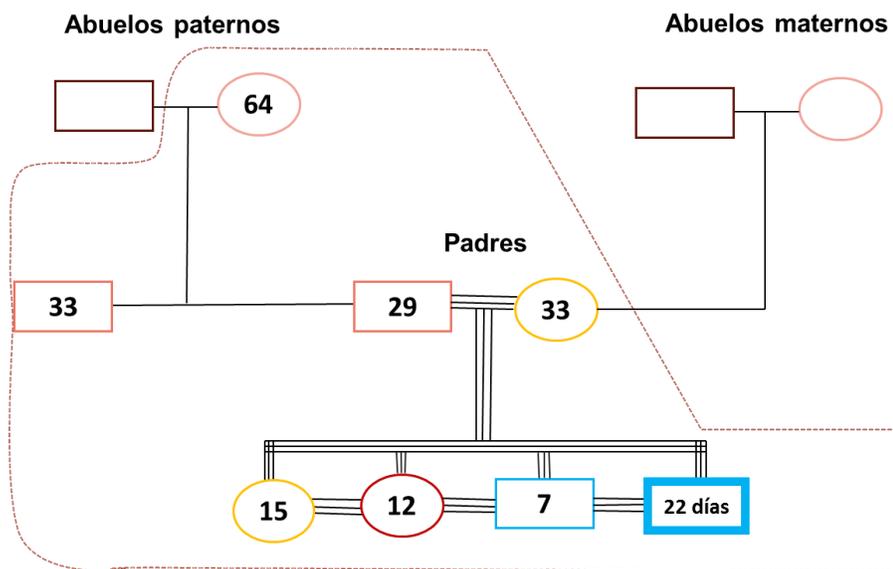
2.1. Descripción del Caso

Juanito recién nacido de 20 días de vida extrauterina, nació en el Hospital de Especialidades Materno Infantil en la ciudad de León Guanajuato el día 21 de abril del 2015, producto de la G6 de 41 SDG, con un peso de 4150 gr., obtenida por cesárea programada, con embarazo normo evolutivo. Familia extensa, originaria y residente de San Miguel de Allende Gto., integrada por madre de 33 años de edad con G6 P3 C1 A2, recibió atención prenatal con 5 consultas desde el 1er trimestre, con consumo de ácido fólico, sulfato ferroso, y vitaminas, escolaridad; primaria incompleta, dedicada al hogar, sin antecedentes heredo-familiares importantes, aparentemente sana, con alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas, con algún otro problema de salud igualmente negados. Padre de 29 años de edad con escolaridad primaria dedicado a su negocio de renta de tablas para la construcción y como segundo empleo albañilería, con antecedentes heredo-familiares de cirrosis hepática en abuelo paterno, alcoholismo y tabaquismo positivos ocasionalmente, proveedor económico de la familia, de ingresos económicos variables, en estado civil; unión libre; Juanito cuenta con 3 hermanos: Guadalupe de 15 años, Jazmín de 12 años y Juan pablo de 7 años, aparentemente sanos, con antecedentes de varicela, resfriados y amigdalitis en época de frío, alergias, cirugías, transfusiones, traumatismos: negados, sin algún otro antecedente de importancia, los cuales acuden a la escuela. Tío de línea paterna de 33 años de edad con toxicomanías positivas de alcoholismo y tabaquismo ocasionales, sin antecedentes de importancia. Profesan religión católica; habitan casa prestada en zona rural, construida de material perdurable, que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios de agua, luz y drenaje, con 4 dormitorios, un cuarto de baño con disposición de excretas en drenaje, una cocina, con hacinamiento positivo y promiscuidad negativos, un patio al centro de la casa donde tienen convivencia con pollos.

Inicia su padecimiento al nacimiento el 21 de abril del 2015 en el Hospital Materno Infantil de León Gto., al obtenerlo por vía abdominal con un Apgar de 8/8, Silverman de 2, que respiro y lloro al nacer, sin necesidad de maniobras avanzadas. Se le diagnostica Síndrome de Ventrículo Derecho Hipoplásico por lo cual se inicia manejo a base de prostaglandinas. Es referido y trasladado al Hospital de Alta Especialidad de León Gto., para continuar su tratamiento, donde ingresa el día 22 de abril del 2015 al servicio de admisión continúa, donde se realiza un ecocardiograma bidimensional, Doppler pulsado, continuo y color, encontrando: Ventrículo derecho hipoplásico, Atresia de Válvula Pulmonar, Alta sospecha de fistula coronaria a ventrículo derecho, Ventrículo no compactado, Conducto arterioso tortuoso permeable de 4 mm, Disfunción ventricular izquierda, Defecto interatrial no restrictivo, Insuficiencia aortica mínima, Ramas pulmonares confluentes midiendo rama derecha 7.8 mm y rama izquierda 6.8 mm.

Se decide hospitalización y por consiguiente es ingresado el día 23 de abril del 2015 al servicio de UCIN donde lo conozco y establezco una relación de empatía por primera vez el día 11 de mayo del 2015 para su valoración.

Mapa Familiar



VALORACIÓN DE 14 NECESIDADES BÁSICAS

La valoración de enfermería se realizó con el enfoque conceptual de las 14 necesidades en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES

DEPENDENCIA	RIESGO	INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none">• Oxigenación y circulación• Comer y beber• Evitar los peligros/seguridad• Moverse y mantener una buena postura• Dormir y descansar• Elegir la ropa adecuada• Eliminar los desechos corporales• Mantener la higiene corporal• Comunicarse con otros• Trabajar para realizarse• Participar en diversas formas de entretenimiento• Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	<ul style="list-style-type: none">• Mantener la temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none">• Actuar con arreglo a la propia fe

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN DEPENDENCIA

Juanito se encuentra en el segundo piso de Hospital Regional de Alta Especialidad en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es su unidad bajo Termo cuna de Calor Radiante, con un panel de control que consta de una toma de oxígeno, toma de aire, toma de vacío, un aspirador de secreciones, a su lado izquierdo un ventilador, a su lado derecho 2 bombas de infusión de 3 canales.

Se observa a Juanito, con una edad aparente mayor a la cronológica, descubierto, en decúbito prono, con fascies dolorosas, con un grado de robustez media, con actitud pasiva, hipotónico, consiente y por momentos obnubilado, Postoperado de una Fistula Arterio Sistémica el día 28/04/15, antecedentes herofamiliares negados, alergias negadas, transfusiones negadas, con esquema de inmunizaciones incompleto acorde a su edad.

1. Necesidad de Oxigenación y circulación.

A la exploración física se encuentran con palidez de tegumentos, narinas rosadas permeables, con acrocianosis y en lechos ungueales de extremidades superiores e inferiores, presenta sonda endotraqueal # 4.5 fijada en el número 10 con 13 días de instalación, bajo apoyo ventilatorio en modo fase III en A/C con FiO₂ de 70%, ciclos por minuto de 30, Vol. Cor. 40.7, Vol. Min. 2.4, Disp. Flujo 1, PEEP 4, Pres Med. 8, Rel. I:E 1:1, T. Insp. 0.34, CO₂ 56, tórax cilíndrico con movimientos respiratorios bilaterales sincrónicos de 53- 75 por minuto, con retracción xifoidea, disociación toraco abdominal, con movimientos de amplexión y amplexación, herida quirúrgica en región torácica de 9 cm de longitud, con presencia de Neumokit #8 con 5 días de instalación en línea medio axilar izquierda sin gasto presente, sonda mediastinal pinzada, catéter venoso central # 4 Fr., con 13 días de instalación en subclavia derecha, campos pulmonares se auscultan con estertores y crepitantes bilaterales en bases pulmonares e hipoventilados en ápices, con crepitantes y sibilancias con predominio en pulmón derecho, con episodios de broncoespasmo, con desaturación hasta 27% al final de turno, ruidos cardiacos rítmicos, con soplo de fistula, con presencia de sialorrea y abundantes secreciones bronquiales hialinas, se observa placa de Rx con infiltrados broncoalveolares con predominio en pulmón derecho. Pulsos de extremidades superiores e inferiores presentes, a la palpación débiles, extremidades frías, llenado capilar retardado de 4-5 segundos, perímetro torácico de 36 cm. Signos vitales: frecuencia cardiaca de 136-152 lpm., frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, Sat O₂ de 73-81%, presión arterial no Invasiva de 78/38 con PAM 56, presión arterial invasiva 78/21 con PAM 40, PVC de 5. Con línea arterial #2 4 Fr. con 12 días de instalación, en miembro superior izquierdo, catéter periférico corto #24 Fr. Con 13 días de instalación, miembro torácico derecho, con infusión por catéter venoso central de: Milrinona (1 ml=1 mcg/kg/min) 5.6 mg af., a 24 ml sol salina 0.9% a 0.2 ml por hora, Buprenorfina 192 mcg af. 24 sol salina 0.9% a 0.4 ml por hora, Dexmedetomidina 48 mcg af. a 12 cc SS 0.9% a 0.5 ml por hora, administración de medicamentos: Espironolactona por SOG 2 mg cada 12 hrs.,

Digoxina 14 mcg IV cada 12 hrs., Enoxoparina 4 mg subcutánea cada 12 hrs., Salbutamol

400 mcg MNB cada 6 hrs., Budesonide 250 mcg MNB cada 12 hrs. Gasometría arterial con pH 7.31, P.A O2 48%, P.A CO2 49.7 mmHg, HCO3 25.2, E.B -1, Sat O2 79%, Lactato 0.52, Electrolitos séricos de Na 139, K 3.8, Ca 4.7. Tipo sanguíneo A, Rh positivo. Formula roja: eritrocitos de $3.19 \cdot 10^6/uL$, Hemoglobina (Hb) 11 g/dL, Hematocrito (HCT) 30.9%

2. Necesidad de comer y beber

Se observa a Juanito cabello negro abundante, con adecuada implantación, ligeramente reseco, con edema +++ generalizado con predominio en extremidades superiores e inferiores con piel brillante, con mucosas orales hidratadas, turgencia adecuada, con palidez de tegumentos ++, piel reseca, deshidratada, con descamación con predominio en extremidades, con cianosis peribucal, abdomen globoso, distendido, blando y depresible, con presencia de muñón umbilical presente, piel pálida, ruidos peristálticos disminuidos, sonido timpánico a la percusión, con dolor a la palpación, sin presencia de masa abdominales, borde hepático palpable 2 cm por debajo del borde costal, es alimentado con leche materna (75 mlkgdia) por SOG 38 ml c/ 3 hrs., con posterior aumento a (110 mlkghr) 55 ml c/3 hrs por SOG 50 ml c/3 hrs materna con 55 ml cada 3 horas por medio de sonda orogástrica #8 Fr. con 13 días de instalación, Tolerando adecuadamente la VO, con una disminución de glicemia capilar de 40 mg/dl, manteniendo glicemia capilar entre 52-117 mg/dl, con un peso de 4 kg., en p50, talla 50 cm., en p3, superficie corporal 0.24, IMC 16 entre p85-97. Perímetro cefálico 38 cm, perímetro torácico de 36 cm, perímetro braquial de 12 cm, perímetro abdominal de 36/36 cm pre-postprandial con aumento a 38/39 cm pre-postprandial, perímetro muslo 18 cm, pie 9 cm, placa de abdomen refleja hígado agrandado. Con infusión de líquidos parenterales por CVC de: Milrinona (1 ml=1 mcgkgmin) 5.6 mg af a 24 ml sol salina 0.9% a 0.2 ml por hora, Buprenorfina 192 mcg af. 24 sol salina 0.9% a 0.4 ml por hora, Dexmedetomidina 48 mcg af. a 12 cc SS 0.9% a 0.5 ml

