

00903

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL



***ESTUDIO DE CASO DE PREESCOLAR FEMENINA CON
ALTERACIÓN DEL PATRON RESPIRATORIO
RELACIONADO CON PRESENCIA DE SECRECIONES
VISCOSAS***

ASESOR:

LIC. ISABEL GOMEZ MIRANDA

ELABORO:

LIC. DEYANIRA MARIBEL HERRERA RAMIREZ

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTUDIO DE CASO DE PREESCOLAR FEMENINA
CON ALTERACION DEL PATRON RESPIRATORIO
RELACIONADO CON PRESENCIA DE
SECRECIONES VISCOSAS

RECONOCIMIENTOS

*A mis Padres, hermanos y
Familia, les agradezco
Por su amor, apoyo y ayuda
Para lograr mis objetivos y metas.*

*A todas las personas del I.N.P. y
De la U.N.A.M. que con sus
Conocimientos Colaboraron y
Participaron Para la realización
de este Caso clínico.*

*A mis amistades por su
Cariño, Aliento y Comprensión.*

*En especial a tí que me has
Impulsado para brindarte
el mejor de los cuidados.*

Deyanira Maribel Herrera Ramírez

INDICE

	PAG
INTRODUCCION	6
I. SELECCIÓN Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO	7
II. OBJETIVOS	9
III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	
3.1 Antecedentes	10
3.2 Teoría de enfermería seleccionada	11
3.2.2 Modelo de Virginia Henderson	13
3.3 El proceso de enfermería	21
3.3.1 Antecedentes	21
3.3.2 Características del proceso de Enfermería	23
3.3.3 Etapas del proceso de Enfermería	24
3.4 Aspectos éticos relacionados con el estudio de caso	34
3.4.1 Conceptos Básicos	34
3.4.2 Código Ético	34
3.4.3 Consentimiento informado	36
3.5 Proceso fisiopatológico	37
3.5.1 Concepto	37
3.5.2 Antecedentes	37
3.5.3 Fisiopatología	38
3.5.4 Manifestaciones clínicas	39
3.5.5 Diagnóstico y Valoración	42
3.5.6 Tratamiento	43

IV. ESQUEMA METODOLOGICO	
4.1 Valoración de Enfermería	44
4.1.1 Variables e indicadores a evaluar	44
4.1.2 Fuentes de Información	44
4.1.3 Método para la recolección de datos	45
4.1.4 Instrumento para el registro de datos.....	45
4.1.4.1 Historia Clínica	47
4.1.4.2 Tablas de percentilas utilizadas	55
4.1.4.3 Cuadros elaborados de las 14 Necesidades	57
V. RESULTADOS	69
5.1 Jerarquía de Necesidades.....	70
5.1 Diagnóstico de Enfermería	71
5.3 Plan de intervenciones de Enfermería	74
5.4 Plan de Alta	113
VI. CONCLUSIONES	114
VII. SUGERENCIAS	115
VIII BIBLIOGRAFIA	116
IX ANEXOS	122

INTRODUCCION

Uno de los mayores retos como profesional de enfermería es identificar que es lo que hace la enfermera, como y para qué en el área asistencial.

Para ello se realiza la siguiente investigación que tiene por objeto utilizar un Modelo de Atención basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuya trayectoria profesional en el campo inmenso de la enfermería, ha sido buscar el bienestar integro del paciente y su familia en su entorno biopsicosocial y espiritual.

De esta forma se eligió a un paciente con Fibrosis Quística (FQ), en la actualidad 1 de cada 2000¹ nacidos vivos presenta esta enfermedad congénita hereditaria, autosómica recesiva, que consiste en una afección multisistémica grave para la cual no hay un tratamiento específico y por lo tanto los cuidados están enfocados a la sintomatología que presenten y ahí estriba la importancia de las intervenciones de enfermería en una forma holística.

En el primer capítulo se hace una descripción genérica del caso donde se mencionará la elección del paciente y sus características.

En el segundo capítulo se plantean los objetivos del estudio de caso.

En el tercer capítulo se desarrolla la fundamentación teórica del caso, realizando una revisión de artículos de enfermería y médicos relacionados con la patología. Así como también se incluyen conceptos propios de enfermería en relación con la teoría, el método clínico, el modelo de enfermería así como el proceso de enfermería.

En el cuarto capítulo se aborda el esquema metodológico utilizado.

En el quinto capítulo se mencionan las valoraciones de enfermería, así como los diagnósticos encontrados y el plan de intervenciones de enfermería apoyados en la revisión de los artículos encontrados para el mejor cuidado de estos pacientes.

En el sexto capítulo se elaboran las conclusiones mediante los resultados obtenidos comparativamente con otros estudios realizados y la verificación de la funcionalidad de la teoría utilizada.

En el séptimo capítulo se hacen las sugerencias con respecto a la teoría utilizada en lo conceptual, metodológico y técnico-instrumental.

¹ Bronsveld I. Clinical presentation of exclusive cystic fibrosis lung disease. Thorax (The journal of the british thoracic society), 1999; 54(3): 278-281.

En el octavo capítulo se integran la bibliografía consultada y por último en el noveno capítulo los anexos pertinentes del tema.

I. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

Paciente femenina en etapa preescolar de 3 años 9 meses de edad procedente del Municipio de Nezahualcoyotl, Estado de México, hija de padre de 30 años de edad y de madre de 35 años, de religión cristiana. (La información es proporcionada por la mamá).

Se observa paciente la cual no concuerda con edad cronológica, por presentar retraso en crecimiento y desarrollo, palidez de tegumentos, facies de angustia. Cráneo con endostosis temporoparietal, implantación de cabello débil, opaco y quebradizo, fontanela anterior con diámetro 3X4 cm. Ojos simétricos, ojeras, respuesta a estímulo pupilar, fondo de ojo no se observan alteraciones. Narinas permeables, aleteo nasal, mucosa hiperémica. Pabellones auriculares simétricos, no se observa membrana timpánica por cerumen, labios resecos, mucosas orales deshidratadas, saliva hilante, dentición con caries en 4 piezas, deficiente higiene, pérdida de 2 molares, amígdalas hiperémicas. En cuello, presenta cicatriz de venodisecciones previas de yugular izquierda. Tórax en barril, tiros intercostales, retracción xifoidea, se auscultan campos pulmonares con la presencia de estertores gruesos y sibilancias bilaterales, tos productiva, ruidos cardíacos rítmicos no escuchando ruidos anormales. Abdomen con estoma de gastrostomía, blando, depresible, ruidos peristálticos audibles. Presenta cicatriz inguinal izquierda de venodisección, miembros superiores e inferiores con hematomas en sitios de venopunción, dedos en palillo de tambor y piel salada. Cianosis distal. No deambula.

Antecedentes familiares de importancia: abuelo paterno con gota, de varios años de evolución, ignora cuantos. Abuela materna con hipertensión arterial y bronconeumonías recurrentes. Padre con problema cardíaco, no sabe con exactitud y está en tratamiento por Oftalmología. Madre aparentemente sana. Ambos padres portadores del gen FQ. Características de la vivienda: es de concreto y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, familia extensa que funciona como nuclear (viven con los suegros, en total 17 personas). De nivel socioeconómico bajo.

Antecedentes perinatales: producto de gesta II, embarazo controlado, nació por cesárea (cesárea previa), en clínica privada, peso al nacer de 2950 gr. Apgar de 8-9, no recuerda talla.

Antecedentes personales patológicos: acude a esta institución el día 13 septiembre de 1997, por no crecer y no subir de peso, se le diagnostica como neumopata crónica, posteriormente se le realiza prueba de cloro en sudor encontrando unos parámetros de titulación el día 9 de oct. de 1997 de 89 mEq/L, el día 10 con 90 mEq/L, con una conductividad de 107 mol/L. Se egresa a su domicilio por mejoría. Posteriormente presenta 2 recaídas pulmonares más. Se le diagnostica después Enfermedad de reflujo gastroesofágico y AMD realizándose Nissen, Gastrostomía y piloroplastía. Presenta 6

En el octavo capítulo se integran la bibliografía consultada y por último en el noveno capítulo los anexos pertinentes del tema.

I. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

Paciente femenina en etapa preescolar de 3 años 9 meses de edad procedente del Municipio de Nezahualcoyotl, Estado de México, hija de padre de 30 años de edad y de madre de 35 años, de religión cristiana. (La información es proporcionada por la mamá).

Se observa paciente la cual no concuerda con edad cronológica, por presentar retraso en crecimiento y desarrollo, palidez de tegumentos, facies de angustia. Cráneo con endostosis temporoparietal, implantación de cabello débil, opaco y quebradizo, fontanela anterior con diámetro 3X4 cm. Ojos simétricos, ojeras, respuesta a estímulo pupilar, fondo de ojo no se observan alteraciones. Narinas permeables, aleteo nasal, mucosa hiperémica. Pabellones auriculares simétricos, no se observa membrana timpánica por cerumen, labios resecos, mucosas orales deshidratadas, saliva hilante, dentición con caries en 4 piezas, deficiente higiene, pérdida de 2 molares, amígdalas hiperémicas. En cuello, presenta cicatriz de venodisecciones previas de yugular izquierda. Tórax en barril, tiros intercostales, retracción xifoidea, se auscultan campos pulmonares con la presencia de estertores gruesos y sibilancias bilaterales, tos productiva, ruidos cardíacos rítmicos no escuchando ruidos anormales. Abdomen con estoma de gastrostomía, blando, depresible, ruidos peristálticos audibles. Presenta cicatriz inguinal izquierda de venodisección, miembros superiores e inferiores con hematomas en sitios de venopunción, dedos en palillo de tambor y piel salada. Cianosis distal. No deambula.

Antecedentes familiares de importancia: abuelo paterno con gota, de varios años de evolución, ignora cuantos. Abuela materna con hipertensión arterial y bronconeumonías recurrentes. Padre con problema cardíaco, no sabe con exactitud y está en tratamiento por Oftalmología. Madre aparentemente sana. Ambos padres portadores del gen FQ Características de la vivienda: es de concreto y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, familia extensa que funciona como nuclear (viven con los suegros, en total 17 personas). De nivel socioeconómico bajo.

Antecedentes perinatales: producto de gesta II, embarazo controlado, nació por cesárea (cesárea previa), en clínica privada, peso al nacer de 2950 gr. Apgar de 8-9, no recuerda talla.

Antecedentes personales patológicos: acude a esta institución el día 13 septiembre de 1997, por no crecer y no subir de peso, se le diagnostica como neumópata crónica, posteriormente se le realiza prueba de cloro en sudor encontrando unos parámetros de titulación el día 9 de oct. de 1997 de 89 mEq/L, el día 10 con 90 mEq/L, con una conductividad de 107 mol/L. Se egresa a su domicilio por mejoría. Posteriormente presenta 2 recaídas pulmonares más. Se le diagnostica después Enfermedad de reflujo gastroesofágico y AMD realizándose Nissen, Gastrostomía y piloroplastia. Presenta 6

recaídas pulmonares más, la última presentando cultivos positivos en secreción bronquial a *Pseudomonas Aeruginosa* y *B. Cepacia*, dan manejo con antimicrobianos y regresa a su domicilio.

Ingresa nuevamente al área de urgencias. El día 13 de abril del 2000, con datos francos de dificultad respiratoria, quedándose hospitalizada, momento en que inicia estudio de caso.

II. OBJETIVOS

GENERAL

- Realizar una investigación dirigida al cuidado de enfermería en un preescolar, con Fibrosis Quística, aplicando un Modelo de Atención de Enfermería.

ESPECIFICOS

- Integrar los conocimientos del Modelo Atención de Enfermería de Virginia Henderson a un caso clínico.
- Elaborar un plan de intervenciones de enfermería basada en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

III. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

3.1 Antecedentes.

La esperanza de vida de los pacientes con Fibrosis Quística ha ido mejorando, constantemente en el curso de los 30 últimos años. Esta mejoría esta ligada a un diagnóstico más temprano y a una mejor actuación terapéutica. Sin embargo, la importancia relativa de estos dos aspectos es todavía difícil de precisar, porque existen diferencias considerables entre los porcentajes de supervivencia de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país, de un centro hospitalario a otro. Esto tiende a probar que la calidad del tratamiento de la enfermedad es uno de los factores determinantes de la esperanza de vida.

Es por ello que se realizó una revisión bibliográfica acerca de los cuidados que realiza el profesional de enfermería en este tipo de padecimientos encontrando que en otros países, enfermería se especializa en cuidados al paciente con Fibrosis Quística en su hogar y comunidad, proporcionando enseñanza a los pacientes y familiares acerca de su cuidado². Así como también en el manejo de las terapias respiratorias que realiza en el hogar de los pacientes, llevando un control del estado de salud y la terapia que proporciona. En pacientes escolares, también enfermería proporciona enseñanza a profesores para brindar apoyo y cuidados a los pacientes con Fibrosis Quística que acuden de manera regular a una escuela convencional.³ También se encontraron artículos que hablan de los cuidados que enfermería realiza ya en áreas específicas en un centro hospitalario que abarca terapia respiratoria y ventilatoria.

Por otro lado también se encontraron artículos escritos por otros profesionales de la salud (psicólogos, terapeutas físicos y rehabilitadores) en donde abordan temas diversos acerca de estudios realizados con grupos de pacientes con Fibrosis Quística, de los cuales cabe mencionar un artículo en donde se estudio como disminuye la ansiedad en los pacientes pediátricos cuando sus padres les proporcionaron masaje terapéutico todas las noches antes de acostarse durante 20 minutos, además de que tuvieron mayor facilidad para respirar.⁴ La fisioterapia, bajo forma de drenaje postural o percusión mecánica seguida de una aspiración forzada, facilita la expectoración y forma parte del tratamiento cotidiano en los niños afectados de Fibrosis Quística. Si bien los efectos a corto plazo de esta fisioterapia son conocidos, sin embargo los efectos a largo plazo sobre la velocidad de deterioro de la función pulmonar no han sido estudiados, más sin embargo, un

² Cottrell J. Community-Based care in Cystic fibrosis: role of the cystic fibrosis nurse specialist and implications for patients and families. Disabil Rehabil. England. Jun-Jul 1998. P 254-61

³ Dyer J. Supporting children with cystic fibrosis in school. MEDLINE: 0266-8130. May 1996.

⁴ Hernandez Reif M., Krasnegor J. Children with cystic fibrosis benefit from massage therapy. Journal Pediatr Psychol. United States. Apr, 1999.

seguimiento que se realizó a 63 pacientes, dividiéndolos en 2 grupos a uno de los cuales se les proporcionó la fisioterapia y al otro grupo no. Los resultados fueron que la fisioterapia respiratoria convencional permanece como uno de los pilares del tratamiento de Fibrosis Quística.⁵

Como fuente secundaria para la realización del presente trabajo se han revisado artículos médicos relacionados con el tema que abarca desde los últimos avances que se han realizado durante los últimos 5 años sobre la genética molecular del gen responsable de la Fibrosis Quística, la detección precoz de portadores y los nuevos tratamientos que están encaminados a conseguir un estado nutricional óptimo, lo cual va ligado a la supervivencia, detener el deterioro de la función pulmonar y conseguir una calidad de vida óptima.