Administración de medicamentos: Metoclopramida IV 0.4 mg cada 8 hrs,
Albumina humana 4 gr + 24 ml SS 0.9%

3. Necesidad de Evitar los peligros/ Seguridad

Juanito hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivos desde su nacimiento, se encuentra bajo Termocuna de Calor radiante, con una edad aparente mayor a la cronológica, descubierto, en decúbito prono, con fascies dolorosas de acuerdo a EVA de 8-9 puntos, con infusión de buprenorfina 192 mcg af. 24 sol salina 0.9% a 0.4 ml por hora y bolos de Buprenorfina 8 mcg PRN, con un grado de robustez media, con actitud pasiva, hipotónico, estado de conciencia con Glasgow de 9 a 12 puntos, posterior con infusión de Sedación con Ramsay de 1-5 puntos, con disminución de tono y fuerza muscular 2/5. Postoperado de una Fistula Arterio Sistémica Pulmonar derecha de 4 mm el día 28/04/15 mediante esternotomía, alergias negadas, con esquema de inmunizaciones incompleto acorde a su edad. Dehiscencia de herida Quirúrgica en tórax con 9 cm de longitud eritematosa con secreción amarillenta con cultivo negativo a gérmenes patógenos, Laboratorios con los siguientes resultados: Leucocitos con aumento de 9.72 a 31.65 $10^3/uL$, Neutrófilos de 40 a 76 %, Linfocitos de 14 a 51 %, Monocitos de 5 a 15 %, Eosinófilos de 0 a 23 %, Basófilos de 0 a 3 %, Procalcitonina con aumento hasta 2.66 ng/mL, Plaquetas de 170 a 235 $10^3/uL$. Con dolor intenso por escala visual análoga EVA 8-9 puntos, riesgo de Caídas alto por Crichton 12 puntos, riesgo de UPP alto por Braden de 10 puntos, cultivos pleurales negativos, cultivo de herida quirúrgica negativo, cultivo de aspirado bronquial negativo, con administración de buprenorfina IV 8 mcg cada 6 hrs, Ketorolaco IV 4 mg cada 8 hrs, Cefepime 120 mg c/ 12 hrs y Digoxina 14 mcg IV cada 12 hrs. E infusión de Milrinona 5.6 mcg af a 24 sol sal a 0.2 ml por hora

Durante hospitalización se realizan los siguientes procedimientos:

21/04/15 Inserción en catéteres umbilicales ambos entre T9 y T10, con infusión de Prostaglandinas

22/04/15 Ecocardiograma bidimensional, doppler pulsado, continuo y color.

24/04/15 Valoran el retiro de catéter umbilical por riesgo de complicaciones como isquemia intestinal, colocación de catéter PICC, no funcional con retiro.

28/04/15 Ingresa a quirófano para Cx programada: Fistula Arterio Sistémica Pulmonar derecha, Intubación endotraqueal con cánula 4 Fr. fijado a 9 cm a labio. Coloración de catéter subclavio de derecho 4 Fr. 3 lúmenes. Colocación de sonda mediastinal

28/04/15 Colocación de línea arterial radial izquierda, con retiro al salir de quirófano

28/04/15 Inicio de aminas: Dobutamina a 10 mcgkgmin y adrenalina 0,15 mcgkgmin, analgesia y sedación (midazolam y Fentanil), noradrenalina 0.45 mcgkgmin,

29/04/15 Administración de paquete globular, Ecocardiograma.

29/04/15 Se agrega Milrinona a 0.2 mcgkgmin

30/04/15 Inicio de antibióticos piperazilina/tazobactam, por elevación de Procalcitonina a 43.5 se amplía esquema de antibiótico a vancomicina, meropenem

30/04/15 Solicitan Rx tórax por cánula endotraqueal en glotis e inserción de 1 cm.

1/05/15 Suspensión de prostaglandinas

2/05/15 Inicia levosimendan para su falla cardíaca

3/05/15 Neumotórax, paro cardiorrespiratorio con maniobras avanzadas por 25 min., aproximadamente, colocación de mini sellos bilateral (pleurostomias), enfisema subcutáneo torácico con extensión cefálica primordialmente herida quirúrgica dehiscente en su totalidad fuga de líquido citrino abundante por la misma.

04/05/15 Suspensión de levosimendan e hidrocortisona

04/05/15 Cardiopediatría, sutura la dehiscencia de la piel de la herida quirúrgica esternal.

06/05/15 Solicitud de Rx de tórax por campos pulmonares con hipoventilación del hemitórax izquierdo. Con datos de neumotórax se moviliza la sonda pleural con salida de líquido amarillo con lo que mejora la ventilación.

06/05/15 Neumotórax izquierdo con colocación de Neumokit, Solicitud de Rx de Control.

7/05/15 Rx de Control con persistencia de neumotórax

07/05/15 Radiografía de tórax con infiltrado intersticial de predominio derecho.

08/05/15 Rx de control sin datos de neumotórax con gastos altos izquierda de 0.45 mlkg/hr, derecho 1.5 mlkg/hr de líquido amarillo claro.

08/05/15 Se progresa a modo SIMV, con hipoventilación basal derecha, radiografía de tórax con neumotórax marginal basal izquierdo nuevamente, se ordeña sonda pleural, se suspende sedación (midazolam) continua con analgesia, indica transfusión de eritrocitos.

09/05/15 Solicitud de Rx de control

10/05/15 destete de Dobutamina y adrenalina, Rx muestra pulmón derecho reexpandido y el izquierdo con su neumotórax marginal a pesar de ello sin succionar, suspensión de esquema de antibióticos, retiro de sonda pleura derecha, con pinzamiento de sonda pleural izquierda. Último día de antibióticos. Suspensión de noradrenalina, y Fentanil

11/05/15 Solicitud de Rx de control.

11/05/15 Extubación programada no tolerado. Se reintuba con cánula endotraqueal #4

12/05/15 Desaturación de O₂ hasta 27%, disminución de ruidos respiratorios bilaterales, espiración prolongada y sibilancias espiratorias, se solicita Rx de tórax se observa derrame pleural derecho e imágenes radio lucidas en neumotórax izquierdo, se ausculta obstrucción bronquial. Se administra sedación, relajación y se deja analgesia en infusión.

13/05/15 Inicia Infusión de Dexmedetomidina 48 mcg af. A 12 cc SS 0.9% a 0.5 ml por hr.

15/05/15 Cx con re exploración mediastinal, lavado y evacuación de derrame pleural derecho, Cx traqueostomía, inserción de Blake.

16/05/15 Ingresa a lactantes con 1er día con traqueostomía #4, todavía con sonda mediastinal y Blake con drenajes serosos. Inician destete de ventilador y de sedación

17/05/15 Disminución de parámetros de ventilador, ventilación en modalidad SIMV

18/05/15 Con sedo-analgesia con Buprenorfina y Dexmetomidina, con clonus en extremidades inferiores

18/05/15 Retiro de todos los drenajes por cardiocirugía. Solicitud de radiografía de control y laboratorios

19/05/15 Se inicia trámite de contrarreferencia a su unidad de origen

20/05/15 Se traslada a su unidad de origen

4. Necesidad de Moverse y mantener una postura adecuada

Juanito se encuentra en decúbito prono bajo una cuna de calor radiante, con un grado de robustez media, con actitud pasiva, hipotónico, estado de conciencia con Glasgow de 9 a 12 puntos, posterior con infusión de Sedación con Ramsay de 1-5 puntos, agitado ansioso e intranquilo con respuesta a la palpación, con disminución de tono y fuerza muscular 2/5, con movimientos asincrónicos en extremidades superiores e inferiores con disminución de tono y fuerza de 3/5, no presenta sostén cefálico.

5. Necesidad de Dormir y descansar

Juanito se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos con 3 camas en total y un aislado, se encuentra bajo cuna de calor radiante, con sábanas de cama de hospital, con cambio diario de estas, con temperatura de sala cálida, bajo sueño fisiológico, con interrupción continua de este debido a procedimientos de la unidad, baño diario, se observa cansado, con infusión de Buprenorfina 192 mcg af. 24 sol salina .9% a 0.4 ml por hora, Dexmedetomidina 48 mcg af. A 12 cc SS 0.9% a 0.5 ml por hora, con signos vitales: frecuencia cardiaca de 136-152 lpm., frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, Sat O2 de 73-81%, presión arterial no Invasiva de 78/38 con PAM 56, presión arterial invasiva 78/21 con PAM 40, PVC de 5. Glasgow con posterior Ramsay de 1-5. Pupilas isocóricas reactivas a la luz con diámetro 2/2 +/-+. Con disminución de tono y fuerza muscular 2/5. La unidad cuenta con una temperatura cálida, con paneles de

control con tomas de oxígeno, succión, aire y ventiladores encendidos que generan ruido constante, monitos para presión no invasiva con alarmas que generan sonido constante.

6. Necesidad de Elegir la ropa adecuada

Juanito se encuentra vestido únicamente con pañal, con ropa de cama del hospital, con baño y cambio de ropa diariamente, escala Ramsay de 1 a 5 puntos, con escala Karnofsky de 20% al estar muy enfermo y precisar hospitalización y respiración asistida. Juanito no cuenta con ningún objeto personal en la unidad.

8. Necesidad de Eliminar los desechos corporales

Se observa a Juanito con palidez de tegumentos, piel reseca, con descamación y deshidratada. Con infusiones continuas a través de CVC de: Buprenorfina y Dexmedetomidina. Con balance (-) 65.1 ml a (-) 90-.1 ml, I.U 3.5-6.39 mlkghr , evacuación de 18-24 ml con disminución a 0 ml, drenajes por Neumokit de 3 ml, perdidas insensibles de 5.3 a 5.5 ml/hr., con resultados de laboratorios de: creatinina 0.4 mg/dL, urea en sangre de 6.4 a 10.7 mg/dl, BUN de 3-5 mg/dl, electrolitos séricos: potasio de 3.7 a 4.4 mmol/L, cloro 103 a 113 mmol/L, sodio de 133-138 mmol/L, calcio de 7.3-10.1 mmol/L, fosforo 4.4-5.5 mg/dL, magnesio 1.7-3 mg/dL. Con administración de furosemida IV 0.5 cg cada 6 hrs PVM.

9. Necesidad de Mantener la higiene corporal

Se realiza baño diario a Juanito, con cambio de ropa de cambio diariamente y cambio de pañal cada hora, a la exploración la piel se observa con apariencia sucia, piel no uniforme, con descamaciones, con predominio en tórax, Cabello opaco, mucosas hidratadas, no Halitosis, con herida quirúrgica en abdomen de 9 cm con secreción amarillenta. Múltiples hematomas en hematomas en extremidades tanto superiores como inferiores a causa de ven punciones fallidas. No presenta UPP, pero tiene riesgo alto por UPP por Braden de 10 puntos, se observan lesiones desmicas en zona perianal a causa de rozaduras.

Laboratorios con resultados de: Bilirrubina totales de 4.4 mg/dl, Bilirrubina indirecta de 4.2 mg/dl.

10. Necesidad de Comunicarse con otros

Juanito se encuentra intranquilo e imitable a los procedimientos, se observan gesticulaciones faciales evidentes de dolor, aunque por la sonda endotraqueal que presenta le es imposible emitir algún sonido. Signos vitales aumentan con taquicardia mayor de 160 lpm y frecuencia respiratoria hasta de 80 rpm.

12. Necesidad de Trabajar para realizarse

La madre de Juanito manifiesta tener escolaridad con primaria incompleta y dedicarse al hogar, pues ella siempre se ha hecho cargo de su familia aunque recibe el apoyo de su suegra, se encuentra en unión libre y su pareja tiene escolaridad primaria incompleta, dedicado a negocio propio de renta de tablas para la construcción y como segundo empleo de albañil, con un sueldo variable, y no cuentan con nadie que los apoye económicamente, ya que sus 3 hijos son menores de edad y se dedican a estudiar. La madre de Juanito manifiesta que le gustaría que su hijo se recuperara para que se convirtiera en un “hombre de bien” y que estudiara para ser doctor.

13. Necesidad de Participar en diversas formas de entretenimiento

Madre de Juanito refiere que se la pasa todo el día en el hospital por lo que no tiene forma de divertirse, refiere que pasa su tiempo esperando a que llegue la hora de visita, posteriormente recibe información del medio después visita la capilla, acude al albergue a asearse y regresa para estar pendiente de la salud de Juanito.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

La madre de Juanito manifiesta tener conocimiento de que si hijo esta “Enfermo del corazón”, aunque refiere no entender porque los médicos le dicen “Que ya no se puede hacer nada por Juanito”, se observa con muchas dudas, aunque

refiere que médicos informan del estado de salud de Juanito. Actualmente no sabe que medicamentos le proporcionan, en que horarios o en que dosis.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN RIESGO

7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal

Juanito no ha presentado picos febriles. A la exploración se encuentra con palidez de tegumentos, piel de extremidades frías al tacto. Frecuencia cardiaca de 136-152 lpm., frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, Sat O₂ de 73-81%, presión arterial no Invasiva de 78/38 con PAM 56, presión arterial invasiva 78/21 con PAM 40, PVC de 5. Llenado capilar de 4-5 segundos, con cianosis peribucal y en lechos ungueales. Superficie corporal de 0.24 con pérdidas insensibles de 5.5 ml/kg/hrs. Dehiscencia de herida Quirúrgica en tórax con 9 cm de longitud eritematosa con secreción amarillenta con cultivo negativo a gérmenes patógenos, Laboratorios con los siguientes resultados: Leucocitos con aumento de 9.72 a 31.65 10³/uL, Neutrófilos de 40 a 76 %, Linfocitos de 14 a 51 %, Monocitos de 5 a 15 %, Eosinófilos de 0 a 23 %, Basófilos de 0 a 3 %, Procalcitonina con aumento hasta 2.66 ng/mL, con cultivos pleurales negativos, cultivo de herida quirúrgica negativo, cultivo de aspirado bronquial negativo.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN INDEPENDENCIA

11. Necesidad de Actuar con arreglo a la propia fe

Juanito proviene de una familia católica, extensa, originaria de zona rural en San Miguel de Allende, cerca de casa existe 2 iglesias adonde asisten a misa 2 veces por semana, sin ropa especial para visitar iglesia, y sus hijos están bautizados y acuden a la doctrina, cuentan con imágenes religiosas en el hogar de la virgen de Guadalupe, el señor de la Misericordia y de Justo Juez, madre profesa creer en santos, aunque no tiene altares específicos para ellos. Madre manifiesta acudir a rezar diariamente por 20 minutos a la capilla que se encuentra en el Hospital, y refiere haber puesto el nombre a su hijo por haberlo encomendado a la Virgen de San Juan.

2.2 Métodos e instrumentos

Para realizar el presente estudio de caso, el autor utilizó como guía el proceso Atención de Enfermería en base a la propuesta filosófica de Virginia Henderson; utilizando como fuente de información primaria a Juanito, como fuentes secundarias a su cuidador primario, al equipo multidisciplinario, al expediente clínico, los estudios de gabinete, laboratoriales e información bibliográfica y electrónica: bases de datos.

Apoyado del instrumento de valoración clínica del recién nacido en estado crítico, la cual se usó para valorar las necesidades básicas del paciente, compuesta por varios rubros, como lo son: ficha de identificación, Antecedentes Familiares, Orientación a la familia durante la hospitalización, Factores de riesgo, Valoración de la necesidades básicas del recién nacido: oxigenación, alimentación, eliminación, termorregulación y tegumentos, movimiento y postura, evitar los peligros, control de líquidos, medicamentos y comunicación con otros profesionales de la salud.

La hoja de reporte diario que fungió como la valoración focalizada de las 14 necesidades básicas. También se aplicaron en el estudio 2 instrumentos como gráficas, la primera es la gráfica del continuum Independencia-Dependencia, y la otra fue la gráfica de relación y grado de dependencia.

Y para el respaldo de la información, se utilizó el formato de consentimiento informado, en el que al cuidador primario autoriza la participación de Juanito en el estudio de caso.

2.3 Proceso de Construcción del Diagnostico

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se reunieron datos objetivos a través de una exploración física sistemática. Se llevó a cabo un análisis de las necesidades y jerarquización de las mismas, de los datos obtenidos por medio de la valoración, se elaboraron 14 diagnósticos enfermeros, de los cuales 13 son diagnósticos reales y 1 es diagnóstico de riesgo y se jerarquizaron de acuerdo al grado de dependencia para cada necesidad alterada o con datos potenciales de riesgo de dependencia.

Para la elaboración de los diagnósticos reales se utilizó el formato PES (Problema, etiología y signos y síntomas)

Para la elaboración de los diagnósticos de riesgo se utilizó el formato PE (Problema y etiología)

Necesidad	Diagnósticos enfermeros
<p style="text-align: center;">Oxigenación y circulación</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C Cambios de la membrana alveolar-capilar M/P frecuencia cardiaca de 136-152 lpm, frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, irritabilidad, Sat de O2 de hasta 27%, gasometría arterial con pH 7.31, P.A O2 48%, P.A CO2 49.7 mmHg, HCO3 25.2, E.B -1, cianosis peribucal y en lechos ungueales, piel pálida, disociación toraco- abdominal, retracción xifoidea.</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aérea R/C secreciones traqueo bronquiales M/P auscultación de estertores y sibilancias en campos pulmonares, cambios en la profundidad y frecuencia de 68 (60) por minuto, palidez de tegumentos, acrocianosis, cianosis en lechos ungueales, ansiedad, agitación.</p>
<p style="text-align: center;">Comer y beber</p>	<p>Desequilibrio nutricional por defecto R/C Ingesta inferior a la recomendada M/P nutrición enteral con leche materna (75 mlkgdia) por SOG 38 ml c/ 3 hrs., con posterior aumento a (110 mlkg/hr) 55 ml c/3 hrs por SOG (150-180 mlkgdia), palidez de tegumentos ++, piel reseca, deshidratada, con descamación con predominio en extremidades disminución de tono muscular 3/5, disminución de ruidos peristálticos, peso de 4 kg., en p50, talla 50 cm., en p3, superficie corporal 0.24, IMC 16 entre p85-97, perímetro cefálico 38 cm, perímetro torácico de 36 cm, perímetro braquial de 12 cm, perímetro abdominal de 36/36 pre y postprandial, electrolitos séricos: Sodio 135 mmol/L (138-146) Cloro 109 mmol/L (99-105), Calcio 7.3 mg/dL (8.5-10.4), Fosforo 5.4 mg/dl (2.7-4.5), Glucosa en sangre 40 mg/dl (50), mucosas deshidratadas.</p> <p>Exceso de volumen de líquidos R/C Exceso de aporte de líquidos mayor a la recomendada M/P edema +++ generalizado con predominio en extremidades superiores e inferiores con piel brillante, desequilibrio electrolítico con creatinina 0.4 mg/dL, urea en sangre de 6.4 a 10.7 mg/dl, BUN de 3-5 mg/dl, electrolitos</p>

	séricos: potasio de 3.7 a 4.4 mmol/L, cloro 103 a 113 mmol/L, sodio de 133-138 mmol/L, calcio de 7.3-10.1 mmol/L, fosforo 4.4-5.5 mg/dL, magnesio 1.7-3 mg/dL. Formula roja: con disminución de eritrocitos $3.19 \cdot 10^6/uL$, Hemoglobina (Hb) 11 g/dL y Hematocrito (HCT) 30.9%.
Evitar los peligros/seguridad	Dolor agudo R/C Herida Quirúrgica y procedimientos invasivos M/P llanto, irritabilidad, escala facial de 10, ansiedad, taquicardia
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física R/C medicamentos: precedex M/P Limitación de la amplitud de movimientos, posición flácida, disminución de la fuerza muscular 2/5, edema +++ , extremidades con rigidez articular, Flexión anormal de extremidad superior derecha
Dormir y descansar	Alteración del patrón del sueño R/C hospitalización M/P disminución sueño fisiológico, con interrupción continua de este debido a procedimientos de la unidad, baño diario, visualización facial de estar cansado e inquieto, generación de ruido constante.
Eliminar los desechos corporales	Aumento de la eliminación urinaria R/C aporte excesivo de líquidos parenterales, medicamentos: Furosemida M/P IU de hasta 6.39 mlkghr (1.5-2.5 mlkghr), sodio 135 mmol/dL (138-146) Estreñimiento R/C aporte insuficiente de alimentación y requerimientos energéticos, inmovilidad M/P Distensión abdominal 38.5 cm, Disminución del volumen de heces, disminución de gasto fecal 0.8 mlkghr (1.5-3.5 mlkghr), ruidos peristálticos disminuidos.
Mantener la higiene corporal	Deterioro de las integridad de la piel R/C perdida de la continuidad de la piel M/P escoriaciones, piel fría e extremidades, HxQx en tórax con dehiscencia de puntos, edema en miembros inferiores y superiores, zonas de la piel enrojecidas, piel perianal lesionada, Ictericia bilirrubina de 4.4 mg/dL (0.2-1.3)
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	Conocimientos insuficientes R/C escasa información M/P declaración del cuidador primario "no entiendo porque los médicos dicen que ya no se puede hacer nada por Juanito
Mantener la temperatura corporal	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C con palidez de tegumentos, piel de extremidades frías al tacto, frecuencia cardiaca de 136-152 lpm., frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, llenado capilar de 4-5 segundos, dehiscencia de herida quirúrgica en tórax con 9 cm de longitud eritematosa con secreción amarillenta con cultivo negativo a gérmenes patógenos, laboratorios: leucocitos con aumento de 9.72 a 31.65 $10^3/uL$, Neutrófilos de 40 a 76 %, Linfocitos de 14 a 51 %, Monocitos de 5 a 15 %, Eosinófilos de 0 a 23 %, Basófilos de 0 a 3 %, Procalcitonina con aumento hasta 2.66 ng/mL, con cultivos pleurales negativos, cultivo de herida quirúrgica negativo, cultivo de aspirado bronquial negativo.

2.4 Proceso de Planeación

La planeación es *“la tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico”*¹⁰⁶. La planeación cuidados en el proceso patológico de las cardiopatías resulta ser de gran relevancia para el profesional de enfermería debido a que, hoy en día las cardiopatías siguen siendo la segunda causa de mortalidad infantil en todo el mundo.¹⁰⁷ La enfermería requiere de sustentar el cuidado enfermero, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

¹⁰⁶ Pérez H. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Óp. cit.