En base al mejor conocimiento molecular del gen, se están diseñando estrategias terapéuticas encaminadas a activar la proteína defectuosa o sustituirla mediante la terapia génica o proteínica, que teóricamente esto conseguiría curar la enfermedad.⁶ Esperando que cuando se disponga de estos datos se puedan desarrollar terapias que actúen efectivamente sobre la causa de la enfermedad y no tan sólo sobre sus síntomas, entonces para los pacientes de Fibrosis Quística tendrán una calidad de vida óptima.

3.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA SELECCIONADA

La enfermería actual es una organización y una construcción actualizada y moderna de una actividad y práctica que ha ejercido el hombre en momentos y situaciones de necesidad de cuidados.

Desde los orígenes se detectan formas rudimentarias de prácticas de atención y el cuidado, que se han ido incrementando y mejorando progresivamente hasta nuestros días.

Las teorías son desarrolladas y examinadas por medio de los métodos de razonamiento inductivo, deductivo y retroductivo. La secuencia hacia una teoría sería:

1. - Se construye un modelo conceptual, representando la realidad de forma simbólica y esquemáticamente, obteniendo características comunes y que sean las más convencionales. Es un sistema altamente abstracto que no puede ser directamente aprobado porque sus conceptos no están definidos operacionalmente ni las relaciones son observables.

2. - Se construye una teoría específica o modelo teórico a partir del modelo conceptual es decir, no basta con esquematizar si no es preciso describir (cosas o hechos) con detalle

⁵ Reisman JJ, Rivinton-Law B. Role of conventional physiotherapy in cystic fibrosis. Journal Pediatric. United States. 1998.

⁶ García Novo. Avances en Fibrosis Quística. Revista española de pediatría. Vol. 55 Núm. 4 1999.

y de acuerdo con teorías conocidas, es así como tenemos que es un sistema hipotético deductivo, que ya contiene conceptos bien definidos y las relaciones que se establecen y los supuestos de los que parte para operar con ellos.

En enfermería, el desarrollo de la disciplina requiere de la formalización de los fenómenos y casos de que se ocupa. La construcción de las teorías de enfermería representa por tanto, la formalización de los intentos por describir, explicar o controlar las situaciones relacionadas con su disciplina. Las teorías brindan autonomía profesional porque orientan las funciones. Los cuatro niveles de desarrollo de una teoría son metateoría, metaparadigma (gran teoría), teoría de medio rango y teoría empírica.⁷

Los modelos y las teorías conceptuales en enfermería se basan en el *metaparadigma*, que es un marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión el cual: 1. - define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, 2. - orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.⁸

El metaparadigma en enfermería agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería. (Conceptos que se abordarán más adelante).

La utilización de un modelo conceptual representa ventajas para el cuidador, la persona cuidada, las organizaciones y la identidad profesional de la enfermera. Este concepto de identidad se refiere a las características propias de las personas o de los grupos, de los atributos, funciones y rol social. Dentro de estas ventajas tenemos:

- ♣ Delimita el campo de actuación de la enfermera, asumiendo la responsabilidad de satisfacer las necesidades de la persona.
- ♣ Mediante la observación y el análisis capta los detalles de la situación y puede apreciar la importancia de las dificultades de la persona.
- ♣ Organiza los cuidados de manera coherente para el equipo de enfermeras para la satisfacción óptima de las necesidades de la persona.
- ♣ Realiza los cuidados más personales y humanos.
- ♣ Permite la utilización de un lenguaje común para el equipo de enfermeras.
- ♣ Pone de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario
- ♣ Revaloriza el rol autónomo de la enfermera.

⁷ Wesley, Ruby L. RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería, 2ª. Ed. Edit. Mcgraw-Hill-Interamericana. México, 1997. P 1-7

⁸Wesley, Ruby L. RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería, 2ª. Ed. Edit. Mcgraw-Hill-Interamericana. México, 1997. Pp 1-7

3.2.1. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 y sus aportaciones como investigadora a la práctica de enfermería son amplias. Empieza a trabajar en los cuidados enfermeros en 1939 hasta la década de los ochenta, su experiencia es amplia en pediatría, en psiquiatría y en el campo de la investigación. Ella incorpora principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, y la aplicación de un Modelo Conceptual basado en las 14 necesidades fundamentales del ser humano.

El Modelo puede definirse de la siguiente manera "Organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo (estado más favorable) de su independencia."⁹

Este Modelo de Virginia Henderson es muy utilizado en la actualidad y fue inspirado en varias fuentes una de ellas es Ida Orlando e influye en su concepto enfermera-paciente. <<Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho comprender con que facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con él>>.

Henderson define a la enfermería de la siguiente manera:

*"La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él 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."*¹⁰

Una interpretación de esta definición nos pone de manifiesto el rol de enfermería "El rol esencial de la enfermera es el de suplencia. Consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por sí misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía frente a sus necesidades y autodeterminación para elegir y realizar algo por sí misma."¹¹

⁹ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill-Interamericana. México 1999. Pág. 10

¹⁰ Henderson, Virginia. Definición de la enfermería. Ed, Masson . España 1996. Pág. 112

¹¹ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill-Interamericana. México 1999. Pág. 4

En consiguiente tenemos que la interpretación de una definición, depende de la capacidad de integración de conocimientos y la aplicación que de ellos se derive por tanto la interpretación que realiza Phaneuf, engloba la esencia y fundamenta el pensar de Henderson.

Los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero:

1. PERSONA
Necesidades básicas
2. SALUD
Independencia
Dependencia
3. ROL PROFESIONAL
Cuidados básicos de enfermería
Relación con el equipo de salud.
- 4.- ENTORNO
Factores ambientales
Factores socioculturales¹²

1. - PERSONA

“La persona sana o enferma se define como un todo integrado que presenta 14 necesidades fundamentales que debe de satisfacer de manera óptima a fin de conservar o recuperar su homeostasia”¹³

La persona se configura como ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que debe de mantenerlos en equilibrio para su desarrollo y crecimiento.

Se llama homeostasia al estado de equilibrio en el cuál se encuentra el organismo cuando tiene satisfecha sus necesidades esenciales y ninguna de estas requiere atención urgente.

Entonces una necesidad es todo aquello a lo cuál es imposible sustraerse, resistir o faltar y Phaneuf lo define de la siguiente manera:

“Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo”

¹² Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. p 5

¹³ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. Pág23

NECESIDADES BÁSICAS¹⁴

1. - NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

2. - NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

3. - NECESIDAD DE ELIMINACION

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

4. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

4. - NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6. - NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

7. - NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

9. - NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10 NECESIDAD DE COMUNICARSE

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

¹⁴ ídem.

11. - NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. - NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13. - NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.

Estas necesidades son comunes en cada individuo, pero la diferencia en satisfacer esas necesidades va a depender de las habilidades y capacidades individuales y estas van a estar sujetas a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una no da la visión del ser humano en su totalidad sino de una parte de la realidad, siendo importante las interrelaciones de las necesidades para ver a la persona como un todo.¹⁵

2. - SALUD

La salud, se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.¹⁶

La salud, estado del ser orgánico en que el funcionamiento de todos los órganos y sistemas se desarrolla adecuadamente.¹⁷

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen capacidades determinadas recursos, tanto reales como potenciales. Y en este

¹⁵ Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. p 5

¹⁶ Wesley, Ruby L. RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería. 2ª. Ed. Edit. Mcgraw-Hill-Interamericana. México, 1997. P 1-7

¹⁷ Enciclopedia Multimedia Salvat, Versión 5-0. Edit. Salvat editores, S.A. México, 1999

sentido, buscan y tratan de lograr su independencia y la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener un estado óptimo de propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, sobre la base de sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas)

INDEPENDENCIA

El concepto de *Independencia* puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.¹⁸

El petit Larousse define la independencia como la característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad, sin depender de otro, capaz de ser autónoma. La autonomía, según el mismo diccionario, significa independencia, posibilidad de decidir por uno mismo.¹⁹ Intentar que un enfermo sea autónomo no significa empujarle u obligarle a hacer por sí mismo cosas que él rechaza; Por ejemplo, lavarse o levantarse si no puede o no quiere hacerlo.²⁰

Riopelle al respecto nos dice que independencia, es la satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.²¹

Por otro lado Phaneuf nos define la *Independencia en el niño*, al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene, etc.) necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.²²

DEPENDENCIA

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, hay que preguntarse por la causa de esta incapacidad o *dependencia*.

¹⁸ Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. P. 6

¹⁹ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. Pág. 12

²⁰ ídem

²¹ Riopelle, Lise. Grondin, Louise. Phaneuf, Margot. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Edit. McGraw-Hill- Interamericana. México 1996. P. 3

²² Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. Pág. 12

Dependencia, no-satisfacción de una o varias necesidades del ser humano a través de las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.²³

CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA

Las causas de incapacidad o dependencia Henderson las agrupa en tres posibilidades: falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad.

La falta de fuerza. Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cuál vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.²⁴

La falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.²⁵

La falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²⁶

Ahora bien la presencia de una de ellas o las tres puede dar lugar a una dependencia parcial, temporal o permanente. Y esto va estar determinado por el tipo de actuación (suplencia o ayuda).

Para Riopelle, Grondin y Phaneuf, las fuentes de la dificultad pueden ser concebidas de la manera siguiente:

1. - Factor de orden físico. Cualquier impedimento físico (intrínseco o extrínseco) que obstaculiza la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Las de carácter intrínseco son las causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos del sujeto, y las extrínsecas comprenden los agentes externos que, al entrar en contacto con el organismo humano, deterioran su desarrollo normal.

2. - Factor de orden Psicológico, comprenden los estados de animo y del intelecto que puedan influir en la satisfacción de ciertas necesidades fundamentales. Atentado en la integridad del yo. Como ejemplos, son una pérdida, un duelo, una menopausia mal asimilada.

²³ ídem

²⁴ Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. P 7

²⁵ ídem

²⁶ ídem

3. -Factor de orden espiritual, que puede tratarse de una rebelión interna del sujeto contra su situación o de un interrogante religioso o filosófico que se plantea en relación con el sentido de la vida, del dolor y de la muerte.

4. -Factor de orden sociológico, problemas generados al individuo por sus relaciones con el entorno, con su cónyuge, su familia, su red de amigos, sus compañeros o sus diversiones.

5. - Falta de conocimiento, de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.

Finalmente, y desde esta perspectiva, el concepto de fuente de dificultad se interpreta como una carencia, es decir, como aquello que le falta al individuo para satisfacer sus necesidades y que constituye el origen profundo de un problema de dependencia detectado.²⁷

3. - ROL PROFESIONAL

El rol es la manera de actuar, la manera de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función. No es la función, es la expresión de la función.

Virginia Henderson defendía el rol autónomo de la enfermera, señalando que:

- La enfermera ejerce funciones que le son propias
- Cuando trata de usurpar el rol del médico, descuida sus funciones y las delega en un personal menos calificado.
- La persona y la sociedad esperan un servicio especial por parte de la enfermera.

En Quebec, se define en la Ley sobre enfermeros y enfermeras, en los artículos 36,37, cuyo enunciado es el siguiente.

“ Constituye el ejercicio de la profesión de enfermera o enfermero todo acto que tiene por objeto identificar las necesidades de las personas, contribuir a los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los cuidados enfermeros que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, así como el hecho de prodigar cuidados conforme a una prescripción médica. La enfermera y El enfermero pueden, en El ejercicio de su profesión, informar a la población sobre los problemas de orden sanitario.”²⁸

La búsqueda de un rol especial para la enfermera no emana sólo una voluntad de distanciarse frente al control ejercido por la profesión médica, sino sobre todo de la

²⁷ Enfermería clínica, Vol. 5. Núm. 1 El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf.

²⁸ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

necesidad de devolver su protagonismo a la persona cuidada, de ver cuidados donde con demasiada frecuencia sólo se ven tratamientos. En este sentido, cuidar no se reduce ya a ocuparse de enfermedad, significa también ayudar a la persona a vivir mientras dura el tratamiento de la enfermedad.²⁹

Estos enunciados del rol profesional de enfermería da la pauta para que la práctica profesional se haga evidente en los campos del conocimiento, la creatividad, la sensibilidad, la ética, y el humanismo se vean reflejados en el cuidado de la persona, familia y/o comunidad orientando al gremio de enfermería a:

- Enriquecer el conocimiento de enfermería, de la ciencia y arte, por medio de la investigación; Definiendo su esencia (fundamentación teórica), sus propias metodología y procesos, técnicas acordes al desarrollo actual de la ciencia y la tecnología, para cubrir las necesidades de atención a la salud.
- Unificar práctica y docencia por medio de un marco conceptual, metodología y procesos.
- Movilización de la práctica profesional, hacia la asistencia directa a la comunidad, a la familia, a la persona en el hogar, en el lugar de trabajo, dentro de los principios y estrategias de la atención primaria de la salud.

En conclusión, necesitamos elevar el nivel educacional, para elevar el status profesional, social y económico.

CUIDADOS BASICOS

“Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad”³⁰

EQUIPO DE SALUD

Henderson, afirma que “... Todos los miembros del grupo deben de considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en asistir a esa persona. Si él paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. El paciente se torna entonces en sujeto activo de su propia salud.³¹

²⁹ Idem

³⁰ Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. P 8

³¹ Idem

4. - ENTORNO

Se refiere a todas las consideraciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.³²

“Conjunto de circunstancias que rodean e influyen en una persona o cosa o que son favorables a su desarrollo.”³³

Es importante enfatizar, que el concepto *entorno* está siempre vinculado con el concepto de persona. Entorno es definido como el mundo único de cada persona, incorporando al medio ambiente físico, socioeconómico, político, psicológico y espiritual, en el cual la persona se desenvuelve. Este entorno es individual para cada persona. Cuando actuamos como enfermera(o)s profesionales debemos reconocer la existencia de este mundo único y entenderlo para así fomentar el potencial humano de cada persona.

El entendimiento sobre el metaparadigma de Enfermería, persona-entorno, enfermería y salud, se logra a través del proceso educativo y la práctica clínica y requiere que estemos conscientes de su valor y lo integremos continuamente en nuestras acciones.

Cuando cuidemos a los pacientes no solo apliquemos tecnologías o procedimientos, hay que adquirir un compromiso mucho mayor; como enfermera(o)s profesionales debemos buscar en forma continua entender al paciente en el contexto de su mundo único, familia, valores, creencias, posibilidades socioeconómicas, etc., integrándolo para poder colaborar y contribuir a su bienestar en forma completa.

3.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

3.3.1. ANTECEDENTES

En el pasado, antes de que se desarrollara lo que hoy denominamos proceso de enfermería, las enfermeras ofrecían los cuidados a sus pacientes basados en las prescripciones médicas y centradas en las condiciones específicas de la enfermedad y no en la persona a la que cuidaban.

Posteriormente se intenta dar independencia al ejercicio de la enfermería, pero este está guiado más por la intuición y la experiencia que por la aplicación del método científico.

³² Wesley, Ruby L. RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería. 2ª. Ed. Edit. Mcgraw-Hill-Interamericana. México, 1997. P 1-7

³³ Enciclopedia Multimedia Salvat. Versión 5-0. Edit. Salvat editores, S.A. México, 1999

En 1955 Hall crea el término proceso de enfermería y a partir de esto las enfermeras empiezan a estudiar y a describir el proceso de diferentes formas, es a principios de la década de 1960 que la enfermera pone énfasis en los aspectos interpersonales (tomando al paciente como un ser único), intelectuales y científicos de la profesión, las enfermeras explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión.