¹⁰⁷ Martínez L. et al. Proceso de atención de enfermería a un lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Revista Enfermería Universitaria. 2014; Vol. 11 (1): pág. 36-43

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Deterioro del intercambio gaseoso R/C Cambios de la membrana alveolar-capilar M/P frecuencia cardiaca de 136-152 lpm, frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, irritabilidad, Sat de O2 de hasta 27%, gasometría arterial con pH 7.31, P.A O2 48%, P.A CO2 49.7 mmHg, HCO3 25.2, E.B -1, cianosis peribucal y en lechos ungueales, piel pálida, disociación toraco- abdominal, retracción xifoidea.				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
OBJETIVOS: Juanito mantendrá un intercambio alveolar de O2 y CO2 durante su estancia hospitalaria, para mantener las concentraciones de gases arteriales, y modificar sus signos vitales dentro de los rangos normales de acuerdo a su edad					
Tipo de Objetivo: Largo plazo					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Manejo de las vías aéreas interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la intubación de vías aéreas con cánula endotraqueal # 4.5, administrando ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración. • Colocar al paciente en la posición semifowler o fowler para permitir que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Eliminar las secreciones por medio de la aspiración endotraqueal • Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. • Administrar broncodilatadores Salbutamol 400 mcg MNB cada 6 hrs., Budesonide 250 mcg MNB cada 12 hrs • Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación. • Realizar pulsioximetría continua o monitorización continua • Tratar el dolor para prevenir la hipoventilación. 			Mantener las vías aeres permeable y libres de secreciones así como mantener una presión positiva, aumentara la superficie de intercambio gaseoso, y al colocarlo en una posición correcta favorecerá el descenso del diafragma. ¹⁰⁸	
EVALUACIÓN: Juanito es capaz de mantiene niveles de gasometría dentro de los rangos normales y para mantener su intercambio gaseoso de gravemente comprometida a moderadamente comprometida					

¹⁰⁸ Urden L.et al. Op cit. pago. 476-477

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: 20 días	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	AREA: UCIN
---------------------------	-------------------------	---------------------------	--	-----------------------------	-------------------

NECESIDAD: OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aérea R/C secreciones traqueo bronquiales M/P auscultación de estertores y sibilancias en campos pulmonares, cambios en la profundidad y frecuencia de 68 (60) por minuto, palidez de tegumentos, acrocianosis, cianosis en lechos ungueales, ansiedad, agitación.

Nivel Dependencia: 5 Prioridad: Alta Fuente de Dificultad: Fuerza

OBJETIVOS: Juanito permitirá la eliminación de secreciones traqueo bronquial mediante la aspiración de secreciones; durante la estancia hospitalaria, al auscultar campos pulmonares con presencia de estertores y abundantes secreciones, manteniendo la vía aérea permeable y modificando la frecuencia respiratoria en rangos normales de acuerdo a su edad.
Tipo de Objetivo: Mediano plazo

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS Interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal de acuerdo a la presencia de estertores. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Informar a Alan y al cuidador primario sobre el procedimiento a realizar; aspiración. • Disponer de precauciones universales: guantes, gafas. • Hiperoxigenar 3 minutos previos a la aspiración con oxígeno al 100% • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal • Seleccionar un catéter de aspiración que se la mitad del diámetro inferior de la vía aérea del paciente. • Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (50-75 en niños). • Observar el estado de oxigenación de Alan (Nivel de SatO₂) inmediatamente antes, durante y después de la succión. • Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. • Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal • Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si Alan experimenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación. • Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas 	Permite movilizar secreciones del árbol traqueo bronquial, nariz y boca para mantener la vía aérea permeable y se reciba el aporte necesario de oxígeno para el funcionamiento de los sistemas corporales. ¹⁰⁹

EVALUACIÓN: Juanito será capaz de mantener una vía aérea libre de secreciones disminuyendo cantidad de secreciones hasta un 60 % para mantener su vía aérea de gravemente comprometida a levemente comprometida

¹⁰⁹ Martínez L. et al. op cit. pág. 3643.

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
---------------------------	---------------------------------	---------------------------	--	-----------------------------	----------------------

NECESIDAD: ALIMENTACIÓN

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Desequilibrio nutricional por defecto R/C Ingesta inferior a la recomendada M/P nutrición enteral con leche materna (75 mlkgdia) por SOG 38 ml c/ 3 hrs., con posterior aumento a (110 mlkg/hr) 55 ml c/3 hrs por SOG (150-180 mlkgdia), palidez de tegumentos ++, piel reseca, deshidratada, con descamación con predominio en extremidades disminución de tono muscular 3/5, disminución de ruidos peristálticos, peso de 4 kg., en p50, talla 50 cm., en p3, superficie corporal 0.24, IMC 16 entre p85-97, perímetro cefálico 38 cm, perímetro torácico de 36 cm, perímetro braquial de 12 cm, perímetro abdominal de 36/36 pre y postprandial, electrolitos séricos: Sodio 135 mmol/L (138-146) Cloro 109 mmol/L (99-105), Calcio 7.3 mg/dL (8.5-10.4), Fosforo 5.4 mg/dl (2.7-4.5), Glucosa en sangre 40 mg/dl (50), mucosas deshidratadas.
	Nivel Dependencia: 5 Prioridad: Alta Fuente de Dificultad: Fuerza

OBJETIVOS: Juanito aumentara y/o mantendrá su peso corporal en rangos normales para su edad y mejorar los niveles de electrolitos séricos en sangre, así como también recuperara la integridad de sus tegumentos; durante la estancia hospitalaria en UCIN
 Tipo de Objetivo: Largo plazo

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
Manejo de los trastornos de la alimentación Interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos) • Pesar diariamente (a la misma hora del día). • Controlar la ingesta y eliminación de líquidos. • Vigilar la ingesta calórica diaria. • Vigilar la ganancia / mantenimiento del peso • Controlar el peso de manera rutinaria. • Determinar el margen aceptable de variación de peso • Controlar los signos de deficiencias nutritivas. • Administrar las soluciones parenterales y enterales precisas. • Controlar el ritmo de infusiones mediante dispositivos de control y comprobarlo cada hora. • Comprobar el buen funcionamiento de las sondas de alimentación cada 4 horas. • Registrar el aporte calórico proporcionado al paciente. • Evaluar de forma periódica: fuerza, resistencia y estado de las heridas del paciente. 	Vigilar la ingesta calórica es útil para determinar las necesidades calóricas, y establecer un peso como meta y evaluar así la eficiencia del plan nutricional ¹¹⁰ .

EVALUACIÓN: Juanito mantendrá su peso corporal 4 kg y mejorara sus parámetros fisiológicos (signos vitales y nivel de electrolitos) en rangos aceptables para su edad.

¹¹⁰ Urden L.et al. Op cit. pág. 460.

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: ALIMENTACIÓN					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	<p>Exceso de volumen de líquidos R/C Exceso de aporte de líquidos mayor a la recomendada M/P edema +++ generalizado con predominio en extremidades superiores e inferiores con piel brillante, desequilibrio electrolítico con creatinina 0.4 mg/dL, urea en sangre de 6.4 a 10.7 mg/dl, BUN de 3-5 mg/dl, electrolitos séricos: potasio de 3.7 a 4.4 mmol/L, cloro 103 a 113 mmol/L, sodio de 133-138 mmol/L, calcio de 7.3-10.1 mmol/L, fosforo 4.4-5.5 mg/dL, magnesio 1.7-3 mg/dL. Formula roja: con disminución de eritrocitos 3.19 10⁶/uL, Hemoglobina (Hb) 11 g/dL y Hematocrito (HCT) 30.9%.</p>				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
<p>OBJETIVOS: Juanito disminuirá el edema al manifestar una disminución en la retención de líquidos durante su hospitalización en la UCIN:</p> <p align="right">Tipo de Objetivo: Largo plazo</p>					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Manejo de Líquidos interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a diario y controlar la evolución. • Contar o pesar pañales • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Vigilar el estado de hidratación • Controlar resultados de laboratorios relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina, aumento o disminución de electrolitos séricos.) • Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM. • Monitorizar signos vitales • Observar si hay indicios de sobrecarga / retención de líquidos • Evaluar la ubicación y extensión del edema • Administrar los diuréticos prescritos furosemida IV 0.5 cg cada 6 hrs PVM. • Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. • Favorecer la integridad de la piel en áreas edematosas, con cambios posturales frecuentes. 			<p>Al continuar controlando los parámetros que favorezcan la acumulación de líquidos evitara que se produzca un traumatismo en los tejidos, y al controlar los niveles de electrolitos evitara que se produzca una hiponatremia, también y evitara que existan problemas en la respiración debido a la sobrecarga hídrica.¹¹¹</p>	
<p>EVALUACIÓN: Juanito mantendrá su peso corporal y disminuirá el nivel de edema para llevar el exceso de volumen de líquidos de gravemente comprometido a moderadamente comprometido.</p>					

¹¹¹ Urden L.et al. Op cit. pág. 487-491

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA						
NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. Ventrículo hipoplásico	MEDICO: derecho	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: ELIMINACIÓN						
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:		Aumento de la eliminación urinaria R/C aporte excesivo de líquidos parenterales, medicamentos: Furosemida M/P IU de hasta 6.39 mlkghr (1.5-2.5 mlkghr), sodio 135 mmol/dL (138-146)				
		Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Fuerza	Dificultad:	
OBJETIVOS: Juanito disminuirá su IU de 6.39 mlkghr a máximo 2.5 mlkghr para mejorar su eliminación urinaria y mantenerla en niveles aceptables para su edad durante su estancia hospitalaria en la UCIN.						
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN		
Manejo de la eliminación urinaria Interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las causas de los múltiples factores que una excesiva producción urinaria, como medicamentos Realizar limpieza de la zona dérmica genital a intervalos regulares. Disminuir o suspender la administración de diuréticos Restringir los líquidos parenterales. 			Suspender los diuréticos favorecerá a que el IU no aumente debido a que son sustancias que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y electrolitos fuera del organismo ¹¹²		
EVALUACIÓN: Juanito a disminuirá su IU para llevarlo de gravemente comprometido a levemente comprometido						

¹¹² Dengues M. et al. Planes de cuidado de enfermería. 7ma edición, México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2008. Pág. 285

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA					
NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: ELIMINACIÓN					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Estreñimiento R/C aporte insuficiente de alimentación y requerimientos energéticos, inmovilidad M/P Distensión abdominal 38.5 cm, Disminución del volumen de heces, disminución de gasto fecal 0.8 mlkg/hr (1.5-3.5 mlkg/hr), ruidos peristálticos disminuidos.				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Fuerza	Dificultad:	
OBJETIVOS: Juanito aumentara su gasto fecal de 0.8 mlkg/hr a 1.5 mlkg/hr para mantener en rangos inferiores normales, así como también disminuirá la perímetro abdominal de 38 cm a 36 cm; durante la estancia hospitalaria en UCIN					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Manejo del estreñimiento Independiente	<ul style="list-style-type: none"> •Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. •Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color •Vigilar la existencia de sonidos intestinales. •Consultar con el médico acerca de la disminución de la frecuencia de sonidos intestinales. •Aumentar la ingesta de líquidos por SNG. •Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios. •Registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. •Evaluar el registro y aumentar la entrada del contenido nutricional. •Pesar al paciente regularmente. 			Una disminución de ruidos intestinales puede reflejar una disminución de la motilidad gástrica y estreñimiento relacionada con la ingesta adecuada de líquidos. ¹¹³	
EVALUACIÓN: Juanito mejorara patrón de eliminación en el rango esperado aumentando su gasto fecal para mantener de moderadamente comprometido a levemente comprometido.					