En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería, con los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos, psicológicos y del medio ambiente. Dorothy Johnson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso, en ese tiempo definió el diagnóstico de enfermería como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh definen el proceso en cuatro componentes y le dan gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería.

En la década de 1970 cuando la profesión de enfermería empezó a visualizarse como una disciplina científica orientada a una práctica con bases teóricas y centrada en el paciente. Surge la definición dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1977) declarando:

“El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir esas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/el enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces él/ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, él/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejora.”³⁴

Para Kozier, es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. Sus objetivos son identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que

³⁴ Fernández, Carmen. El proceso atención de enfermería. Estudio de casos. Ediciones científicas y técnicas, S.A. P 8

satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades.³⁵

De acuerdo a la concepción de otros autores acerca del proceso (Phaneuf y Riopelle), podemos deducir que todos y cada uno de ellos especifica la aplicación de un método sistematizado, para la validación de sus conocimientos y la profesionalización, proporcionando bases para el pensamiento crítico. El pensamiento crítico es un pensamiento disciplinado, autodirigido y racional que certifica lo que conocemos y aclara lo que desconocemos.

El proceso de enfermería puede constar de 4 o 5 etapas. El proceso de cuatro etapas consiste en; Valorar, Planificar, Ejecutar y Evaluar (Formato VPPE).

Whaley y Wong, nos dicen que el proceso actual consta de 5 etapas; Valorar, Diagnosticar, Planificar, Ejecutar y Evaluar (Formato VDPEE). Estas 5 etapas se relacionan entre sí, son cíclicas y están construidas unos sobre otros. La exactitud en cada una de las etapas es determinante para asegurar que el cliente/paciente reciba el máximo beneficio de los cuidados de enfermería.

3.3.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- ❖ El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- ❖ Individualiza las necesidades particulares de cada cliente.
- ❖ Está planificado.
- ❖ Se dirige a objetivos concretos.
- ❖ Es flexible para satisfacer las necesidades exclusivas del cliente, su familia y entorno.
- ❖ Permite a la enfermera y al cliente ser creativos en el diseño de métodos para resolver el problema de salud enunciado.
- ❖ Es interpersonal. Exige que la enfermera se comunique de forma directa y coherente con los clientes para satisfacer sus necesidades.
- ❖ Es cíclico. Como todas las etapas están interrelacionadas, no hay principio ni un fin absolutos.
- ❖ Hace hincapié en la retroalimentación, que conduce a la confirmación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- ❖ Puede aplicarse de forma universal. El proceso de enfermería se emplea como marco para los cuidados de enfermería en todo tipo de contexto de atención sanitaria, con clientes de todos los grupos de edad.

³⁵ Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Blais, Kathleen. Técnicas de enfermería clínica, 4ª. Ed. Edit. McGraw-Hill-Interamericana. España 1999. Pp 558.

3.3.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

VALORACION

La *valoración* es la base del proceso de enfermería y la piedra angular de la práctica profesional. Consiste en la reunión deliberada y sistemática de datos procedentes de una gran variedad de fuentes. Se debe evaluar a todos los clientes desde las perspectivas psicológicas, culturales, espirituales y ambientales. En los niños y sus familias, esta valoración completa debe de realizarla de manera periódica o cíclica. Existen 3 tipos de valoración:

- *Valoración global*. Es aquella en la que se valoran todas las áreas de forma completa.
- *Valoración selectiva*. La cual proporciona los datos necesarios para administrar una atención sanitaria básica.
- *Valoración de objetivos*. Se debe de realizar cuando se observa una área disfuncional.³⁶

Otro concepto propuesto por Alfaro es el siguiente. "Recogida de datos continua, intencionada, diseñada para proporcionar la información requerida para:

- Predecir, detectar, prevenir, controlar o eliminar problemas de salud.
- Identificar formas de ayudar a las personas a conseguir su máximo bienestar e independencia."³⁷

La American Nursing Association (ANA), en 1991, lo define como sistemático y dinámico por medio del cuál la enfermera, a través de la interacción con el paciente, familia y otros profesionales de la salud, reúne y analiza datos acerca del enfermo.

PASOS PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN

1. - *Recolección de datos*. Esta fase está dirigida al registro de aquellos hechos o fenómenos, datos que permiten conocer y analizar lo que realmente sucede al cliente, familia o comunidad que se estudia. Estos datos pueden ser objetivos o subjetivos.

Los datos objetivos son detectados por un observador o pueden analizarse frente a un estándar aceptado. Puede verse, oírse, sentirse u olerse. A menudo estos datos se les llama signos o datos manifiestos.

³⁶ Whaley & Wong. Enfermería pediátrica. 4ª. Ed. Edit. Mosby. España, 1995. Pp15.

³⁷ Alfaro, Rosalinda. El proceso atención de enfermería.

Los datos subjetivos son solo evidentes para la persona afectada y únicamente pueden ser descritos o verificados por dicha persona. Estos se recogen durante la historia clínica de enfermería y comprenden la percepción que El cliente tiene de su estado de salud personal y de su situación en la vida. La información aportada por los miembros de la familia, otros allegados u otros profesionales de la salud, también se considera subjetiva si se basa en una opinión en lugar de los hechos. Estos datos también se conocen como síntomas o datos ocultos.

Los datos también pueden describirse como variables o constantes. La presión arterial es variable; cambia de un día para otro o incluso de hora en hora, y precisa actualización. Los datos constantes, por ejemplo, una fecha de nacimiento, son inmodificables.³⁸

Las fuentes de los datos son primarias o secundarias. El cliente es la fuente primaria de la información. La fuente secundaria o indirecta son: otros allegados, otro personal de salud, documentos, informes e incluso bibliografía importante.

2. - *Observación*. El proceso de observación es complejo. Se basa, en primer lugar en la estimulación de los receptores de los órganos de los sentidos. Estos estímulos son inmediatamente analizados e interpretados en el cerebro. El conjunto de estos fenómenos constituye la percepción. Esta interpretación está muy influida por nuestras experiencias anteriores y por nuestros valores y sentimientos es por eso que la aptitud para ver a la persona, escucharla, percibir ciertos fenómenos debe de ser de forma muy profesional. La observación tiene dos aspectos:

- Observar los estímulos
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir, percibirlos.

3. - *Historia clínica de enfermería (Entrevista)*. Es una comunicación planificada, una conversación con un objeto específico. Hay dos enfoques para la entrevista dirigido y no dirigido.

La entrevista dirigida, es muy estructurada y obtiene información específica. La enfermera establece el objetivo de la entrevista y la controla siempre con preguntas cerradas, de tal manera que el entrevistado no tenga opción a preguntar o discutir temas. Se emplean siempre para recoger, dar información en un tiempo limitado.

Una entrevista no dirigida o generadora de buena relación entre enfermera-cliente. Carls Rogers, identifica 3 aspectos que facilitan el desarrollo de una relación: 1. Autenticidad, la capacidad de estar conscientes de nuestros sentimientos o de ser real. 2. El respeto al estado de separación de otro, aceptándolo de manera incondicional y 3. Un deseo continuo de comprender o sentir empatía por el otro. La confianza, empatía, afecto, autonomía y

³⁸ Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Blais, Kathleen. Técnicas de enfermería clínica. 4ª. Ed. Edit. McGraw-Hill-Interamericana. España 1999. Pp 558.

mutualidad son cinco conceptos básicos para el desarrollo de una relación enfermera-paciente.

Por otro lado, la entrevista con el paciente pediátrico presenta numerosos problemas dependiendo de la etapa en la que se aborde (ver cuadro de comunicación verbal y no verbal). Los recién nacidos y lactantes, no pueden contestar a las preguntas, ni localizar signos y síntomas que ayuden al examen físico. Los que están en etapa preescolar y escolar, a veces son tímidos y se resisten a informar delante de sus padres; ante estos casos el personal de enfermería debe estar atento a los cambios sutiles que indiquen cansancio, miedo o la necesidad de estar en privado. El adolescente necesita ser entrevistado con y sin los padres para obtener más datos.³⁹

COMUNICACION

VERBAL	NO VERBAL
Consideraciones y preguntas de apertura-cierre Verbalización de lo implícito. Aclaración de enunciados. Ratificación consensual. Percepción compartidas. Reconsideración, repetición de la idea principal. Reflejo de sentimientos y contenido. Centro resumen.	Pensamiento silencioso Tacto. Oyente activo. Contacto visual y de observación. Lenguaje corporal franco.

4. - *Exploración*. Es el medio por el cual la enfermera obtiene los datos objetivos necesarios para completar la fase de valoración. Se realiza de forma sistemática, y puede organizarse según la preferencia puede ser como un abordaje cefalocaudal o por aparatos y sistemas. Los hallazgos se miden frente a normas estándares, por ejemplo, estándares de talla y peso ideales.

Para conducir la exploración física, la enfermera utiliza las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Inspección, es la observación informada, con un propósito, con interés y decisión, viendo los detalles importantes. Está técnica requiere más de lo que puede verse a simple vista, ya que comprende los sentidos de olfato, vista, tacto y oído. Se necesita sentido físico agudo, conocimiento clínico adecuado, mente ágil que pueda recordar rápidamente experiencias clínicas pasadas y capacidad para sacar conclusiones adecuadas.

³⁹ Christensen. Proceso de atención de enfermería.

Palpación: Se necesita del entrenamiento y dominio del sentido del tacto. Con las manos y dedos se determina el tamaño, forma y posición de estructuras, y su temperatura, textura, contenido de humedad y movimiento.

Percusión: La percusión transmite sonidos en el cuerpo haciendo que la superficie vibre. La percusión revela densidad al señalar la presencia de aire o material sólido a una profundidad de 5-7 cm. En una cavidad u órgano corporal. Hay tres tipos de percusión; mediata, inmediata y puño percusión.

Auscultación: Requiere que se escuchen sonidos (oído o el estetoscopio) producidos en el cuerpo, principalmente los pulmones, corazón, vasos sanguíneos, estómago e intestinos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico enfermero es el resultado de la segunda etapa del proceso de cuidados. Consiste en un enunciado sencillo y preciso que describe la respuesta de una persona, un grupo, una experiencia del ciclo vital, un problema eventual o presente que concierne a la salud física y psicológica o una dificultad de adaptación social.⁴⁰

En marzo de 1990, la Novena Conferencia sobre clasificación de diagnósticos de enfermería de Orlando, aceptó la siguiente definición: "El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de las actuaciones de enfermería y de esta manera lograr los resultados que son responsabilidad de la enfermera".⁴¹

Según Alfaro el razonamiento diagnóstico, en su más amplio sentido, implica tres actividades:

1. - Agrupar la información recogida de manera que nos permita formar una imagen clara.
2. - Interpretar esta información, es decir, compararla con unos criterios previos para determinar primero relevancia y luego su significación.
3. - Emitir un juicio o conclusión.⁴²

Para Phaneuf, es un enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para elegir las intervenciones de cuidados encaminadas a la consecución de los resultados que son la responsabilidad de la

⁴⁰ Enfermera al día. Diagnóstico enfermero.

⁴¹ Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Blais, Kathleen. Técnicas de enfermería clínica. 4ª. Ed. Edit. McGraw-Hill-Interamericana. España 1999. Pp 558.

⁴² Enfermería clínica, Vol. 5. Núm. 1 El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf.

enfermera. El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.⁴³

Estos diagnósticos, como ya se mencionó anteriormente describen problemas reales de salud o desviaciones de la salud, como ejemplo podemos citar, déficit de volumen de líquidos, déficit de conocimientos.

Los problemas potenciales de salud o factores de riesgo que predisponen al cliente y a la familia a problemas de salud; ejemplos, alto riesgo de infección y alto riesgo de lesión. Areas de mejora personal o que identifican procesos vitales, ejemplos: afrontamiento familiar, potencial de desarrollo.

Los diagnósticos deben reflejar las dimensiones de la práctica de enfermería. Enfermería realiza actividades dependientes e independientes. Son actividades dependientes de las que suponen la puesta en práctica de las intervenciones prescritas por el médico. Las actividades interdependientes son aquellas en las que se superponen la responsabilidad del médico y de la enfermera y exigen la colaboración de ambas disciplinas. Las actividades independientes son aquellas en las que la enfermera es la responsable directa.

Hay tres componentes esenciales para los enunciados diagnósticos y se conocen como el formato PES.

1. - Los términos que describen el problema(**P**). Es conocido como etiqueta o título de categoría diagnóstica. Describe la respuesta del niño a los déficit de tipo sanitario propios de la familia o de la comunidad.

Los clientes pediátricos no siempre tienen problemas reales de salud. Algunos presentan problemas potenciales, es decir, una situación de riesgo que precisa la intervención de enfermería para evitar que se desarrollen.

Los problemas potenciales de salud indican factor de riesgo (signos indicativos de un problema sanitario potencial), que predisponen al cliente pediátrico y la familia a un determinado tipo de disfunción con mayor probabilidad que al resto de la comunidad.⁴⁴

Se recomienda que el problema se formule según una taxonomía reconocida, en este caso, la de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Esto permite utilizar un lenguaje internacional que todo el mundo comprenda la esencia principal.

2. - La Etiología del problema (**E**) o factores concurrentes(relacionados).

⁴³ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

⁴⁴ Whaley & Wong. Enfermería pediátrica. 4ª. Ed. Edit. Mosby. España, 1995. Pp15.

Describe los factores fisiológicos, de situación y de maduración, causantes del problema o influyentes en su desarrollo.

La etiología puede ser la conducta del cliente, factores ambientales o una interacción de ambos. Al usar el formato PES es importante que quien lo redacte no vincule el problema y su etiología con palabras que indiquen una relación de causa efecto. Las etiologías son causas probables; si se emplean palabras que suponen causa – efecto pueden provocarse dificultades legales o profesionales. Por tanto la redacción es preferible utilizar expresiones como relacionando con (R/C), para indicar la vinculación entre el problema y su etiología.

La etiología se puede formular con las propias palabras de la enfermera, con objeto de transcribir la situación observada. La diferenciación entre las distintas causas es esencial en el diagnóstico de enfermería debido a que cada una puede precisar un tratamiento de enfermería diferente.

3. - Las características o grupos de signos y síntomas que las definen (S). Las características definitorias derivadas de la valoración del paciente e indicativas de problemas de salud reales.

Los signos y síntomas principales son los que deben de estar presentes para validar el diagnóstico, las características menores pueden o no estar presentes. Hay tres tipos de características definitorias (NANDA, 1992).

1. - Críticas. Estos signos o síntomas deben de estar presentes en el cliente para establecer el diagnóstico.

2. - Principales. Estos signos y síntomas están presentes en el 80-100% de los clientes con dicho diagnóstico.

3. - Secundarias. Estos signos y síntomas de soporte están presentes en el 50-79% de los clientes con dicho diagnóstico y proporcionan evidencia fundamental, aunque pueden no estar presentes.

PLANIFICACIÓN

La planificación es un proceso deliberado, sistemático y esencial para proporcionar el cuidado de enfermería de calidad. Es un proceso en el que se realizan la toma de decisiones y la resolución del problema. El proceso de planificación utiliza: los datos obtenidos durante la valoración, y los enunciados diagnósticos que presentan los problemas de salud del cliente (reales o potenciales).