¹¹³ Doenges M. et al. Op cit. Pág. 266

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA					
NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: MOVIMIENTO Y POSTURA					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Deterioro de la movilidad física R/C medicamentos: precedex M/P Limitación de la amplitud de movimientos, posición flácida, disminución de la fuerza muscular 2/5, edema +++, extremidades con rigidez articular, Flexión anormal de extremidad superior derecha.				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
OBJETIVOS:	Juanito mantendrá la integridad en sus articulaciones con movimientos pasivos, así como el tono muscular, y la amplitud de movimiento, y disminuirá el edema al favorecer la circulación durante su hospitalización en la UCIN.				
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Cambio de posición Independiente Terapia de ejercicios: movilidad articular Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición. • Colocar en la posición terapéutica indicada. • Colocar en posición de alineación corporal correcta. • Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto) • Minimizar el roce al cambiar la posición del paciente. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida • Colocar un respaldo, si procede. • Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. • Realizar ejercicios pasivos 	Realizar ejercicios y movimientos continuos al paciente con un plan terapéutico ayudara a mantener las funciones nerviosas, mejorar el tono muscular y evitar que se produzca un nivel de dependencia mayor, así como también ayuda a recuperar la fuerza, la resistencia y la flexibilidad de la musculatura esquelética ¹¹⁴ .			
EVALUACIÓN:	Mantener el movimiento articular con ejercicios pasivos y mejorar de gravemente comprometido a moderadamente comprometido				

¹¹⁴ Doenges M. et al. Op cit. Pág. 40

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: REPOSO/SUEÑO					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Alteración del patrón del sueño R/C hospitalización M/P disminución sueño fisiológico, con interrupción continua de este debido a procedimientos de la unidad, baño diario, visualización facial de estar cansado e inquieto, generación de ruido constante.				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
OBJETIVOS: Juanito mantendrá en un sueño fisiológico con cantidad y calidad suficiente, al disminuir el nivel de interrupciones durante su hospitalización en la UCIN.					
Tipo de Objetivo: Largo plazo					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Fomentar el sueño Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el patrón del sueño • Reducir al mínimo los despertares, valorando la necesidad de despertar al paciente, en especial durante la noche, diferenciando entre las actividades de enfermería esenciales y no esenciales • Reducir al mínimo el ruido. • Promover la comodidad, la relajación y la sensación de bienestar. 			El sueño es esencia y promueve la salud, por lo tanto permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos disminuirá el trastornos del sueño y permitirá mantener la salud del paciente ¹¹⁵	
EVALUACIÓN: Juanito mantendrá un tiempo de sueño normal para el al completar ciclos de 90 minutos sin interrupción, para poder llevar una alteración del sueño de gravemente comprometido a levemente comprometido.					

¹¹⁵ Urden L.et al. Op cit. pág. 458-459

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: HIGIENE Y PIEL					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Deterioro de las integridad de la piel R/C perdida de la continuidad de la piel M/P escoriaciones, piel fría e extremidades, HxQx en tórax con dehiscencia de puntos, edema en miembros inferiores y superiores, zonas de la piel enrojecidas, piel perianal lesionada, Ictericia bilirrubina de 4.4 mg/dL (0.2-1.3)				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Fuerza	Dificultad:	
OBJETIVOS: Juanito mejora la integridad de su piel y disminuirá las zonas enrojecidas así como también se disminuirá el edema en un 70% para llevar a Juanito de gravemente comprometido a levemente comprometido					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Cuidados de la Piel Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la piel, observando presencia de edema, regiones de alteración de circulación • Realizar un masaje suave alrededor de las zonas enrojecidas • Favorecer frecuentemente los cambios de posición en cama • Ayudar con ejercicios pasivos en rango óptimos de movimiento • Proporcionar frecuentes cuidados de la piel; minimizar el contacto con la humedad y excreciones. 			La inamovilidad y el deterioro de la circulación, la alteración del estado nutricional ponen en riesgo la integridad de la piel. Por ello las movilizaciones frecuentes el masaje suave en zonas enrojecida reducen la privación de flujo sanguíneo para evitar que la piel se lesiones ¹¹⁶	
EVALUACIÓN: Juanito mejorar la integridad cutánea de la piel al llevarla de gravemente comprometida a moderadamente comprometida.					

¹¹⁶ Doenges M. et al. Op cit. Pág. 266. Pág. 58

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: EVITAR LOS PELIGROS					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Dolor agudo R/C Herida Quirúrgica y procedimientos invasivos M/P llanto, irritabilidad, escala facial de 10, ansiedad, taquicardia				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
OBJETIVOS: Juanito disminuirá su nivel de dolor así como también los signos de escala facial que indican dolor para mantener aumentar su confort, a través de la administración de analgésicos durante su estancia hospitalaria en la UCIN.					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Control del dolor Interdependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar, documentar las características del dolor, registrando expresiones faciales, llanto, inquietud, sudoración, y cambios en la respuesta hemodinámica: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria • Proporcionar actividades tranquilas y medidas de confort. • Revisar los signos vitales antes después de la administración de opiáceos: buprenorfina según órdenes prescritas. 			<p>El dolor supone una señal de aviso del organismo de que se ha producido algún trastorno, y supone una señal protectora frente a una amenaza vital. La adecuada evaluación del dolor en el paciente crítico requiere de estrategias, por ser multidimensional, y proporciona datos a la enfermera sobre el tipo de dolor para poder tratarlo.¹¹⁷</p>	
EVALUACIÓN: Juanito gesticulara un alivio de dolor y se contralora mara mantenerse de gravemente comprometido a levemente comprometido					

¹¹⁷ Urden L.et al. Tratamiento del dolor. En: Cuidados intensivos en Enfermería. Vol. I. 3ra edición, Madrid España: Harcourt/ Oceano; pág. 84-90

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA					
NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: TERMORREGULACIÓN					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	<p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C con palidez de tegumentos, piel de extremidades frías al tacto, frecuencia cardiaca de 136-152 lpm., frecuencia respiratoria de 48 a 75 rpm, llenado capilar de 4-5 segundos, dehiscencia de herida quirúrgica en tórax con 9 cm de longitud eritematosa con secreción amarillenta con cultivo negativo a gérmenes patógenos, laboratorios: leucocitos con aumento de 9.72 a 31.65 10³/uL, Neutrófilos de 40 a 76 %, Linfocitos de 14 a 51 %, Monocitos de 5 a 15 %, Eosinófilos de 0 a 23 %, Basófilos de 0 a 3 %, Procalcitonina con aumento hasta 2.66 ng/mL, con cultivos pleurales negativos, cultivo de herida quirúrgica negativo, cultivo de aspirado bronquial negativo.</p>				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
<p>OBJETIVOS: Juanito mantendrá su temperatura corporal en 36.5 durante su estancia hospitalaria en la UCIN.</p> <p style="text-align: right;">Tipo de Objetivo: Largo plazo</p>					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN			
Termorregulación Interdependiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua • - Colocar al recién nacido en incubadora o calentador • Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración • Observar color y temperatura de la piel • Observar y registrar, signos y síntomas de hipotermia o hipertermia • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente 	Una temperatura de 38.9 a 41.5 es indicativo de un proceso infeccioso. Para evitar hipotermia o hipertermia se deben modificar la temperatura del ambiente. ¹¹⁸			
EVALUACIÓN: Juanito mantiene la temperatura corporal de 36.5.					

¹¹⁸ Doenges M. et al. Op cit. Pág. 266. Pág. 706

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Juanito	EDAD: RN 20 días de vida	SEXO: MASCULINO	DX. MEDICO: Ventrículo derecho hipoplásico	ALERGIAS: NEGADAS	ÁREA: UCIN
NECESIDAD: APRENDER					
DIAGNOSTICO ENFERMERÍA:	Conocimientos insuficientes R/C escasa información M/P declaración del cuidador primario “no entiendo porque los médicos dicen que ya no se puede hacer nada por Juanito”				
	Nivel Dependencia: 5	Prioridad: Alta	Fuente de Dificultad: Fuerza		
OBJETIVOS: el cuidador primario obtendrá el nivel de conocimientos necesarios sobre la cardiopatía de su hijo, a través de la explicación detallada de la información, durante la estancia hospitalaria de Juanito.					
Tipo de Objetivo: Mediano plazo					
INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES			FUNDAMENTACIÓN	
Manejo de la información Independiente	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el origen específico de la limitación de la información • Enseñar al cuidador primario solo lo que le interesa saber por el momento • Reforzar la información con ejemplos. • Reducir el nivel de ansiedad del cuidador primario con la escucha activa • Responder las preguntas de una manera clara • Estimular la expresión de la preocupación y afrontar esas cuestiones en primer lugar. • Proporcionar solo información correcta y pertinente • Evaluar la comprensión de la información por el cuidador primario. • Proporcionar información no amenazadora antes de presentar la que produce mayor ansiedad. 			Proporcionar un nivel e información completo, correcto y pertinente proporcionara al cuidador primario u aumento de conocimientos y aprendizaje sobre la patología de Juanito ¹¹⁹	
EVALUACIÓN: el cuidador primario verbalizara un conocimiento adecuado o demostrara destrezas adecuadas para llevar su nivel de conocimientos de moderadamente comprometido a levemente comprometido.					

¹¹⁹ Urden L. et al. Planes de Cuidados del tratamiento de enfermería En: Cuidados intensivos en Enfermería. Vol. II. 3ra edición, Madrid España: Harcourt/ Oceano; pág. 442

Ordenes de enfermería

Las ordenes de enfermería son las intervenciones específicas de enfermería hacia otras enfermeras, que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados. Estas acciones deben reunir ciertas características:

- a) Ser coherentes con el plan de cuidado general.
- b) Basarse en principios científicos.
- c) Ser individualizados para cada situación en concreto.
- d) Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
- e) Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Dichas acciones hacen referencia principalmente a intervenciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería, usualmente se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las órdenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de enfermería. Se pueden formular con base en las experiencias que se han tenido y tienen los siguientes componentes:

1. Fecha en que se escribe la orden de enfermería.
2. Verbo con los calificativos precisos que indique la acción.
3. Especificaciones de: quien, que, donde, cuando, como, cuánto.
4. Modificaciones que se hagan a un procedimiento estandarizado.
5. Firma de quien escribe la orden.¹²⁰

Sin embargo aunque se tienen conocimiento de las ordenes de enfermería el autor no cree necesario la utilización de estas en los planes de cuidado, debido a que la información de consideraría repetitiva, por lo que se da mayor énfasis al rubro de la evaluación.

¹²⁰ Lazo R. Proceso de atención de enfermería basado en funciones orgánicas. Perú; 2010.

2.5 Plan de alta

Nombre del paciente: Juanito Puente Vargas Edad: 20 días

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 22/abril/2015

Fecha de egreso: 21/mayo/2015

Los errores en el desarrollo embriológico producen, las cardiopatías congénitas, entre ellas la Hipoplasia del ventrículo derecho, en la cual el ventrículo derecho no se desarrolla adecuadamente asociado a otras anomalías como la atresia de la válvula tricúspide o pulmonar. Existen cardiopatías congénitas que al ser intervenidas tiene una esperanza de vida similar en la población, sin embargo las cardiopatías complejas como son la hipoplasia de ventrículo derecho tiene un elevado riesgo quirúrgico y la supervivencia de vida disminuye. Existen muchos problemas que pueden surgir en un niño con cardiópata entre ellos:

1.- Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar.

- Vigilar el crecimiento y la nutrición: los niños con cardiopatías congénitas puede crecer más despacio que los demás. Y esto puede ser un signo de insuficiencia cardiaca.
- Vigilar el desarrollo psicomotor: se recomienda la estimulación precoz o el apoyo de fisioterapeutas que ayuden a recuperar más rápido el periodo postquirúrgico.
- Evitar la realización de ejercicio físicos excesivos: en los pacientes con cardiopatías como la atresia de válvula pulmonar se debe limitar ejercicio físico en especial si han presentado complicaciones o secuelas como hipertensión pulmonar o hipotensión arterial.
- Vigilar la aparición de infecciones: los niños con cardiopatías tiene mayor riesgo de contraer infecciones con mayor severidad que los niños sanos. Para evitarlas se recomienda profilaxis de endocarditis, la toma de antibióticos, previo a intervenciones detales o de otro tipo que hacen pasar gérmenes a la sangre y al corazón, también es indispensable seguir el calendario de vacunación y recibir vacunas o inmuno-profilaxis especiales como grupo de riesgo.