Phaneuf la define como: “la planificación consiste en establecer un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida”.⁴⁵

La planificación consta de 5 componentes:

1°. Asignación de prioridades. Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería. Se tiene que ordenar los diagnósticos de enfermería por orden de importancia, agrupándolos en prioridad alta, media y baja. Pero esto no determina que se resuelvan primero unos y después otros. La enfermera puede tratar de resolver mas de un diagnóstico y determinar el valor relativo o prioritario tomando en cuenta los siguientes factores: a) urgencia del problema de salud. Las situaciones que amenazan la vida, como la pérdida de las funciones cardiaca y respiratoria. b) Los valores, creencias y prioridades de salud del cliente. c) Recursos disponibles. D) Planificación del tratamiento médico.

2°. Establecimiento de los objetivos del cliente y los criterios de resultados. Por medio del objetivo la enfermera, describe el comportamiento que espera de la persona o el resultado que quiere obtener teniendo en cuenta la situación. Un objetivo es la proyección de una intención que se expresa mediante la descripción del comportamiento que se espera de la persona o de un resultado que se desea obtener después de haber empleado una serie de medios.

El objetivo depende del cliente y no de la enfermera, cuando la persona lleva a cabo acciones para alcanzar el estado de salud deseado. En algunas situaciones, el cliente es incapaz de participar en la evolución hacia su mayor bienestar por su estado de salud, entonces los objetivos se tornan de cuidados.

A fin de orientar el sentido de acción que se ha de realizar y de precisar el grado de autonomía del cliente debe de cumplir con ciertos criterios o características.

- La formulación debe de ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio del cliente o familia.
- La consecución del objetivo debe ser observable e incluso mensurable.
- Debe evolucionar con la situación.
- Su formulación supone una sola acción o una sola condición cada vez (a menos que las acciones estén estrechamente relacionadas).
- Su formulación incluye la mayoría de las veces un verbo de acción.
- Puede afectar a diferentes campos psicomotor, afectivo, cognitivo.
- Debe relacionarse con la parte “problema” del diagnóstico enfermero.
- Las acciones propuestas deben ser realistas, teniendo en cuenta, el estado del cliente y el pronóstico.

⁴⁵ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

- Debe proporcionar indicaciones precisas sobre la acción que hay que emprender o el estado que hay que alcanzar (quién, qué, cómo, cuándo y en qué medida).
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la consecución del objetivo (a corto o largo plazo).⁴⁶

3º. Planificación de las estrategias de enfermería. Son actuaciones o intervenciones de enfermería que tratan un diagnóstico de enfermería específico para lograr los objetivos del cliente.

La correcta identificación de la etiología durante la valoración de enfermería proporciona la estructura para la elección de intervenciones de enfermería exitosas.

La planificación debe ser segura, adecuada, alcanzable con los recursos disponibles, congruente, basada en los conocimientos, experiencia y estar dentro de los estándares de cuidados establecidos.

4º. Redacción de las ordenes de enfermería. Las ordenes de enfermería son las actuaciones específicas que la enfermera adopta para ayudar al cliente a cumplir los objetivos de cuidado de la salud establecidos y debe de contener: fecha, verbo de acción, área de contenido, elemento tiempo y firma.

5º. Redacción del plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre la salud del cliente en un todo significativo, se centra en las actuaciones que las enfermeras deben realizar para tratar los diagnósticos de enfermería identificados en el cliente y satisfacer los objetivos establecidos.

Phaneuf lo define como “un todo que comprende el diagnóstico enfermero, los objetivos y las intervenciones que sirven para prever, organizar y evaluar los cuidados”.⁴⁷

Los propósitos de un plan de cuidados escrito son: proporcionar la dirección para un cuidado individualizado del cliente, asegurar la continuidad de los cuidados, dar el rumbo sobre que necesidades han de documentarse en las notas de evolución de un cliente y servir como guía para la asignación de personal para el cuidado del cliente.

⁴⁶ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

⁴⁷ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

EJECUCION

Es la etapa de realización del plan de cuidados. "Es la cuarta etapa del proceso de cuidados en el curso del cuál se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que la persona pueda alcanzar los objetivos establecidos."⁴⁸

Durante esta fase el personal de enfermería debe aprovechar cada interacción con el cliente pediátrico y con la familia para continuar valorando los diagnósticos y el proceso de atención. La enfermera realiza generalmente las siguientes actividades: cuidado, comunicación, ayuda, educación, asesoramiento y actuación. El proceso de ejecución comprende cinco componentes:

1. Revaloración del cliente. Al proporcionar los cuidados, se siguen recogiendo datos sobre los cambios (sutiles o agudos) en el estado de bienestar del cliente, tanto en lo que se refiere a problemas de salud como a reacciones, sentimientos y fuerzas.

2. Validación del plan. Cuando el estado de salud cambia, es decir, cuando cambian las respuestas físicas o psicosociales, la enfermera tiene que ajustar el plan. Y si los datos no cambian se inicia el proceso de ejecución.

3. Determinación de la necesidad de asistencia. Se determina con los datos aportados durante la etapa de valoración.

4. Ejecución de las estrategias. Al implementar las estrategias, la enfermera debe tomar en cuenta los siguientes factores:

- ◆ Individualidad del cliente
- ◆ La necesidad de implicación del cliente.
- ◆ La prevención de las complicaciones.
- ◆ La preservación de las defensas corporales.
- ◆ La provisión de bienestar y apoyo del cliente.
- ◆ La ejecución exacta y esmerada de todas las actividades de enfermería

5. Comunicación de las actuaciones de enfermería. Las actuaciones se deben de comunicar por escrito o de forma verbal, pero solo después de haberse realizado. Cuando la salud de un cliente esta cambiando con rapidez, es posible que la enfermera responsable, el médico o ambos, deseen que se les mantenga al tanto con informes verbales. Incluso entre profesionales de enfermería se realiza de manera verbal pero sobre lo escrito.

EVALUACION

La evaluación es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el progreso realizado,

⁴⁸ idem

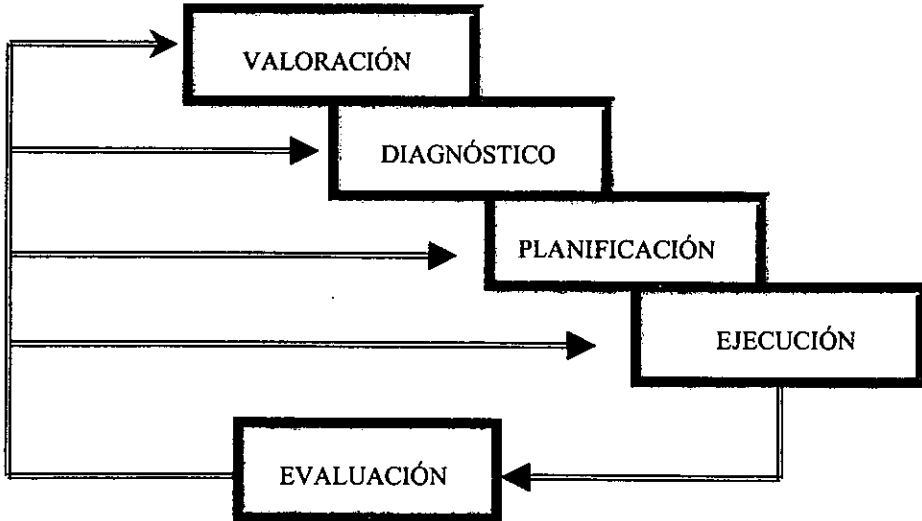
la enfermera puede darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.⁴⁹

Para ofrecer unos cuidados de calidad hay que evaluarlos, para encontrar fallas y así poder corregirlas. La finalidad de la evaluación comprende: la verificación de los objetivos, averiguar lo que puede mejorarse, rectificar el curso de acción y asegurar unos cuidados de calidad.

La evaluación implica lo siguiente:

- ◆ Realizar una valoración completa para determinar el estado actual de salud de la persona y para asegurarse de que no se ha olvidado ningún dato.
- ◆ Comprobar que los diagnósticos son correctos y completos (que ha nombrado todos los problemas y no se ha omitido ninguno).
- ◆ Cerciorarse de que se ha diseñado un plan de cuidados eficaz (que los objetivos e intervenciones fueron los apropiados, usado y reforzado las capacidades)
- ◆ Decidir si el plan de cuidados realmente se llevo a cabo e identificar los factores que hayan facilitado o dificultado el progreso.
- ◆ Modificar o dar por finalizado el plan según este indicado, dependiendo de los resultados y de las actividades anteriores.

La evaluación es la última etapa del proceso de cuidados, pero sin embargo, no constituye una etapa aparte porque todas se interrelacionan entre sí. (Ver cuadro inferior).



⁴⁹ Phaneuf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª. Ed. Edit. McGraw- Hill- Interamericana. México 1999. P. 28.

3.4 ASPECTOS ETICOS EN ENFERMERÍA

3.4.1 CONCEPTOS BASICOS

Actitud. Es un tono efectivo dirigido hacia una persona, objeto o idea. las actitudes estan constituidas por un conjunto de creencias.⁵⁰

Bioetica. Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los principios morales.

Código. Es un conjunto de principios éticos que son aceptados de forma general por todos los miembros de la profesión.

Código ético. Proporciona un medio por el que se establecen, mantienen y mejoran los estándares profesionales.

Creencias. Es algo que las personas juzgan como verdad mas sobre la base de la probabilidad que de la realidad. Es un tipo especial de actitud cuyo componente cognitivo (intelectual) se basa más en la fe que en los hechos. Y estas pueden afectar o no a los valores.

Ética. Se deriva del griego ethos, que significa costumbre o carácter. Es el sistema o código de principios morales de cada persona, religión, grupo o profesión. La ética se relaciona con el porqué de la acción, en lugar de estarlo con el hecho si es correcto o incorrecto, bueno o malo.

Principios éticos. Son directrices generales que gobiernan la conducta, proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones.

3.4.2 CODIGO ETICO

Mediante la adhesión a un código ético, los profesionales satisfacen una obligación social que les conduce a la práctica de alta calidad. Aceptan el compromiso moral de defender los valores y las obligaciones especiales expresadas en su código.

La American Nurses Association (ANA) en 1986, identificó siete valores esenciales para la práctica de enfermería profesional. Son los siguientes.⁵¹

❖ **Estética.** Calidad de las personas que proporcionan satisfacción.

⁵⁰ Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Blais, Kathleen. Técnicas de enfermería clínica. 4ª. Ed. Edit. McGraw-Hill-Interamericana. España 1999. Pp 558.

⁵¹ Conceptos básicos de la práctica de enfermería.

- ❖ Altruismo. Respeto por el bienestar de los otros.
- ❖ Igualdad. Poseer los mismos derechos y privilegios.
- ❖ Libertad. Capacidad de realizar una elección o una acción.
- ❖ Dignidad humana. El valor inherente de un individuo.
- ❖ Justicia. Mantenimiento de los principios morales y legales.
- ❖ Verdad. Fidelidad al hecho o a la realidad.

El código ético que proporciona la ANA, especifica que no están establecidas por la ley, pero las enfermeras están obligadas a respetarlo debido a su dedicación social que es algo inherente.

CODIGO ETICO DE LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION

1. - LA ENFERMERA PRESTA SERVICIOS CON RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA Y LA UNICIDAD DEL CLIENTE SIN RESTRICCIÓN POR CONSIDERACIONES DE ESTATUS SOCIAL O ECONÓMICO, ATRIBUTOS PERSONALES O LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.
2. - LA ENFERMERA SALVAGUARDA EL DERECHO DEL CLIENTE A LA INTIMIDAD, PROTEGIENDO DE FORMA JUICIOSA LA INFORMACIÓN DE NATURALEZA CONFIDENCIAL.
3. - LA ENFERMERA ACTUA PARA SALVAGUARDAR AL CLIENTE Y AL PÚBLICO CUANDO LA ASISTENCIA Y SEGURIDAD SANITARIA ESTÁN AFECTADAS POR LA PRÁCTICA INCOMPETENTE, NO ÉTICA E ILEGAL DE CUALQUIER PERSONA.
4. - LA ENFERMERA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE LOS JUICIOS Y ACCIONES INDIVIDUALES DE ENFERMERÍA.
5. - LA ENFERMERA MANTIENE SU COMPETENCIA EN LA ENFERMERÍA.
6. - LA ENFERMERA EJERCITA UN JUICIO INFORMADO Y UTILIZA LA COMPETENCIA Y CUALIFICACIONES INDIVIDUALES COMO CRITERIO EN LA PETICIÓN DE CONSULTAS, LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y LA DELEGACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.
7. - LA ENFERMERA PARTICIPA EN ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO PROGRESIVO DEL CUERPO DE CONOCIMIENTOS DE LA PROFESIÓN.
8. - LA ENFERMERA PARTICIPA EN LOS ESFUERZOS DE LA PROFESIÓN POR ESTABLECER Y MANTENER LAS CONDICIONES DE EMPLEO QUE CONDUZCAN A UNA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA DE ALTA CALIDAD.
9. - LA ENFERMERA PARTICIPA EN LOS ESFUERZOS DE LA PROFESIÓN POR ESTABLECER Y MANTENER LAS CONDICIONES DE EMPLEO QUE CONDUZCAN A UNA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA DE ALTA CALIDAD.
10. - LA ENFERMERA PARTICIPA EN LOS ESFUERZOS DE LA PROFESIÓN POR PROTEGER AL PÚBLICO DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN ERRÓNEAS Y PARA MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA ENFERMERÍA.
11. - LA ENFERMERA COLABORA CON LOS MIEMBROS DE LAS PROFESIONES DE SALUD Y OTROS CIUDADANOS EN LA PROMOCIÓN DE LOS ESFUERZOS

NACIONALES Y DE LA COMUNIDAD POR SATISFACER LAS NECESIDADES SANITARIAS DEL PUBLICO.

En este caso en particular se retoman aspectos importantes de la bioética para preservar el carácter humanístico de la profesión. Así como también puntos específicos del código de la ANA, como son: respeto, igualdad, libertad, derechos, proporcionar información a los familiares oportuna y continuar con su preparación para proporcionar cuidados de calidad.

3.4.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hay dos tipos de consentimiento informado, el expreso y el implícito. El expreso puede ser escrito o verbal y se concede específicamente para procedimientos no rutinarios. El implícito puede serlo de hecho, siendo una suposición basada en el comportamiento del paciente o por ley.

El consentimiento válido debe ser: voluntario, obtenido e informado. La mayoría de las normas hospitalarias establecen que aquel que es voluntario informado para los procedimientos no rutinarios sea obtenido y confirmado por escrito, con la firma y fecha escrita por el paciente, el médico y testigos.

En el caso del cliente pediátrico, son legalmente incompetentes y el consentimiento informado se obtiene de sus padres y tutores. Aunque dependiendo del lugar o de la jurisdicción existen excepciones por ejemplo: los menores emancipados (si son menores de edad y están casados o viven de manera independiente con la autorización de los padres).

Es importante proporcionar la información suficiente, acerca de los beneficios, los riesgos y los procedimientos alternativos, en un lenguaje sin tecnicismos para que se comprenda.

Para la realización del presente estudio de caso clínico, se le proporciono la información pertinente a los padres de Raquel, poniendo énfasis en todos y cada uno de los puntos establecidos en el formato autorizado (anexo 1).

Los profesionales que nos dedicamos a la pediatría, no debemos olvidar que el receptor de nuestros cuidados, es un ser digno y tiene cualidades y capacidades que lo hacen una persona.

1°. Es único, es decir, no ha existido, no existe, ni existirá otro como él

2°. Es insustituible. Porque nada ni nadie ocupara su lugar. Y esto se entiende cuando se es testigo de la muerte de un niño.

3°. Es irremplazable, porque su muerte no puede ser llenada con otro niño. Una generación es incapaz de remplazar lo que otra generación ha construido.

4°. Es inabarcable, no es posible medir la longitud, profundidad, anchura y altura del espíritu humano.

5°. Es novedoso, es el ejemplo más fiel del cambio, de la creatividad, del presente audaz que roba al futuro una posibilidad siempre cambiante.

6°. Es capaz de amar y porqué es capaz de despertar el amor hacia él.

7°. Tiene la capacidad de la autoconciencia.

8°. Es digno, se comporta como lo que es, sin caretas, ni disfraces, tal como es.

3.5 PROCESO FISIOPATOLOGICO

3.5.1 CONCEPTO

Es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva de etiología aún desconocida. El gen anormal responsable de la Fibrosis Quística (FQ), reside en el brazo largo del cromosoma 7. Este gen codifica la proteína reguladora de transmembrana de la FQ (PRTFQ), una proteína de 1480 aminoácidos que parece mover o alterar la permeabilidad de la membrana apical al ion cloro, haciendo que las secreciones sean viscosas y ricas en sal. La principal característica de esta patología es la disfunción de las glándulas exocrinas, los órganos más frecuentemente afectados son los pulmones, aparato digestivo, aparato reproductor, así como el páncreas, glándulas salivales y sudoríparas.⁵²

3.5.2 ANTECEDENTES

La FQ fue descrita originalmente por Guido Fanconi en 1936, en esa década se le denominó "Fibrosis Quística del páncreas, para describir el aspecto histológico de ese órgano en una fase tardía de la evolución de la enfermedad".⁵³

En 1938, fue Andersen, que igualmente lo relacionaba con el páncreas.⁵⁴ En 1980 en México son informados 32 casos de FQ en 3,260 autopsias consecutivas practicadas en niños mexicanos, lo cual da una incidencia de 1% en el material de autopsia.⁵⁵

En 1985, fue localizado el gen en el brazo del cromosoma 7, mediante estudios de ligamento genético y fue aislado en 1989, investigadores de la Universidad de Michigan y del Hospital para niños enfermos en Toronto, Canadá. A partir del gen se pudo clonar el DNA complementario y predecir la estructura proteica que codificaba. Esta resultó ser una proteína grande de 1480 aminoácidos, con dos regiones hidrofobas (TM1 y TM2) presumiblemente ancladas en la bicapa lipídica celular y una gran región citoplasmática (dominio R) con múltiples lugares para la fosforilación y otras dos pequeñas regiones de

⁵² Beherman E.R. Manual de pediatría del Nelson. 1ª. Ed. España: Edit Interamericana, 1997.

⁵³ Pérez L. Fibrosis quística en niños mexicanos. Acta pediátrica de México, 1990; 11(3): 149-158

⁵⁴ Andersen, OH. Cystic Fibrosis of the pancreas and its relation to celiac disease a clinical and pathological. Study Am J. Dis Child 1938, 56:344-399

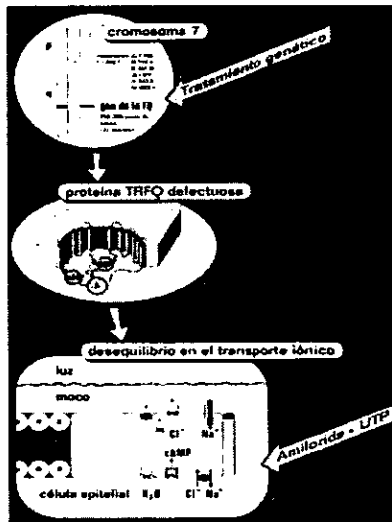
⁵⁵ Pérez L. Fibrosis quística en niños mexicanos. Acta pediátrica de México, 1990; 11(3): 149-158

fijación de nucleótidos con capacidad de unión ATP. Welsh, en 1990, describió que la secreción de cloro (Cl) estaba alterada en la FQ, particularmente la mediada por AMPc. La supresión del par de base tres que resulta de la ausencia de la fenilalanina en el aminoácido 508 es el defecto más común y ha sido designado delta F508. Esta mutación aparece en el 70-80% de los cromosomas de los norteamericanos blancos e hispanos. Otros genotipos observados con alguna frecuencia son G542X, G551D, W1282X, W1303K y R523X.

3.5.3 FISIOPATOLOGIA

En los aspectos fisiológicos y genéticos hay cuatro observaciones que son importantes en la FQ; incapacidad de aclarar las secreciones mucosas, elevado contenido en sal, sudor y otras secreciones serosas, e infección crónica limitada al aparato respiratorio. Hay datos actuales que sugieren que la infección crónica es un acontecimiento secundario a las afecciones primarias.

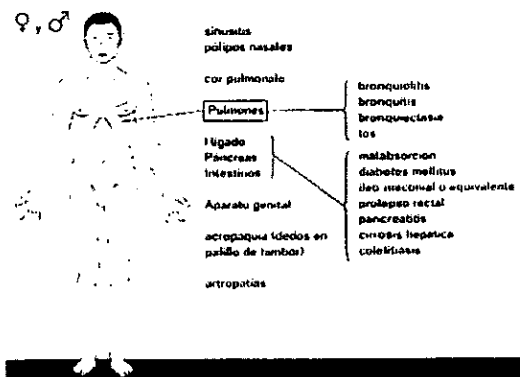
En los últimos años diversos estudios, han demostrado que la función primordial de la PRTFQ, es ser un canal para el cloro regulado por el ATP, además inhibe un canal de sodio que existe en la membrana apical y regula canales de iones de cloruro. (Ver esquema 1).



Esquema 1⁵⁶

⁵⁶ <http://ctv.es/SALUD/fqesq1.htm>.

Por estas funciones la PRTFQ mutada da lugar a una alteración en el flujo de iones y por lo tanto de agua, produciéndose unas secreciones desecadas y espesas que a su vez originan los diversos síntomas y patologías de los órganos afectados(ver esquema 2).



Esquema 2 ⁵⁷

En el epitelio aéreo la composición iónica determina el contenido de agua de las secreciones, mecanismo fundamental para que pueda realizarse el aclaramiento mucociliar, y por la ausencia o disfunción de la PRTFQ, se produce una hiperabsorción de sodio (Na), por los canales sensibles del mismo, al amiloride, dando todo ello lugar a unas secreciones deshidratadas, con una composición iónica de bajo contenido de Cl y Na.

Sin embargo, también se ha propuesto que el líquido periciliar de los pacientes con esta enfermedad tiene un aumento de Cl y Na por la disminución de la absorción de estos iones (al igual que sucede en las glándulas sudoríparas), y esta concentración es la responsable de la inactivación de un péptido bactericida (defensinas) presente en los pulmones y sensible a altas concentraciones en sal y por lo tanto explicaría la colonización por *Pseudomonas*.⁵⁸

3.5.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

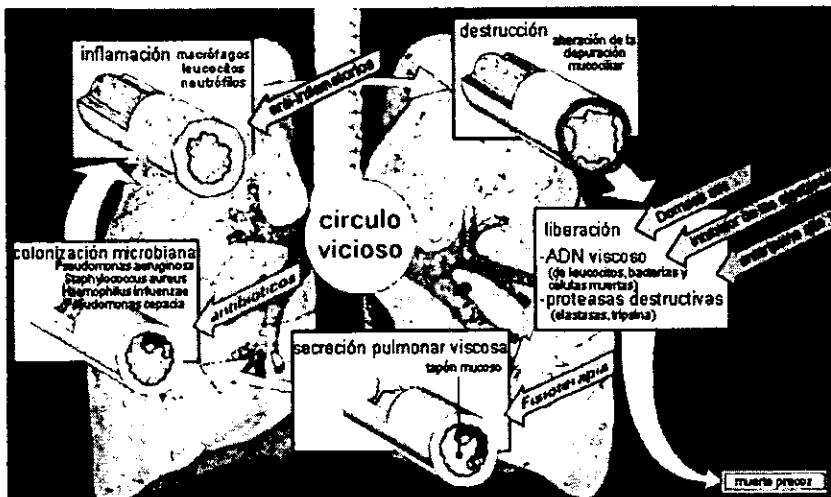
La heterogeneidad de las mutaciones y los factores son los responsables de la afectación variable y por lo tanto las manifestaciones van a depender del órgano afectado.

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Behrman, Richard E. M.D. Nelson Tratado de Pediatría. 14ª ed. Edit Interamericana McGraw-Hill, México, 1997.

APARATO RESPIRATORIO

Las complicaciones respiratorias de la FQ, son la principal causa de morbilidad y mortalidad. Todas las partes del tracto respiratorio (epitelio nasal, senos paranasales, la vía aérea superior e inferior), pueden estar involucradas. Las manifestaciones clínicas de comienzo son muy extensas, pero su presencia es indicativa de realizar la prueba de sudor, y son la tos crónica o productiva, neumonía o infiltrados recurrentes o crónicos, bronquiolitis recurrente, atelectasias, hemoptisis, infección por *Pseudomonas*, neumonía estafilocócica, retraso de desarrollo, sabor salado al besarle, pólipos nasales, alcalosis hipocloremica. De estas, la tos es el síntoma más constante de afectación pulmonar, al principio puede ser seca y áspera, pero posteriormente se hace húmeda y productiva, el moco expectorado puede ser purulento. La presencia de dilatación de los espacios hacinados y la acumulación de secreción produce la primera anomalía para facilitar las infecciones recurrentes. (Ver Esquema 3).



Esquema 3⁵⁹

En el primer año de vida esa inflamación de la vía aérea, propicia como ya se mencionó las infecciones recurrentes. Las principales bacterias presentes son: el *Estafilococo aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas Aeruginosa*. Esta última causa la infección pulmonar crónica más severa y esta asociada a un continuo y deterioro de la función pulmonar, este germen existe de forma mucoide que es exclusiva de la FQ por la producción de Alginato Mucoide. Aproximadamente el 80 % de los cultivos son de este tipo. El tratamiento antibiotico en ocasiones solo logra disminuir el número de bacterias, para posteriormente volver a colonizar el aparato respiratorio.

⁵⁹ ídem.

La *Burkholderia cepacia* (antes *Pseudomonas cepacia*) esta asociada a un mayor y rápido deterioro de la función respiratoria y muerte. Otros microorganismos pueden complicar la enfermedad pulmonar de la Fq, incluyen hongos como la *Cándida Albicans* y *Aspergillus Sp.*, Virus sincicial respiratorio, adenovirus, pero la incidencia y colonización con estos organismos no esta bien establecida.

La bronquiolitis extensa se acompaña de sibilancias, que constituyen un síntoma frecuente durante los primeros años de vida. Posteriormente se observa intolerancia al esfuerzo, falta de aliento y escaso aumento de peso.

Los hallazgos físicos precoces consisten en aumento del diámetro torácico anteroposterior, hiperresonancia generalizada, estertores crepitantes gruesos y generalizados, acropaquias digitales. La cianosis es un signo tardío.

Es frecuente la obstrucción nasal y la rinorrea, ya sean debidas a inflamación y tumefacción mucosa o, en algunos casos a pólipos nasales.

APARATO DIGESTIVO

Más del 85% de los niños muestran signos de maldigestión debida a insuficiencia pancreática exócrina. La lesión inicial pancreática es la obstrucción de los pequeños conductos por secreciones viscosas, posteriormente hiperplasia y subsecuentemente necrosis de los conductos (ver esquema 2).⁶⁰ Los síntomas consisten en deposiciones frecuentes, copiosas y grasientas con escaso aumento de peso. Las heces contienen gotas de grasa fácilmente visibles. El abdomen esta prominente, hay disminución de masa muscular, un crecimiento escaso y retraso en la maduración. La malaabsorción puede estar asociada con la absorción inadecuada de las vitaminas liposolubles. La deficiencia de Vitamina E puede estar manifestada por anemia con incremento de los eritrocitos y hemólisis. La deficiencia de vitamina D afecta los huesos como una disminución de la densidad ósea. La deficiencia de vitamina K, problemas en la coagulación e hipoprotrombinemia.

Manifestaciones digestivas menos frecuentes son; la impactación fecal del ciego o el apéndice, inflamación duodenal. El prolapso rectal es relativamente frecuente.

VIAS BILIARES.

Sus manifestaciones pueden consistir en ictericia, ascitis, hematemesis por varices esofágicas y signos de hiperesplenismo.

⁶⁰ Colín Anrew A. Cystic Fibrosis. Pediatrics in Review. Vol. 15 No. 5 Mayo 1994. Pág. 194

PANCREAS

Pueden aparecer signos de hiperglucemia y glucosuria tales como poliuria y pérdida de peso. Ocasionalmente se observan pancreatitis agudas recurrentes en individuos con función pancreática exocrina residual.

APARATO GENITOURINARIO

El desarrollo sexual esta alterado. Más del 95 por 100 de los varones presentan azoospermia debida al fallo de las estructuras del conducto de Wolff, la incidencia de hernia inguinal, hidrocele y ausencia de descenso de los testículos es mayor de la esperada.

En el sexo femenino se han observado cervicitis y acumulación de moco en el canal cervical.

GLANDULAS SUDORIPARAS.

La pérdida excesiva de sal por el sudor predispone a los niños a episodios de depleción de sal, especialmente en las gastroenteritis y en los climas cálidos.

3.5.5 DIAGNOSTICO Y VALORACIÓN

El diagnóstico de fibrosis quística se sospecha clínicamente y se confirma por medio de la prueba del sudor. El examen del sudor (por iontoforesis) mide la concentración de sodio y cloro en la transpiración. La prueba consiste en utilizar una corriente eléctrica de 3 mA para transportar pilocarpina a la piel del antebrazo y estimular localmente las glándulas sudoríparas. Después de lavar el brazo con agua destilada, se recoge el sudor sobre papel filtro o gasa, o con un tubo capilar, colocado sobre la piel estimulada y cubierto para evitar la evaporación. Transcurridos 30-60 min. Se retira la gasa o papel filtro utilizado, debe de tener de 50-100 mg de sudor para poder realizar la prueba.

La mayoría de los niños tienen concentraciones de sodio y cloro por debajo de 40 mEq/L. Si los valores están entre 40 y 60 mEq/L el test es dudoso y debería ser repetido. Valores por encima de 60 mEq/l, son sugestivos para el diagnóstico de Fibrosis Quística. Pero para el diagnóstico definitivo, se debe suplementar con un análisis del DNA.

OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Función Pancreática. La determinación del balance de grasas mediante recogida de heces durante 3 días o la comprobación directa de la secreción enzimática tras sonda duodenal y estimulación con pancreomicina-secretina son métodos fiables pero excesivamente molestos o invasivos y no se emplean de forma rutinaria.

Radiología. Los hallazgos radiológicos pulmonares sugieren el diagnóstico pero no son específicos. La hiperinsuflación pulmonar es precoz y puede pasarse por alto en ausencia de infiltrados o densidades llamativas.

Función pulmonar. Los hallazgos de una enfermedad obstructiva de la vía aérea y de respuestas moderadas a los broncodilatadores son compatibles con el diagnóstico de FQ en todas las edades. El volumen residual y la capacidad residual funcional están incrementados en las primeras fases de la evolución de la enfermedad pulmonar.