- Evaluación por cirugía: algunos pacientes que han sido sometidos a cirugías presentan problemas estéticos como cicatrices hipertróficas o anomalías en el esternón o cianosis o han desarrollado efectos secundarios a la toma de medicamentos. Por ello deben ser evaluados por cirujanos plásticos para la corrección de los defectos estéticos.
- Vigilar problemas psicológicos: es necesario el apoyo psicológico ya que pueden desarrollar estados depresivos, ansiedad, sentimientos de inferioridad en relación a su cardiopatía, intervenciones o estado general y en la expectativa de vida.
- Integración social: los niños deben de integrarse en las actividades escolares plenamente, y se deben de adaptar los calendarios para sus revisiones y pruebas.

2.- Orientación dietética:

- En los primeros meses el niño con cardiopatía puede presentar dificultad respiratoria que puede comprometer su alimentación. Los niños con cardiopatías se suelen beneficiar de introducir precozmente cereales en la dieta, que aportan un mayor contenido calórico con un volumen de líquidos menor, ya que la sobrecarga de líquidos están muchas veces contraindicada.
- En los niños con cardiopatías reciben alimentos hipercalóricos, elegir comidas que no tengan mucha azúcar como las galletas o los dulces, es de mejor elección las frutas y verduras. Y se restringen los líquidos excesivos.
- Fomentar hábitos cardiosaludables en dieta para evitar la hipercolesterolemia o las altas ingestas de sal que se asocia a hipertensión arterial.
- Dar un aporte adecuado de vitaminas: Los recién nacidos con cardiopatías requiere los mismos suplementos vitamínicos que el resto de los niños
- Una alimentación inadecuada que no satisface los requerimientos energéticos del cuerpo puede provocar que el niño sufra una fatiga rápida y dificultad para mantenerse al mismo nivel que otros niños de su edad, y pueda interferir en sus etapas de desarrollo haciendo su alcance con mayor lentitud.

3.- Medicamentos indicados:

- **DIGITAL:** es un glucósido cardiaco de uso tradicional para tratar la insuficiencia cardiaca subaguda o crónica, como fármaco de mantenimiento, por la digitoxina que afecta el funcionamiento del corazón, su activo es usado para el tratamiento de las arritmias, sus efectos sobre la contractibilidad miocárdica y la disminución de la frecuencia cardiaca, favorecen el llenado ventricular durante la diástole. Al estimular el mecanismo de intercambio de calcio y sodio de la membrana celular, aumenta la concentración intracelular de calcio, esto permite que se formen más puentes cruzados de actina y miosina durante la activación del musculo cardiaco, lo que incrementa la eficacia de la contracción.
- **DIURETICOS:** su efecto sobre el riñón aumenta la pérdida de agua y sal por la orina. Reducen el volumen sanguíneo circulatorio y la dilatación de los ventrículos incrementando su eficacia. Así mismo disminuye el edema periférico y pulmonar facilitando el trabajo respiratorio. Son clasificados de acuerdo a sus efectos farmacológicos en los diferentes lugares de la nefrona, la unidad funcional del riñón. La furosemida es el diurético más utilizado, por su potencia, rápida acción y buena tolerancia.
- **VASODILATADORES:** disminuyen la resistencia periférica y mejoran la función ventricular. Actúan sobre la precarga y postcarga, sin afectar la contractibilidad del miocardio. Son inhibidores de la enzima convertidora, responsable de la conversión de angiotensina 1 en angiotensina 2 en el pulmón. Esta última posee un potente efecto vasoconstrictor, de forma que, al bloquear su formación reduce la postcarga general y mejora el gasto cardiaco. Como efectos adversos no deseados, pueden producir hipotensión y más raramente tos y dolor en garganta. En general suelen tolerar bien, se absorben mejor con el estómago vacío.
- **BETABLOQUEANTES:** son fármacos de uso más reciente. Se utilizan para tratar la insuficiencia cardiaca cuando los digitales y diuréticos no han dado los resultados esperados.

- Bloquean los receptores beta 2- adrenérgicos que se encuentran en el miocardio y reducen su efecto sobre la frecuencia y la contractilidad cardiaca. El más usado es el propranolol, bien tolerado por vía oral.
- Se puede encontrar efectos secundarios no deseados con la disminución de la frecuencia cardiaca que da lugar secundariamente a un bajo gasto cardiaco, hipoglicemia y bronco constricción por lo que se contraindica en paciente con asma bronquial.

4.- Registro de signos y síntomas de alarma:

- Vigilar la presencia de síntomas en la coloración de la piel y mucosas; vigilar que no exista palidez, cianosis, en especial en las partes más alejadas del corazón como en los pies y las manos. Vigilar que no exista dificultad para respirar.
- Vigilar la presencia de fiebre: esta situación hace que el corazón tenga que trabajar más y pueda sufrir una descompensación y es necesario descartar una infección.
- Vigilar pérdida del apetito, puede indicar que el corazón está trabajando demasiado.
- Sudoración; indica un exceso de trabajo del corazón.
- Vómitos y diarrea. Cualquier enfermedad que provoque vomito o diarrea puede llevar a una pérdida importante de líquidos, es especialmente importante vigilar en los niños que toman diuréticos por la deshidratación que pueden presentar con mayor facilidad.
- Desmayos o síncope: para descartar que la causa este en el corazón.

5.- Cuidados especiales en el hogar.

- Agendar las próximas citas con el cardiólogo.
- Cuidados de herida quirúrgica, realizar limpieza diariamente con agua y jabón, manteniendo libre de humedad y cubierta normalmente la recuperación tras una cirugía requiere de 7 a 10 días y un reposo en las de 1 a 2 semanas.

- Evitar el humo de tabaco en la vivienda de los recién nacidos con cardiopatías especialmente en los niños que toman medicación para la insuficiencia cardiaca o si tiene patología respiratoria asociada.
- Restringir las visitas: en el periodo de convalecencia se recomienda se recomienda recibir visitas pero tratar de minimizarlas.
- Proteger de infecciones respiratorias: los niños con cardiopatía cardiaca tiene mayor facilidad de acumular secreciones en los pulmones y es más fácil que tengan infecciones, especialmente neumonías y bronquiolitis.
- Evitar infecciones gastrointestinales: el tratamiento consiste en aportar suficientes líquidos y evitar la deshidratación. En caso de que el recién nacido tome diuréticos y comience con diarrea se debe consulta al pediatra.
- Vigilar estreñimiento: el estreñimiento puede ser favorecido en ocasiones por tratamientos diuréticos rigurosos.
- Vigilar curva de peso y talla: los niños con cardiopatías tiene mayores requerimientos energéticos y suelen presentar retraso en el crecimiento.
- Vigilar el desarrollo de escoliosis: los niños con cardiopatías, especialmente los que tiene cardiopatías cianógenos y los que han sido intervenidos en varias ocasiones pueden presentar alteraciones de la alineación de la columna, estos problemas son frecuente y evidentes hacia los 10 años de edad y se deben detectar precozmente para evitar deformidades significativas y hacer un tratamiento precoz.
- Cuidados dentales: los niños que padecen cardiopatías deben de protegerse contra los gérmenes que viven en la boca ya que pueden pasar a la sangre y llegar al corazón, y esto implica una infección en el corazón. Como la endocarditis infecciosa. Hay que lavarse los dientes una vez al día con una gasa mojada en agua cuando empiezan a salirle los dientes. Una vez que tiene más dientes hay que usar un cepillo de dientes blando.

Fecha de próxima cita: gerencia social indica no se continuara seguimiento por aparte de consulta externa de Cardiopediatría.

3. RESULTADOS

Juanito en el curso de la evolución de su enfermedad ha logrado una evolución en su estado de salud desfavorable, ya que debido a su patología se realizó Cirugía Paliativa de una Fistula Arterio Sistémica Pulmonar Derecha, la cual al mostrar disfuncionalidad, presento un deterioro progresivo, sin embargo cabe mencionar que con las intervenciones de enfermería Juanito Logro mantenerse estable aunque no se pudieron llevar a independencia sus necesidades.

Debido a la complejidad del factor de dependencia, Juanito fue egresado de la Unidad de Cuidados intensivos a Lactantes por máximo beneficio para iniciar Cuidados Paliativos, debido a su grave pronóstico.

Hasta el momento de su egreso Juanito fue sometido a un serie de procedimientos invasivos con la finalidad de disminuir su sintomatología y mantenerlo estable, fue sometido una última cirugía para realizar Traqueostomía y continuar con ventilación mecánica invasiva con progresión a CPAP/PSV, y poder así minimizar el daño de la cánula orotraqueal, se logró el destete exitoso de la sedación y analgesia y retiro de CVC sin embargo continuando con pronóstico reservado debido a la gravedad del factor de dependencia.

Fue egresado del Hospital de Alta Especialidad del Bajío al Hospital General de San Miguel de Allende para continuar con su tratamiento el día 21 de mayo del 2015.

4. CONCLUSIONES

La elaboración de estudio de caso al autor le permitió desarrollar habilidades y destrezas como enfermera especialista infantil al permitirle proporcionar cuidados especializados y al tener que investigar las cardiopatías congénitas, prestando especial énfasis en la Hipoplasia de Ventrículo Izquierdo, sensibilizándole como profesional de enfermería, ante este tipo de patología las cuales hoy en día siguen siendo la segunda causa de mortalidad infantil y que afecta principalmente a niños menores de 4 años. Al realizar una valoración exhaustiva de las 14 necesidades básicas de Juanito, permitió adquirir los conocimientos necesarios con la finalidad de poder implementar y desarrollar el proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas las cuales se esquematizaron con la descripción de los diagnósticos de enfermería y los planes de intervenciones especializadas. También se adquirieron habilidades al poder desarrollar un plan de alta, con la finalidad de informar al cuidador primario y dar orientación sobre la patología, información de signos y síntomas de alarma y cuidados especiales que deben ser brindados en el hogar.

Para poder ejecutar las intervenciones especializadas de enfermería se contaron con todos los recursos humanos y materiales del Hospital Regional de Alta especialidad, así como del área de Cuidados Intensivos Neonatales, se recibió apoyo de la información del cuidador primario. Sin dejar de lado a Juanito quien fue una parte importante y primordial para este estudio de caso.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Benítez E. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; Vol. 19 (2): p 74-69
2. Gaona Vázquez Y, Cruz Jiménez M. Estudio de caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2012; Vol. 9 (2): p 37-45.
3. Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111
4. INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño: Datos nacionales. 2015
5. OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México. 2005: pág. 30
6. Romera G. et al. Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Hospital Universitario Madrid-Monte príncipe. Madrid. 2008: pág. 346
7. Madrid A. et al. Cardiopatías congénitas. *Revista Gastrohnp*. 2013; Vol. 15 (1): pág. 56.
8. Barrett H. Hipoplasia del ventrículo derecho.2011.pág. 145. Disponible en http://media.axon.es/pdf/84253_1.pdf
9. INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño: Datos nacionales. 2013
10. INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2011
11. Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111
12. Gálvez T. Evidencias, pruebas científicas y enfermería. *Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables*. *Enfermería Global*. 2003; Vol. 1 (3): pág. 1-9

13. Harrison L. et al. Competencias en investigación para diferentes niveles de formación de enfermeras: Una perspectiva latinoamericana. *Ciencia y Enfermería*. 2005; Vol. 11 (1): pág. 59-71.
14. Orellana Y. Et al. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería*. 2007; Vol. 13 (1): pág. 17-24.
15. Nájera C. Enfermería basada en evidencias. *Rev. Enferm IMSS* 1999; Vol. 7 (3): pág. 145-146.
16. Gaona Vázquez Y, Cruz Jiménez M. Estudio de caso de una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2012; Vol. 9 (2): p 37-45.
17. Chávez García C., Sánchez Cisneros N. Estudio de caso de un individuo con lupus eritematoso generalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2007; Vol. 15 (2): p 54-61
18. Díaz Benítez E. Lactante menor con alteración de las necesidades básicas secundario a cardiopatía congénita. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; Vol. 19 (2): p 74-69
19. Alvarado Pacheco P, Cruz Jiménez M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enfermería Universitaria*. 2013; Vol. 10 (3): p. 105-111
20. Mondragón Romero A, Macín García L. Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; Vol. 18 (3): p 82-86
21. Carreño Rodríguez A. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; Vol. 19 (3): p 105-113
22. Meza A. et al. Proceso enfermero en lactante mayor con patología de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2013; Vol. 21 (2): p 63-70
23. Franco O. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Enfermería Universitaria*: pág. 13-23.

24. Pardavila, F. et al. Teoría y Método: el proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. *Cultura de los cuidados*. 2003; (13): pág. 52-62
25. Pacheco S. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 2006; Vol. 14 (1): pág. 16-23.
26. Hernández T. Cuidado especializado de enfermería a un lactante menor con dependencia en la necesidad de movimiento y postura. *Rev. CONAMED*, 2011; Vol. 16 (1): pág. 34-40.
27. Fernández S. et al. Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC Y NOC. *Enfermería en Cardiología*, 2008; Vol. 1 (44): pág. 33-36.
28. Ramírez A. Proceso de cuidados de enfermería a preescolar con tuberculosis pulmonar. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de La Salud. Escuela de Enfermería. Maracay, 2013.
29. González G. et al. XVIII Congreso Nacional de Enfermería Pediátrica: resúmenes. *Acta Pediatr Mex*; 2006; Vol. 27(2): pág. 101-118.
30. Luis R. et al. De la teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona España: Editorial Masson; 1998. Pág. 3-15.
31. Ledesma D. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: Construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; Vol. 17 (3): pig. 1-2.
32. Hinchliff S. et al. Enfermería y cuidados de la salud: Enfoques del cuidado de enfermería. Doyma, Barcelona. 1998: pág. 180
33. Kosier B., et al. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1. 8ª ed. Madrid, España: Pearson Prentice Hall; 2008. Pág. 175-240
34. Antología. Teorías y Modelos Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. ENEO-UNAM. México D.F: 2009. Pág. 166-170.
35. Lunney M. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Elsevier: 2008. Pág. 3-4

36. Bulechek G. et al. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Fundamentos de enfermería. Compendio. Pág. 66-68
37. Johnson M. et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Pág. 7-9
38. Iyer P. et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997. pp. 269-284.
39. Henderson V. La Naturaleza de la Enfermería: Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. 1ra edición. Cartagena, Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994. p 1-109
40. García M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. 2da edición. México, D.F; Editorial Progreso; 2004. p 1-17
41. Glaves C. Teorías y Modelos de Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. 2da edición. México D.F: Ed Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. p. 7-137.
42. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993 pág. 18-42
43. Riopelle L et al. Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1a ed. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España; 1993. p 7-68
44. Secretaria de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. México, D.F. 2001.
45. Secretaria de salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op cit.
46. Prieto P. Perspectiva Bioética del cuidado de Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; Vol. 4 (3): pág. 21-26.
47. Sánchez E. La ética de la Enfermería posmoderna. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2010; Vol. 7 (3): pág. 4-6.
48. Vidal C. Información sobre códigos deontológicos y Directrices sobre ética en internet. Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol. 5 (4): pág. 1-20.

49. Secretaria de salud. CONAMED. Código de conducta del personal de enfermería.
50. Cortés G. El Consentimiento informado en Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría. Bol Med. Hosp Infant Mex. 2006; Vol. 63 (1): pág. 64
51. Tena T. et al. El Consentimiento Válidamente Informado en la Práctica Médica. Revista CONAMED. 2004; Vol. 9 (3): pág. 1-10.
52. Romero C. et al. Anomalías congénitas: Codificación en CIE-9-MC. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud: 2010; pág.: 7.
53. Flórez C. et al. Cardiopatías congénitas. Capitulo XV. Pág. 1324-137. Disponible en : www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf
54. Klaus M. et al. Cuidados del recién nacido de Alto Riesgo. 5ta edición. México, D.F: Mc Graw Hill; 2004. Pág. 434.
55. Martínez A. et al. Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos congénitos en Puerto Rico. Informe anual 2014. Puerto Rico. Departamento de Salud. 2014: pág. 12
56. Jaramillo G. et al. Cirugía cardiovascular en cardiopatías congénitas neonatales. En Cardiopatías congénita. México .pág.: 1265-1268. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43639/37/cardiologia%20Dr%20Diaz.pdf>.
57. Martínez L. et al. Proceso de atención de enfermería a un lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Revista Enfermería Universitaria. 2014; Vol. 11 (1): pág. 36-43
58. Dengues M. et al. Planes de cuidado de enfermería. 7ma edición, México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2008. Pág. 285
59. Urden L. et al. Tratamiento del dolor. En: Cuidados intensivos en Enfermería. Vol. I. 3ra edición, Madrid España: Harcourt/ Oceano; pág. 84-90
60. Urden L. et al. Planes de Cuidados del tratamiento de enfermería En: Cuidados intensivos en Enfermería. Vol. II. 3ra edición, Madrid España: Harcourt/ Oceano; pág. 442

6. ANEXOS

6.1. Tablas de laboratorios

PERCENTILAS				
	P5	P50	P90	P95
Frecuencia Cardíaca		105	145	180
Frecuencia Respiratoria		24		38
Temperatura Corporal	Mantener eutermia axilar entre 36.5-37.2			
Presión Arterial	63/12	80/32	94/46	98/51
TAM	29	48	62	66

Signos Vitales								
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15
Frecuencia Cardíaca	151	136	152	141	128	144	150	162
Frecuencia Respiratoria	67	53	58	48	41	60	75	71
Temperatura Corporal	36.9	36.5	37	35.9	36.5	36.5	37.5	38
Saturación de Oxígeno	73	81	76	77	81	81	73	79
Presión Arterial No Invasiva	97/51(72)	97/52(72)	98/50(73)	78/38(56)	82/38(52)	72/31(50)	86/32(53)	75/39(51)
Presión arterial Invasiva	85/38(58)	80/35(36)	86/65(45)	78/21(40)	-	-	-	-
PVC	6	4	5	-	-	-	-	-
Glicemia Capilar	52	60	68	117	-	82	108	93
Glasgow	12	9	-	-	-	-	-	-
Diámetro Pupilar	2/2	2/2	1/1	2/2	1/1	2/2	2/2	2/2
Respuesta Pupilar	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+
Nivel de sedación	-		5	1		1	1	
Nivel del dolor	A	M	M	A	M	M	S	S
Riesgo de UPP	A	A	A	A	A	A	A	A
Riesgo de Caídas	A	A	A	A	A	A	A	A
Perímetros Abd.	36/36	36.5/36.5	36.5/37	38/38	39/39	32/32	34/34	33/34

Parámetros ventilatorios								
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15
Modo V.	CPAP	A/C	A/C	A/C	A/C	SI MV	CPAP	CPAP
F.I. O2	35	80	70	100	100	45	30	30
Ciclos. Min.	63	40	30	48	40	28	73	72
Vol. Cor.	32	20.6	40.7	190	27.8	46	19	36
Vol. Min.	1.1	1.02	2.4	9	10.8	-	1.9	2.1
PSV	11	-	-	-	-	-	10	10
Disp. Flujo	1	1	1	0.8	0.8	-	.5	.5
PEEP	4	4	3	3	5	4	4	4
Pres M.	6	7	8	8	-	-	7	7
Rel. I:E	-	1:1.9	1:1	1:2	1:3	-	-	-
T. insp.	-	0.40	0.34	0.34	0.34	-	-	-
Co2 Esp.	49	50	56	47	22	-	-	-

Gasometría arterial									
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15	VALOR DE REF.
pH.	7.39	7.31	7.32	7.31		7.36	7.55	7.48	7.35-7.45
P.A. O2	29	38	40	48		22	46	33	75-85 %
P.A. CO2	37.3	35.8	49.4	49.7		38.6	21.7	23.1	35-45 mmHg
HCO3	22.6	18.3	25.8	25.2		221.1	19.2		22-24 mEq
E.B	-5	-8	0	-1		-3	-3	-6.1	
Sat O2	64	69	70	79		35	89	72	
Lactato	.90	1.27	.35	0.52		1.22	1.44	2.3	
Na		134	142	139				-	
K		2.9	3.4	3.8				-	
Ca		2.2	5.3	4.7				-	
Hb		8.2	10.5	10.5				-	
Hct		24	38	31					

Medicamentos

	VIA	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15
Buprenorfina	IV	8 mcg	8 mcg	8 mcg PVM	8 mcg PVM	8 mcg PVM	8 mcg PVM	8 mcg PVM	8 mcg PVM
Furosemida	IV	0.5 mg	0.5 mg	0.5 mg	0.5 mg PVM	0.5 mg PVM	0.5 mg	0.5 mg	0.5 mg
Metoclopramida	IV	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg	0.4 mg
Ketorolaco	IV	4 mg	4 mg	4 mg	-	-	-	-	-
Enoxaparina	S.C	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg
Salbutamol	MNB	-	400 mcg 3 ciclos	400 mcg	400 mcg	400 mcg	400 mcg	400 mcg	400 mcg
Espironolactona	SOG	-	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg
Digoxina	IV	-	14 mcg	14 mcg	14 mcg	14 mcg	14 mcg	14 mcg	14 mcg
Sul. Mg 0.6 ml + 1 ml SS 0.9%	IV	-	-	1.6	1.6	1.6	-	-	-
Albumina humana 4 gr + 24 ml SS 0.9%	IV	-	-	40	40	40	40	40	40
Cefepime	IV	-	-	-	-	120 mg	120 mg	120 mg	120 mg
Budesonida	MNB	-	-	-	-	250 mcg	250 mcg	250 mcg	250 mcg
Albumina	IV DU		10 ml						
Buprenorfina	IV DU	4 mcg			8 mcg				
Dexametasona	IV DU	1 mg							
Midazolam	IV DU	1 mg	1 mg		1 mg				

Fentanil	IV DU	10 mcg	10 mcg		10 mcg				
Vecuronio	IV DU	200 mcg	10 mcg						
Atropina	IV DU	100 mcg							
Sol. Gluc. 10%	IV DU	8 ml							
Adrenalina	IV DU	0.1 mg							
Dexametosona	IV DU	1mg							
Salbutamol	MNB DU	500 mcg							

SOLUCIONES								
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15
Sol. Gluc. 5% + KCL 12 mEq + Gluc. Ca 8 ml	S	S	S	-	-	-	-	-
Milrinona 5.6 mcg af a 24 sol sal	0.2	0.3	0.2/S	-	-	-	-	-
Sol Gluc 50% 50 ml + Sol Gluc 5% 100 ml + KCL 12 mEq	6.6	3.3	S	-	-	-	-	-
Infusión heparina línea arterial	1.5	1.5	1.5	-	-	-	-	-
Buprenorfina 192 mcg af. 24 sol salina .9%		1	0.4	1	.4	.4	.4	-
Dexmedetomidina 48 mcg af. A 12 cc SS 0.9%			0.5	.5	.5	.5	.5	-
Sol Gluc 10% 30 ml + NaCl 17.7% 1.3 ml + KCL 8 mEq + Gluc. Ca 4 ml + Sulf Mg 3.2 ml					5	-	-	-
Sol Gluc 10% 30 ml + NaCl 17.7% 1.3 ml + KCL 2.6 mEq						4	4	-