Microbiología. Los cultivos de las vías aéreas bajas con *S. Aureus* o *P. Aeruginosa*, es sugestivo para el diagnóstico de FQ.

Diagnóstico prenatal. Es posible una valoración rápida e individual empleando sondas específicas para mutaciones del gen FQ.

3.5.6 TRATAMIENTO

El plan de tratamiento debe ser amplio y unido a un control estrecho y a una intervención precoz y enérgica.

Tratamiento Básico. Conseguir un óptimo estado de nutrición, para lo cuál se dispone de fermentos pancreáticos con cubierta entérica, que impiden la inactivación de la lipasa por el ácido clorhídrico del estomago. Las necesidades nutricionales requieren aportes calóricos extras para superar la mala absorción, lo que se consigue con dieta libre, no restringida en grasas, y con aportes de alrededor de 120% de las calorías recomendadas para la edad y sexo.

La fisioterapia respiratoria, el ejercicio aeróbico regular y el tratamiento precoz de la infección pulmonar son los pilares básicos de la afectación pulmonar. La antibioticoterapia oral e intravenosa con sus diversos regímenes terapéuticos.

Trasplante pulmonar. Para la situación de fracaso respiratorio terminal está disponible desde el año de 1985 el trasplante pulmonar. Resultados recientes demuestran una supervivencia del 73% el primer año, 63% a los dos años y del 57% a los 3 años.

IV. ESQUEMA METODOLOGICO

4.1 VALORACION DE ENFERMERIA

4.1.1 VARIABLES E INDICADORES A EVALUAR

Las variables en el presente estudio de caso serán las 14 necesidades básicas del modelo conceptual de Virginia Henderson. Los indicadores serán entonces los parámetros de normalidad de cada una de las necesidades, tomando en cuenta la propuesta de Riopelle, Grondin y Phaneuf para el análisis, recolección e interpretación de los datos. Se toma en cuenta la propuesta de estas autoras para determinar los datos específicos y característicos del lactante mayor, para la elaboración de los diagnósticos de enfermería para proponer un plan de intervenciones de enfermería y así poder evaluar los resultados.

4.1.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN. En el estudio realizado fue el paciente y su mamá.

FUENTE SECUNDARIA DE INFORMACIÓN.

El expediente clínico. El cuál permitió ver las prescripciones médicas, evolución del estado de salud, exámenes de laboratorio y gabinete realizados, registros médicos y de otros profesionales, terapéuticas empleadas.

Familiares del paciente. La familia es la que proporciona la información necesaria del paciente.

Profesionales de la salud. Permite el intercambio de información del estado de salud del paciente.

Investigación Bibliográfica. Se realizó la investigación en bibliotecas del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Nacional de Pediatría, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, tratando de recabar la información de 10 años atrás.

Internet. Buscando información de enfermería referente al tema.

4.1.3 METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El método utilizado para el presente estudio de caso es el Proceso Atención de Enfermería enfocado en el Modelo de Virginia Henderson. Para la valoración de las 14 necesidades se aplicó el método clínico, empleando la historia clínica de enfermería, mediante la observación, la entrevista y la exploración física obteniendo datos objetivos y subjetivos.

La observación, se realizó mediante la utilización de los 5 sentidos, visualizando al paciente en actitudes y entorno (unidad del paciente).

La entrevista en primera instancia fue dirigida a las necesidades no satisfechas del paciente y posteriormente en una segunda instancia fue no dirigida, ya que se le permitió al familiar (mamá) expresar sus sentimientos con relación al problema de salud del paciente.

La valoración física se realiza de forma cefalocaudal, utilizando las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, así mismo se tomaron los standard de talla y peso en base a las tablas del I. N. P.

Las valoraciones realizadas fueron 14 intrahospitalarias y un seguimiento en domicilio, haciendo un total de 15, las cuales se registraron en un anecdotario.

4.1.4 INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO DE DATOS

El instrumento que sé utilizo fue la Historia Clínica de enfermería proporcionada por la División de Posgrado de Enfermería Infantil, basada en las necesidades básicas del niño de 0-5 años y contiene los siguientes apartados:

- I. Datos demográficos. Contiene datos de identificación del niño, padres y del servicio donde es atendido.

- II. Familia. Constituido por datos de antecedentes de salud familiares, así como características de la vivienda, tipo, servicios con los que cuenta, mapa y descripción familiar.

III. **Orientación.** Con datos de normas de hospitalización y estado de salud del paciente.

IV. **Antecedentes Individuales.** Este apartado incluye los antecedentes perinatales y la valoración de las 14 necesidades básicas para la evaluación del grado de dependencia o independencia, con un análisis global de los datos objetivos y subjetivos obtenidos.

V. **Jerarquía de las Necesidades.** Es un cuadro en donde se realiza la evaluación de las necesidades identificando grados de dependencia e independencia, las causas de la dificultad, las fortalezas y las debilidades del paciente y su familia.

VI. **Jerarquía de los diagnósticos de enfermería.** Se ordenan por prioridad los diagnósticos detectados.

VII. **Plan de atención de enfermería.** Es un formato constituido por varias columnas en donde se registran los diagnósticos de enfermería, objetivos, intervenciones, fundamentación teórica de las intervenciones y la evaluación de las mismas.

VIII. **Plan de alta.** Establecido para una orientación ordenada sobre las actividades que el paciente o familiar debe realizar acerca de su higiene, alimentación, medicamentos indicaciones específicas, registro de signos y síntomas de alarma.

4.1.4.1. Historia Clínica

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

ENFERMERÍA INFANTIL

VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN LOS MENORES DE 0-5 AÑOS

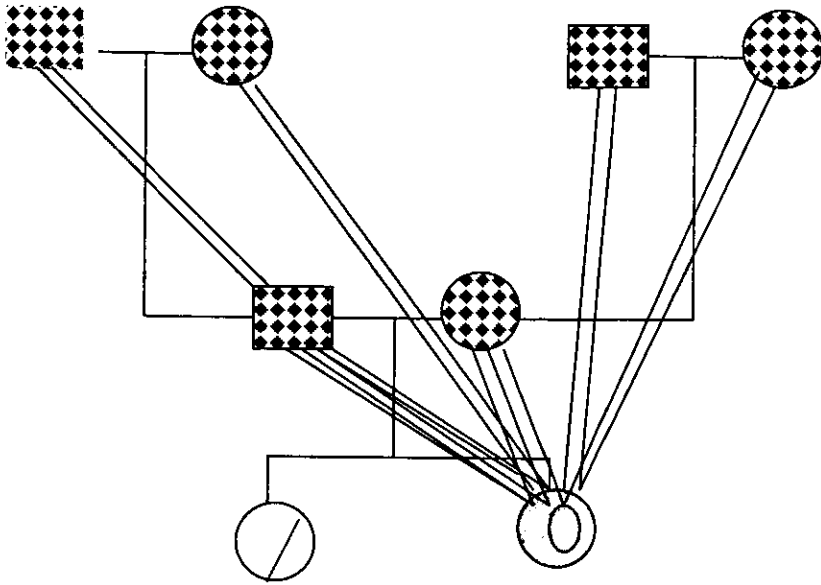
I DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: A. G. R. Fecha de nacimiento: 6-Agosto-96 Sexo: Femenino
Edad: 3 años 9 meses. No. de expediente:
Procedencia: Edo. De México. Nombre del padre: Fernando Avila Urbina. Edad del padre: 30 años
Nombre de la madre: Theodora González Valeriano Edad de la madre: 35 años
Fecha de revisión: 24-04-00 Escolaridad del padre: 2º De Secundaria Madre: Primaria
Hora: 11:00 Hrs. Religión : Cristiana La información es proporcionada por: La mamá
Domicilio : Calle orquídea #223, col. Las Flores, Nezahualcoyotl, Edo. De México.
Teléfono: No tiene teléfono.
Diagnóstico médico: Fibrosis Quística (Recaída) Sede: I.N.P. Servicio: Cardiótorax







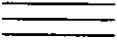
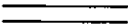
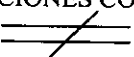
II FAMILIA

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: Abuelo paterno con GOTA de varios años ignora cuantos. Abuela paterna con H.T.A. y Bronconeumonías recurrentes. Padre con problema cardiaco no sabe con exactitud y esta en tratamiento por Oftalmología también desconoce causa. Madre aparentemente sana. Ambos padres portadores de FQ, Hermana fallecida a los 2 años 4 meses, por paro cardiopulmonario secundario a GEPI.
Características de la vivienda: Propia: X Rentada: No Tipo de construcción: De concreto.
Servicios intradomiciliarios: Cuenta con todos los servicios de drenaje, agua y luz. Ocasionalmente tiene problemas con el agua. Disposición de excretas: Drenaje
Descripción de la vivienda: Cuenta con 1 recamara, cocina, sala y baño completo. Aunque refiere que viven con sus suegros en donde están con 17 personas.

MAPA FAMILIAR



SIMBOLOS

			
HOMBRE	MUJER	PACIENTE	PROBLEMA
		RELACIONES FUERTES	
FALLECIMIENTO			
	RELACIONES DEBILES	RELACIONES CON ESTRES	
			

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

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESC.	RELACIONES AFECTIVAS	ENFERMEDAD
Aurora Urbina	?	Fem.	-	Abuela Paterna	H.T.A.
Fidel Avila	?	Masc.	-	Abuelo " "	GOTA
Theodora González Valeriano	35	Fem.	Primaria	Madre	Portador FQ
Fernando Avila Urbina	30	Masc.	Sec.	Padre	Cardiopatía
Andrea Avila González	?	Fem.	-	Hermana	Fallecida
Raquel Avila González	3 9/12	Fem.	-	Paciente	Paciente

DESCRIPCION

Se trata de familia extensa que funciona como familia nuclear, de nivel socioeconómico bajo, en la casa habitan 17 personas en una casa grande, y el familiar hace mucho hincapié que ellos tienen su espacio bien distribuido y espacioso con entrada y salida independientes para su familia, todo lo tiene acondicionado para la paciente. Con tanque de oxígeno, aspirador y cama especial. El papá estudio hasta segundo grado de secundaria y actualmente se dedica a su negocio propio que es confección de ropa de vestir para dama, lo inicio este año, la mamá no trabaja se dedica al cuidado de la paciente. Menciona que tuvo otra hija la cual falleció también por problemas respiratorios a la edad de 2 años 4 meses, ellos superaron la pérdida y decidieron tener otro hijo, como pareja tiene mucha comunicación y las decisiones generalmente la toman en conjunto, ellos se apoyan mucho en la familia y en la religión. Comenta que ellos han logrado salir adelante porque han recibido el apoyo de amigos y familiares. Y en cuanto a la expresión de los sentimientos comenta que su esposo es más expresivo se nota cuando esta contento, enojado o triste. Y que ella es todo lo contrario no refleja fácilmente lo que siente.

III ORIENTACION

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

Horario de visita: Sí Sala de espera: Sí Normas sobre barandales: Sí Permanencia en el servicio Sí Informes sobre el estado de salud del niño: A veces Horario de cafetería: Sí Servicio religioso: Sí Restricciones en la visita: A veces dependiendo del estado de salud de su hija

IV ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso del niño al nacer: 2.950grs Talla al nacer: ¿ Lloró al nacer: Sí Respiró al nacer: Sí Se realizaron maniobras de resusitación: No Motivo de la hospitalización: Recaída pulmonar Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño: No El niño es alérgico: No Que dificultad presenta el niño: Para satisfacer sus necesidades básicas: Falta de fuerza, falta de conocimiento. Vacunación: No cuenta con esquema de vacunación

1. - ALIMENTACIÓN

El niño es alimentado con: Leche materna: Sí con que frecuencia: siempre que el niño pedía. Cantidad: Hasta que quedara satisfecho. Dificultad: Empezó con problemas de regurgitación y problemas de digestión.

Tipo de alimentos: En puré: Sí Licuados: Sí ¿come solo? : No ¿Con ayuda? Sí ¿Con quien come? : Con su mamá Lugar: En la cama Cuales son sus alimentos preferidos: Pollo y frutas Que alimentos rechaza: Verduras Dieta especial: Sí, los alimentos indicados por el médico Alergias alimentarias: No

NOTA: La paciente antes de su ingreso al hospital comía alimentos por su boca en puré y por sonda alimentos licuados.

2. - ELIMINACIÓN

Evacuaciones: Sí Orina: Sí En el pañal: Sí Consistencia de las heces: Formadas: No Pastosas: Sí Blanda: No Color: Amarilla: Sí Verde: A veces Café: A veces Negra: No Blanca: No Olor: Acida: No Fétida: Sí Otros: No Dolor al evacuar: No Orina: Color: Amarillo-café Olor: Suigeneris Con sangre: Microscópicamente No Sedimento: Sí Pus: No Otros: Se le realizan urocultivos y examen general de orina Descripción de genitales: Tanner I, enrojecimiento y descamación. Sudoración : Al presentar insuficiencia respiratoria.

3.- OXIGENACIÓN

Somatometria: Peso: 6100 grs. Talla: 75 cm Perímetros: Cefálico: 42 cm. Abdominal: 42cm Torácico: 44cm Braquial: 11cm Signos vitales: Tensión arterial: 90-60 Frecuencia cardíaca: 148xmin Pulso: Regular: Sí Irregular: No Respiración: 38xmin. Regular: Sí Irregular: No Aleteo nasal: Sí Retracción Xifoidea: Sí Disociación Toraco-abdominal: No Ruidos respiratorios: estertores y sibilancias bilaterales Humidificación y oxigenación: Micronebulizaciones con broncodilatadores y nebulización continua FiO2 80-90% Tiene dificultad para respirar: Cuando come: Sí Camina: Nunca ha caminado Otros: Cuando tiene fiebre Coloración de la piel: Color: Acrocianosis Integridad: Cicatriz de piloroplastia, estoma de gastrostomía, 3 cicatrices de venodisección, e innumerables sitio de venopunción Diaforesis: No Petequias: No Excoriaciones: Area perianal

4.-REPOSO-SUEÑO

Horas de sueño: 6 hrs Que costumbres tiene antes de dormir: Con juguete: No Con luz: A media luz Con música: A veces durante el día Cubierto con alguna manta: Solo cuando hace frío Otras costumbres: Agarrada de la mano de los padres Despierta por las noches: No Tiene pesadillas: No Duerme siesta: Sí En que horario: No hay un horario específico Valoración neurológica: Actividad: Activo: No Letárgico: No Tranquilo: Sí Respuesta a estímulos: Sí Movimientos simétricos: Sí Respuesta pupilar: Presente NOTA: cuando se encuentra bien, no duerme siesta durante el día, juega mucho con su papá.

5. -VESTIDO

Condiciones de la ropa de vestir: No tiene ropa en el hospital Higiene: A la niña le gusta bañarse mucho (sobre todo cuando esta enferma y tiene fiebre) Costumbres en el cambio de la ropa: Diario y las veces que sea necesario. Tiene ropa necesaria para la hospitalización: Sí, pero ahorita no ha sido necesaria. Se viste solo: No, se viste con ayuda.

6.-TERMORREGULACION

El niño es sensible a los cambios de temperatura: Sí A que hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: Durante la noche.

Cuando tiene fiebre. ¿Cómo se la controla? Generalmente con baño de agua tibia o con medicamento (paracetamol o dipirona).