Control de líquidos por turno								
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15
Ingresos								
Dieta	38 ml	50 ml	55 ml	55 ml	50 ml	50 ml	50 ml	50 ml
Med.	3.5 ml	11	4.1	7.6			65	47
Egresos								
Uresis	100	68	179	128	149	187.6	194	160
Índice Urinario	3.5	2.4	6.39	5.3	3.5	6.7	6.9	5.7
Evacuaciones	24	18	20	0	0	0	35	40
Perdidas ins. x hr	5.5	5.3	5.3	5.3	5.3		4.1	8.3
Neumokit	3	10	R	-	-	-	-	-
S. Mediastinal	0	0	0	0	R	-	-	-
Punción pleural				77.5	-	-	-	-
Secreciones							15	15
Vomito								20
Ingresos totales	100.4	149	176.5	164.1	159	164	182.3	167
Egresos totales	164.5	133.1	236.5	242.6	151	222	272.7	257.1
Balance	(-) 65.1	(+) 15.9	(-) 59.6	(-) 82.5	(+) 8.6	(-) 58	(-) 90.4	(-) 90.1

Química Clínica										
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15	UNIDADES	VALOR
Creatinina en sangre	0.5	0.4	0.3			0.4			mg/dL	0.6-1.1
Urea en Sangre	6.4	10.7	6.4			10.7			mg/dL	10-50
Proteínas Totales		3.3	3.6			5.8			g/dL	4.6-6.8
Albúmina en suero		1.7	2			4.1			g/dL	3.5-5
Bilirrubina		4.4	2.6			3.40			mg/dL	0.2-1.3

Total										
Bilirrubina Directa	0.2	0.40	0.40	mg/dL					Hasta 0.3	
Bilirrubina Indirecta	4.2	2.20	3.0	mg/dl					Hasta 1.1	
Fosfatasa Alcalina	101	101	120	U/L					117-390	
Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO)	23	17	25	U/L					17-59	
Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP)	40	28	20	UI/L					21-72	
Relación A/G	1.1	1.2	2.4	-					1-2	
Triglicéridos	100			mg/dL					Limitrofe 150-199 Elevados 200-399 Muy elevados > 400	
Ácido Úrico en Suero	1.1		1.2	mg/dL					3.4-7	
Electrolitos sericos										
Sodio (Na)	137	133	135	138	142	138	mmol/L	138-146		
Potasio (K)	3.7	4.7	4.4	4.7	5.2	4.4	mmol/L	3.8-5.1		
Cloro	108	110	109	112	113	103	mmol/l	99-105		
Calcio en suero	8.5	7.7	7.3	8.1	9.6	10.1	mg/dl	8.5-10.4		
Fósforo (P)	4.4	5.4	5.4	5.4	5.3	5.5	mg/dL	2.7-4.5		
Magnesio (Mg)	1.9	1.7	3.0	2.5	2.1		mg/dL	1.6-2.6		
Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN)	3	5	3	5			mg/dL	5-25		
Proteína "C" Reactiva	49			39	20					
Glucosa en Sangre	74	40	67	109					mg/dL	70-99
Globulinas	1.6							d/dL	1.3-3.2	

Biometría Hemática Completa										
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15	UNIDADES	VALOR
FORMULA ROJA										
Eritrocitos	4.05	3.86	3.19	3.4	3.41	1			10*6/u L	4.5-6.5

Hemoglobina (Hb)	13.4	12.6	11	11.	10.9	g/dL	14-18
Hematocrito (HCT)	37.9	36.3	30.9	33.	32.5	%	42-52
Volumen corpuscular Medio (VGM)	93.6	94	96.9	97.	95.3	fL	80-100
Concentrado Media de Hgb (MCH)	33.1	32.6	34.4	32.	32.0	pg	26.3-33.8
Concentrado Media de Hgb Corpuscular (CMHC)	35.4	34.7	35.5	33.	33.5	g/dl	31-36
RDW	18.7	17.6	17.02	18.	17.9	%	-
FORMULA BLANCA							
Leucocitos (WBC)	9.72	25.2	31.6	10.1	11.7	10*3/u L	5-10
Neutrófilos	66	76	40	47	62	%	40-75
Basófilos	3	0	4	0	1	%	0-1
Linfocitos	14	14	51	19	15	%	20-45
Monocitos	15	8	5	11	9	%	0-10
Eosinófilos	2	2	0	23	13	%	0-6
plaquetas	170	220	184	227	235	10*3/u L	150-450
COAGULACIÓN							
Tiempo de Protrombina (TP)		13.4	15.2				
Tiempo de Tromboplastina (TTP)		30.8	30.8				

INMUNOLOGÍA										
	11/05/15	12/05/15	13/05/15	14/05/15	15/05/15	18/05/15	19/05/15	20/05/15	UNIDADES	VALOR
INMUNOLOGÍA										
Procalcitonina			0.45		2.66	<0.1 0	<0. 10		ng/mL	<0.5 ng/mL

BACTERIOLOGÍA								
Cultivo de herida quirúrgica				Negativo				
Cultivo en líquido pleural				Negativo				
Hemocultivo central								
Hemocultivo Periférico								
CITOQUIMICO LIQUIDO PLEURAL								
pH				7				
Color				Amarillo				
Aspecto				Turbio				
Proteínas				3460			mg/dl	
Glucosa				93			mg/dl	
Células				Leucocitos 3610/uL Neutrófilos 20% Linfocitos 78% Monocitos 2%				
Cultivo de aspirado traqueal					Negativo			

6.2 Historia Clínica de Enfermería del recién nacido grave

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

Instrumentos de valoración en
el recién nacido grave
Especialización en Enfermería Infantil



Elaborado por:
Dra. Magdalena Franco Orozco
Revisor y compilador:
Dra. Rosa Ma. Ostiguín Meléndez
México, D.F. a Octubre 2001



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE

Instructivo

El propósito de este instrumento es establecer una base de datos mediante el enfoque de las necesidades básicas para el cuidado sistemático de enfermería en el recién nacido en estado crítico. Contiene V apartados que a continuación se describen:

- I. En el primer apartado se anotan los datos de identificación más relevantes
- II. Se incluyen los datos de la familia y los factores de riesgo que pudieron influir en el estado de salud del recién nacido
- III. En este punto se describen las normas hospitalarias mínimas que la familia del recién nacido debe conocer.
- IV. Se describen los factores de riesgo personal que influyeron en el problema de salud actual del recién nacido.
- V. En este apartado se valoran las necesidades básicas del neonato grave, información que conducirá al alumno a redactar los diagnósticos de enfermería que orienten a la planeación, ejecución, y evaluación de las intervenciones de enfermería especializada tales como el control de líquido, registro y aplicación de medicamentos y el fomento de la comunicación con el equipo multidisciplinario de la salud y por último los datos relevantes, que a juicio del alumno, se incluirán para completar la información de las necesidades psicosociales del niño.

6.3 Hoja de Reporte Diario



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

Reporte Diario (Seguimiento)

No. nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____
No. nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

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

Otros:

A) Observación General

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

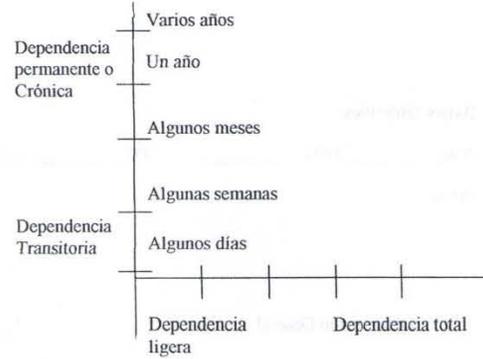
Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

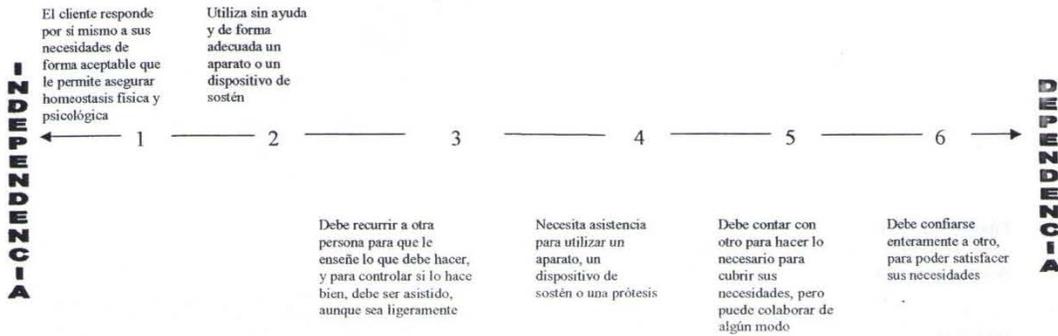
Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia

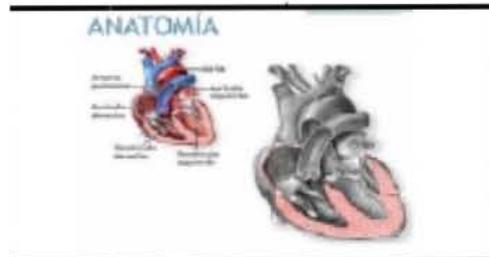


Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco

6.4 Hoja de Consentimiento Informado

Cardiopatía congénita en el recién nacido



Docente: Irma Muñoz Tuéstia

Integrantes:

- Arleaga Alemán Carmelita
- Chavez Llanoari Rubi
- Flores Zuñiga Fiorella
- Gonzalez Cornejo Daniela
- Mendoza Misme Norma
- Sumiri Laura Lourdes



Cardiopatía congénita

La enfermedad cardíaca congénita o cardiopatía congénita es un problema con la estructura y funcionamiento del corazón presente al nacer.

Causas

La cardiopatía congénita (CPC) puede describir muchos problemas diferentes que afectan al corazón y es el tipo de anomalía congénita más común. La cardiopatía congénita causa más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento.

La cardiopatía congénita suele estar dividida en dos tipos: cianótica (coloración azulada producto de una relativa falta de oxígeno) y no cianótica. Las siguientes listas cubren las cardiopatías congénitas más comunes:

Cianóticas:

- Anomalia de Ebstein
- Corazón izquierdo hipoplásico
- Atresia pulmonar
- Tetralogía de Fallot
- Drenaje venoso pulmonar anómalo total
- Transposición de los grandes vasos
- Atresia tricúspide
- Tronco arterial

No cianóticas:

- Estenosis aórtica
- Comunicación interauricular (CIA)
- Canal auriculoventricular (defecto de relieve endocárdico)
- Coartación de la aorta
- Conducto arterial persistente (CAP)
- Estenosis pulmonar
- Comunicación interventricular (CIV)

Estos problemas pueden presentarse como solos o juntos. La mayoría de los niños con cardiopatías congénitas no tienen otros tipos de defectos de nacimiento. Sin embargo, las anomalías cardíacas también pueden ser parte de síndromes genéticos y cromosómicos, algunos de los cuales pueden ser hereditarios.

Los ejemplos abarcan:

- Síndrome de DiGeorge
- Síndrome de Down
- Síndrome de Marfan
- Síndrome de Noonan
- Trisomía 13
- Síndrome de Turner

A menudo, no se puede encontrar ninguna causa para la cardiopatía. Se continúan haciendo investigaciones acerca de este tipo de cardiopatías. Fármacos como el ácido retinoico para el acné, sustancias químicas, el alcohol e infecciones (como la rubéola) durante el embarazo pueden contribuir a algunos problemas cardíacos congénitos.

El azúcar en la sangre mal controlado en las mujeres que tienen diabetes durante el embarazo también ha estado relacionado con una alta tasa de problemas cardíacos congénitos.