14. - MOVIMIENTO Y POSTURA

A que edad fijo la mirada: Al mes y medio Siguió objetos con la mirada: Al mes y medio

Se sentó: 2 años 8 meses Se paro: Sin apoyo no se ha parado Caminó: No Salto con un pie: NO Salta alternando los pies: NO Camina con las puntas de los pies: No Camina con los Talones: NO Sobre escaleras: NO Camina solo: No Camina con ayuda: No

Que postura adopta el niño al sentarse: Con espalda recta y las piernas flexionadas en abducción. Al dormir: Decúbito dorsal y lateral. Cambios de posición con ayuda: Solo cuando esta enferma para evitar el esfuerzo.

8.-COMUNICACIÓN

Responde al tacto: Sí Voltea con los sonidos fuertes: Sí Sigue la luz: Sí Hace gestos con algún alimento: Sí A que edad sonríe: Al mes y medio A que edad balbucea: al mes A que edad dijo sus primeras palabras: Al año, en la actualidad tiene un promedio de 40-50 palabras. Quien lo cuida: Su mamá y ocasionalmente el papá Con quien juega: Con su papá Quien habla con el niño: Toda la familia y como se ha hospitalizado en 11 ocasiones con las enfermeras, los médicos. Como considera que es el niño: alegre, tímida. Que hace el niño para consolarse a sí mismo: Nada Que hace usted para consolarlo cuando-hace berrinche: Depende cuando hace berrinche generalmente grita y llora, la abrazo y se calma, pero cuando no me salgo de la habitación.

9.- HIGIENE

Condiciones higiénicas de la piel: La piel esta limpia Hora en la que acostumbra el baño: En las mañanas Frecuencia del baño: Depende, en ocasiones de 2-3 veces al día Cuantas veces al día se cepilla los dientes: 1-2 veces Frecuencia del cambio de ropa: Diario o cada vez que lo necesite.

10. -RECREACION

Al niño le gusta que lo levanten en brazos: Sí La música: Sí
Tienen alguna preferencia por: los juegos: los de peluche Los objetos: No
Animales: No Las personas: Con su papá Juega solo: Sí Con otros niños: Sí
Con adultos: Sí

11. - RELIGION

¿Qué practicas religiosas le gustaría que se respetaran? Hasta ahorita no he tenido problemas con las personas por la religión. Y yo hago lo que la mi religión me indica.

12. -SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Ha consultado usted con otras personas sobre la salud de su hijo: Antes de llegar al hospital, lo lleve con otros médicos y otros hospitales.

Cómo ha programado las visitas en el hospital: Tengo que venir del diario y no importa, ojalá me permitieran estar todo el día con ella.

Describa los miedos con la enfermedad del niño: Estoy ya preparada para lo que venga, el médico ha platicado conmigo de la evolución de la enfermedad.

Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: No Quedarse sin trabajo: No Separación de la pareja: No Enfermedad crónica de un familiar: Si, de mi hija Otros: No Como ha reaccionado la niña ha estos cambios y a su estado de salud: Ella no conoce otra cosa, siempre ha tenido recaídas, siempre ha estado enferma.

Existe la posibilidad que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa:

Aquí en el hospital creo que sí.

El niño toma medicamentos en casa: Sí, Tempra, cada 8 hrs 20 gtas. Por la boca. Enzimas media hora antes de los alimentos 1 cápsula por la boca. Vitaminas 1 cápsula diaria.

13. -APRENDIZAJE

Quien cuida al niño: La mamá En donde: En casa Asiste a la guardería: No

Esta acostumbrado a que lo paseen: Sí ¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? Gritar cuando esta enojada ¿Ha estado hospitalizado antes? Sí ¿Porqué? Siempre son recaídas pulmonares ¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo? Todas las afectaciones que me han explicado el médico y me gustaría saber más.

Señale que tema le gustaría que la enfermera le hablara: prevención de accidentes, sobre lo que tiene mi hija.

14. -REALIZACION

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hija? Qué mejore cada día, estoy consciente de la enfermedad pero no la acepto, espero que encuentren un tratamiento para que viva mucho tiempo.

Su hija participa en los juegos: Sí, le gusta mucho la mímica (Los mimos).

Comparte juguetes: Sí

Hace amistad con otros niños y adultos: Sí, cuando se siente bien.

Imita a su papá, o a usted o algún pariente: No

Otros datos: Algunos datos se modificaron con las subsecuentes valoraciones.



4.1.4.2. TABLAS DE PERCENTILAS UTILIZADAS

2 A 13 AÑOS

SERVICIO:

Cardiotorax

FECHA:

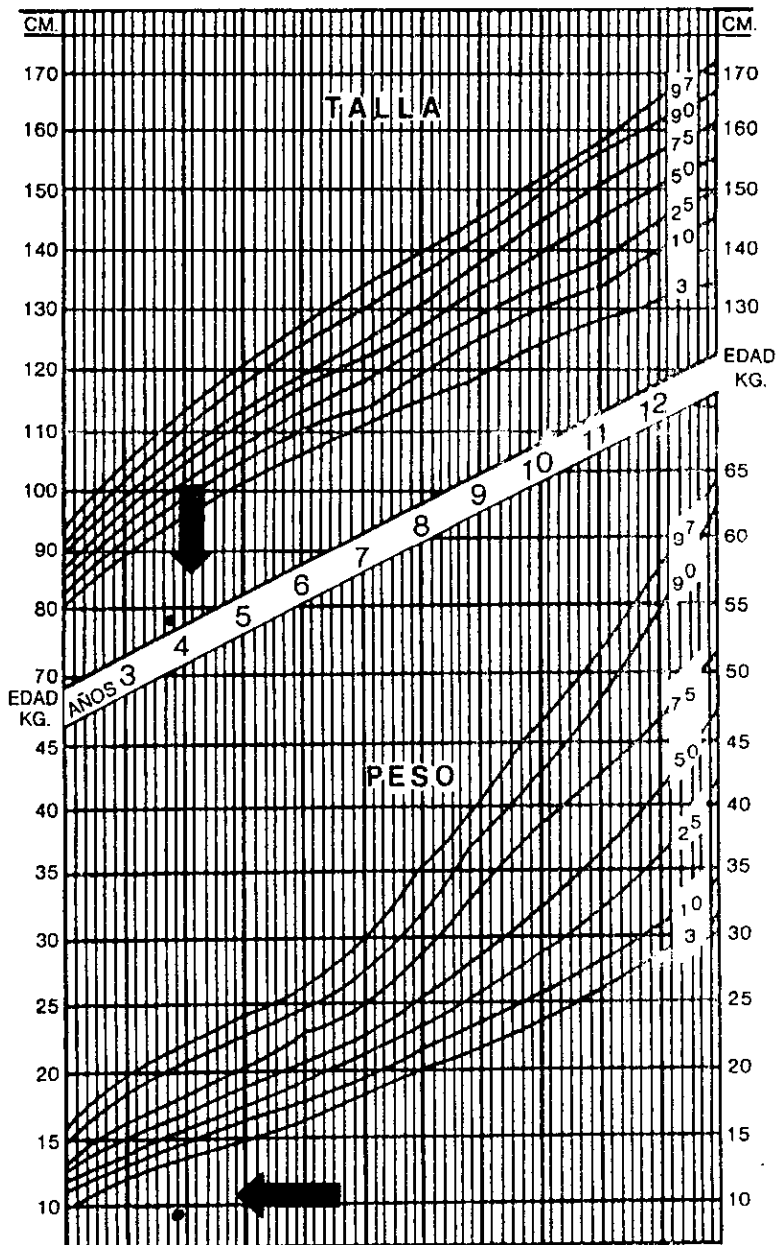
24-04-00

No. HOJA:

1

2 A 13 AÑOS

NIÑAS



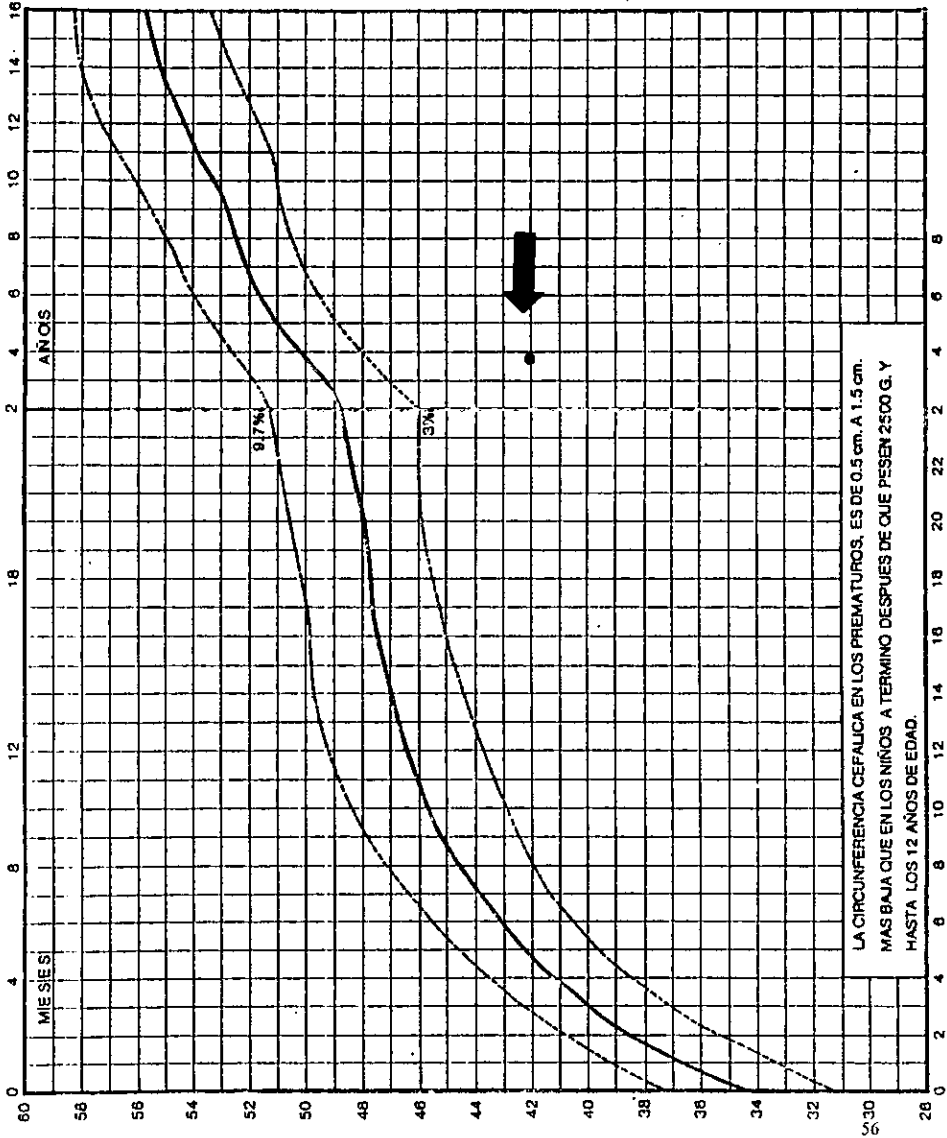


Instituto Nacional de Pediatría

CIRCUNFERENCIA CEFALICA EN NIÑAS

DEPENDENCIA S.S.A. FECHA 24-04-00

SERVICIO Cardíotorax No. HOJA 2



4.1.4.3. Cuadros elaborados de las 14 necesidades.

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DISNEA
<ul style="list-style-type: none"> * Respirar libre por nariz * Ritmo respiratorio regular Frecuencia Respiratoria 2 Años 25-35/Min. * Amplitud respiratoria: Profunda y superficial. Respiración diafragmática: Niño y Hombre. Ruidos respiratorios: Respiración silenciosa * Frecuencia Cardíaca: * Color de piel, mucosas y faneras: Rosadas. * Reflejo de la tos presente. * Mucosidades en pequeña cantidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Respiración libre por la nariz. * Ritmo irregular. * Frecuencia respiratoria 38/Min. * Disociación toraco-abdominal. * Ruidos respiratorios: estertores y sibilancias bilaterales. * Frecuencia cardíaca: 148/Min. * Acrocianosis. * Reflejo de la tos presente. * Presencia de mucosidad verde-amarillenta en regular cantidad.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

2. - NECESIDAD DE BEBER Y COMER

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<ul style="list-style-type: none"> * Condición de la boca: 1. Dientes blancos, alineados. 2. Lengua rosada y húmeda 3. Encías rosadas y adheridas a los dientes. * Masticación lenta. * Reflejo de deglución. * Hábitos alimenticios 1. # Comidas al día. 2. Duración de cada comida de 30-45 min. 3. Hidratación: ingesta diaria de # de calorías. 	<ul style="list-style-type: none"> * Condiciones de la boca: 1. Caries dental de 2 pzas. 2. Mucosa oral cianótica y semihúmeda. 3. Halitosis. * Masticación lenta. * Reflejo de la deglución presente. * Hábitos alimenticios. 1. 4 comidas al día. 2. Duración de 45 a 60 Min. La paciente se le suministraba la dieta por sonda de gastrostomía. * Hidratación: ingesta de 1200 cal.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

3. - NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	RETENCIÓN URINARIA
<p>* Orina: Color: Paja, ámbar, Transparente. Olor: aromática débil. pH de 4.5 a 7.5 (ligeramente ácida). Densidad: 1.010 a 1.025 Cantidad: de 500 a 1200/día mal. Frecuencia: 4-8 veces Día. * Evacuación: Color: Niño- Marrón</p> <p>Consistencia: Blanda Frecuencia: de 1- 3 veces por día. Sudor: Cantidad: Mínima Olor: Variable según la alimentación, clima y condiciones higiénicas. Aire espirado: Evaporación de agua a través de la espiración.</p>	<p>* Orina: Color: ámbar. Olor: aromática débil. pH. 7.0 Densidad 1015. Cantidad: 1200/1500 ml día. Sondeo vesical.</p> <p>* Evacuación: Color: Amarilla y café algunas veces. Posteriormente fueron grasientas. Consistencia: pastosa. Frecuencia: 4 veces al día y posteriormente 1-2 veces al día. Sudor: AL presentar insuficiencia respiratoria. Olor. En ocasiones fétidas.</p>

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

4. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	INMOVILIDAD
<p>Postura adecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> * De pie: cabeza recta sin flexionar. Espalda recta. Brazos a los lados. Caderas y piernas derechas. Pies en ángulo recto con las piernas. * Sentado: Cabeza recta. Espalda recta. Brazos apoyados. Muslos en posición horizontal. Pies en suelo o en un banco. * Acostado: Dorso lateral o ventral. <p>Movimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tipos: abducción, aducción, circunducción, eversión, extensión, flexión, hiperextensión, inversión, rotación, supinación. * Ejercicios: activos, pasivos, de resistencia. * Características: coordinados, armoniosos, completos. * Ejecución: Levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, correr, agacharse, arrodillarse, estirarse. 	<p>Postura adecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> * De pie: El paciente no camina. Presenta debilidad muscular y posteriormente se mantiene bajo sedación y relajación. * Sentado. En un principio espalda recta y las piernas flexionadas en abducción. Posteriormente en fowler y semifowler. * Acostado. Dorsal, lateral izquierdo y derecho. <p>Movimientos: en un principio eran coordinados, armoniosos, eran ejercicios activos y posteriormente fueron pasivos. La paciente sin apoyo no se paró ni camino. Posteriormente por la debilidad muscular y la insuficiencia respiratoria. el paciente permaneció acostado.</p>

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

5. - NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<ul style="list-style-type: none"> * Sueño Cantidad: 3 años 10-14 Horas Calidad: Reparador: Tranquilo, sin pesadillas, sin interrupción. * Periodos de reposo: Los necesarios. * Medios utilizados para descansar y tranquilizarse: Ocio, pasatiempos y siesta. 	<ul style="list-style-type: none"> * La Cantidad y la calidad del sueño no fueron adecuadas para la edad. Y este sueño era interrumpido por la dificultad respiratoria de la paciente. * Los periodos de reposo, no eran los necesarios por la misma insuficiencia respiratoria.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

6. - NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<ul style="list-style-type: none"> * Selección: de acuerdo a las circunstancias. * Tipo de ropa: apropiada al clima. * Limpieza de la ropa. * Llevar objetos significativos (Objetos religiosos) * Capacidad para vestirse y desvestirse: saca el brazo y la pierna para ayudará vestirse. 	<ul style="list-style-type: none"> * Esta necesidad solo se vio alterada en el monitoreo hemodinámico.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

7. - NECESIDAD DE TERMORREGULACION

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA HIPERTERMIAS
Grados de temperatura corporal: * 3 años. 36.5 – 37.2 * Piel: Coloración rosada. * Temperatura Tibia. * Transpiración mínima * Sensación de bienestar frente al calor y al frío. * Temperatura ambiental recomendada: de 18.3 a 25°C.	Grados de temperatura corporal: * 38-39°C. * Piel: Coloración cianótica. * Temperatura: caliente. * Sudoración profusa. * La temperatura ambiental fue la adecuada.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

8. – NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<ul style="list-style-type: none"> * Cabellos: limpios, cepillado diario, brillante, elástico, distribuido uniformemente, sedoso. * Orejas: Limpieza diaria, escaso cerumen, configuración. * Nariz: limpieza diaria, mucosa hidratadas, sin exceso de secreciones. * Ojos: Limpieza diaria, y ausencia de secreciones. * Boca: Limpieza 3 veces al día, mucosa húmeda, rosada, ausencia de lesiones. Aliento. * Dientes: Blancos, configuración, limpieza 3 veces al día, brillantes. <p>PIEL Limpia, intacta, sin inflamación, turgencia, lisa, suave, flexibilidad, coloración rosada, grado de humedad (transpiración y olor)</p> <p>UÑAS Longitud (cortas) Limpias, suaves, de coloración rosada.</p> <p>HABITOS DE ASEO Baño diario, aseo de cavidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Cabellos: opaco, quebradizo. * Limpieza diaria, bien configuradas y con escaso cerumen. * Con secreciones hialinas. * Simétricos y con ausencia de secreciones. * Boca: halitosis. * Caries dental 2 pzas. <p>Reseca, acrocianosis (presentó enrojecimiento y laceración de mucosa oral por la cánula orotraqueal)</p> <p>Débiles y quebradizas, cianóticas.</p> <p>Diario.</p>

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<ul style="list-style-type: none"> * Seguridad Física: medidas de prevención de accidentes de infecciones, de enfermedades y de agresiones del medio. * Seguridad psicológica: medidas de reposo, de relajación y de control de las emociones. Utilización de mecanismos de defensa según las situaciones. Práctica de una religión. * Seguridad sociológica: salubridad de medio 	<ul style="list-style-type: none"> * Paciente que se encuentra hospitalizado, y por tanto existe el riesgo de infecciones. * La familia práctica la religión cristiana y reciben apoyo del grupo religioso al cual pertenecen. * El medio hospitalario esta sensibilizado con este tipo de pacientes.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

10. - NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
DEFICIT	
<ul style="list-style-type: none"> * Factores biológicos: funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos; agudeza visual y auditiva, finesa del olfato y del gusto sensibilidad táctil. * Capacidad verbal: fácil, ritmo moderado y lenguaje claro y preciso. * Expresión no verbal: movimientos, posición y gestos de las manos, cara expresiva, mirada significativa. * Mecanismos sensoriales adecuados. <p>Factores Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Facilidad de expresión de las necesidades. * Expresión clara del pensamiento. * Expresión de los pensamientos por el tacto. * Actitud de receptividad y de confianza en los demás. * Búsqueda de la atención del afecto en los demás. * Utilización adecuada de los mecanismos de defensa. * Espacio vital individual de comunicación. <p>Factores sociológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Establecimiento de relaciones armónicas en la familia y en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> * Funcionamiento Adecuado de los órganos de los sentidos. * Capacidad verbal de acuerdo a la edad manejo de vocabulario escaso. * Manejo de gesticulaciones. * Los mecanismos sensoriales se fueron alterando por la cronicidad de la enfermedad. * Las relaciones fueron armónicas con la familia y en el hospital.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

11. - NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

INDICADORES
INDEPENDENCIA
<p>Pertenencia a un grupo religioso o humanitario.</p> <p>Tiempo de plegaria y meditación.</p>

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

12. - NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<p>* De orden biológico: funcionamiento óptimo de las funciones fisiológicas de acuerdo a la constitución del individuo.</p>	<p>* Las funciones fisiológicas están alteradas.</p>
<p>* De orden psicológico: manifestación de alegría y felicidad.</p>	<p>* Las manifestaciones de alegría fueron en muy pocas ocasiones.</p>
<p>* De orden sociológico: Comportamientos lúdicos, relacionados a su estado de desarrollo.</p>	<p>* Sus comportamientos de juego debido a la cronicidad de la enfermedad no fueron acordes con la edad.</p>

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

13. -NECESIDAD DE RECREACION.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<p>Actividades recreativas (solo o en grupo)</p> <p>Juego: comportamientos lúdicos a su estado de desarrollo (efecto de las actividades recreativas: placer; Sonrisas, risas gritos de alegría y jugueteos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Por la insuficiencia respiratoria y la dependencia al oxígeno juega la mayor parte del tiempo sola. * Sonríe muy poco

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

14. - NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

INDICADORES
INDEPENDENCIA
Expresión de deseo de aprender. Manifestación de interés de aprender. Estado de receptividad. Adquisición de conocimientos.

Cuadro modificado de Riopelle, Grondin, Phaneuf en: Cuidados de Enfermería. 1999.

NOTA. LAS NECESIDADES SE FUERON ALTERANDO CON EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso son los siguientes: a la paciente se le realizaron 14 valoraciones de las cuales emanaron 30 diagnósticos de enfermería con sus respectivos planes de intervención, por lo avanzado de la enfermedad crónica, hubo mejoría relativa de las necesidades que se encontraron no satisfechas.

Esta mejoría relativa, impulso a que se continuará desarrollando el presente estudio de caso con todo el entusiasmo para la obtención de resultados favorables. Desafortunadamente los daños ocasionados a los diferentes sistemas y órganos, no fue posible revertir el resultado final, el deceso de la paciente; por tanto los diagnósticos de enfermería detectados no tienen fecha de resolución.

Se realizó una valoración más, con el familiar en su domicilio, encontrando que su proceso de duelo continúa. La relación de la pareja es muy firme, sus lazos de amor y unión han perseverado. La sugerencia que se les realizó de la adopción de un niño (no pueden tener niños por ser ambos portadores del gen FQ), la tienen muy presente y esperan que en un futuro no muy lejano lo puedan realizar por ser una pareja muy joven.

5.1 JERARQUIA DE NECESIDADES

Necesidad	GRADO		Causa de la dificultad			La dificultad int. C/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Indep.	Dep	F.F	F.C	F.V	SI	NO	
OXIGENACION	-	DT	X	-	-	X	-	<p><u>Debilidades</u> del paciente, ser hijo de padres portadores del gen FQ, siendo una enfermedad con mal pronóstico, ya que no hay un tratamiento específico, aunado a esto el diagnóstico no oportuno y la situación económica (Baja). <u>Debilidades</u> de la familia, situación económica.</p> <p><u>Fortalezas</u> del paciente, pertenecer a una familia integrada, que le proporciona amor y cuidados.</p> <p><u>Fortalezas</u> de la familia, su amor y su religión, así como los deseos y la esperanza que tienen de que su pequeña se cure.</p>
NUTRICION E HIDRATACION	-	DT	X	-	-	X	-	
TERMORREGULACIÓN	-	DT	X	-	-	X	-	
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	-	DT	X	-	-	X	-	
DESCANSO Y SUEÑO	-	DT	X	-	-	X	-	
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	-	DT	X	-	-	X	-	
EVITAR LOS PELIGROS	-	DT	X	-	-	X	-	

Código: Grado de Dependencia
 Total=Dt
 Temporal= Dtm
 Parcial= Dp
 Permanente = Dpr

Causas de la dificultad
 Falta de Fuerza=FF
 Falta de Voluntad= FV
 Falta de Conocimiento=FC.

5.2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Se utilizó el formato **PES**, para la elaboración de los diagnósticos de enfermería reales y el formato **PE** para los potenciales. También se formularon con la etiqueta diagnóstica propuesta por Carpenito (conductas generadoras de salud).

- P. Identificando y describiendo los problemas reales o potenciales de salud del paciente y/o familia, tomando en cuenta que el paciente pediátrico presenta situaciones de riesgo que precisa la intervención de enfermería para evitar que se desarrolle. Se utilizó la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- E. En el cuál se describen los factores fisiológicos, de situación y de maduración, causantes del problema. Para vincular el problema con la etiología se utilizó la expresión relacionado con (R/C).
- S. Signos y síntomas derivadas de la valoración del paciente y/o familia. La etiología se vinculo con los signos y síntomas con la expresión manifestado por (M/P).

Con las valoraciones realizadas se redactaron y detectaron treinta diagnósticos de enfermería, los cuales se incluyen a continuación.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Fecha en la que se identifica	DIAGNOSTICO	Fecha en la que se resuelve.
24-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro del intercambio gaseoso R/C el aumento de la producción de moco M/P estertores y sibilancias. ❖ Patrón respiratorio ineficaz R/C dificultad respiratoria M/P alateo nasal, retracción xifoidea, acrocianosis. ❖ Ansiedad del paciente y su familia R/C la hospitalización y la dificultad respiratoria M/P irritabilidad, angustia y tristeza. ❖ Alteración de la comunicación verbal R/C dificultad respiratoria M/P quejido, gritos, palabras no entendibles. 	

25-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la nutrición R/C una malabsorción de nutrientes M/P disminución de la masa muscular, cabello opaco y quebradizo (Caída), disminución del tejido graso. ❖ Trastorno del crecimiento y desarrollo R/C alimentación por sonda de gastrostomía M/P peso y talla baja, retraso en el desarrollo. ❖ Desarrollo psicomotor alterado R/C disminución de fuerza y resistencia de miembros inferiores M/P deterioro músculo esquelético (no camina). ❖ Riesgo potencial de infección (sepsis) R/C hospitalización prolongada. ❖ Alteración de la comunicación verbal R/C enfermedad crónica M/P vocabulario escaso. 	
26-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la temperatura corporal R/C proceso infeccioso M/P diaforesis, escalofríos y fiebre de 38.5° C. ❖ Dolor R/C proceso obstructivo M/P quejido, cambios en la postura, irritabilidad. 	
27-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la mucosa oral R/C higiene dental inadecuada M/P halitosis, caries dental de 2 piezas. 	
29-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración del patrón del sueño R/C dificultad respiratoria M/P ojeras, facies de cansancio, lapsos cortos de sueño y descanso. 	
2-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de recreación R/C dependencia de oxígeno M/P incapacidad para la actividad física, acrocianosis al mínimo esfuerzo. 	
3-04-00	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración del aprendizaje R/C múltiples hospitalizaciones M/P falta de vocabulario, socialización con otros niños deficiente, no identifica colores, ni figuras. 	

4-05-00	❖ Riesgo de interacción con su medio ambiente R/C hospitalizaciones prolongadas.
16-05-00	❖ Incapacidad para mantener la respiración espontánea R/C mal manejo de secreciones y dependencia al oxígeno M/P necesidad de ventilación mecánica. ❖ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C la humedad y la manipulación del tubo orotraqueal.
17-05-00	❖ Alteración de la eliminación vesical R/C inmovilidad física M/P globo vesical, retención urinaria de 3 hrs, dolor. ❖ Deterioro de la movilidad física R/C las restricciones posturales secundarias a la monitorización hemodinámica, M/P largos periodos de tiempo en una sola posición y causando zonas de presión en región occipital, región dorsal posterior. ❖ Potencial de síndrome de desuso R/C la inmovilidad impuesta. ❖ Alteración de la mucosa oral R/C cánula orotraqueal M/P disminución de la salivación, por la medicación.
19-05-00	❖ Duelo anticipado R/C el conocimiento del curso de la enfermedad M/P llanto, facies de angustia, tristeza. ❖ Alteración de la eliminación fecal R/C mala absorción por falta de enzimas M/P heces grasientas. ❖ Alteración del vestido R/C monitoreo hemodinámico M/P desnudez. ❖ Sufrimiento espiritual R/C enfermedad terminal M/P cambios de actitud y de humor, labilidad emocional. ❖ Conducta generadora de salud R/C la concienciación de la pareja de ser portador del gen F. Q.
17-IX-00	❖ Depresión familiar R/C pérdida (de la Hija) M/P desconsuelo, llanto, pérdida de peso.

- | | | |
|--|--|--|
| | ❖ Conducta generadora de salud R/C afrontamiento eficaz a la pérdida familiar (la hija). | |
|--|--|--|

5.3. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se determinaron los objetivos específicos (resultados esperados) y se planearon las intervenciones de enfermería para lograr oportunamente los resultados esperados, detectar y prevenir nuevos problemas de salud y promover al máximo el bienestar y la independencia.

Posteriormente se ejecutaron las intervenciones planeadas, después se valoró para determinar las respuestas iniciales y se hicieron los cambios necesarios, llevando un registro para controlar los progresos del paciente.

Finalmente se realiza una evaluación de las intervenciones realizadas determinando el logro de los resultados esperados.

Los planes de intervención realizados se encuentran a continuación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICOS	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
❖ Deterioro del intercambio gaseoso R/C el aumento de la producción de moco estertores sibilancias.	El paciente movilizará y eliminará las secreciones bronquiales.	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Realizar la fisioterapia respiratoria cada 4 horas (palmopercusión y drenaje postural durante 30 minutos). ⊗ Administrar oxígeno humidificado mediante mascarilla facial al 60%. ⊗ Valorar el estado respiratorio cada hora: la presencia de disnea, sibilancias, roncus y cianosis 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La percusión y el drenaje postural aumentan la movilización de secreciones.³ ⊗ La humidificación con vapor fresco y templado, humidifica las vías aéreas fluidifica las secreciones y reduce el edema bronquial. ⊗ La valoración frecuente del patrón respiratorio permite anticiparse a las complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La mejora de secreciones alternativas, no elimina las secreciones bronquiales completamente por las secreciones tan espesas por su patología de base.

		<p>☉ Enseñar al paciente a realizar ejercicios de respiración profunda.</p> <p>☉ Administrar: Becotide 2 disparos cada 6 horas. Vía inhalado. Ventolin 2 disparos cada 6 horas. Vía inhalado.</p> <p>☉ Aspiración de secreciones por razón necesaria. (Con la auscultación de campos pulmonares se determina la frecuencia de las aspiraciones, tomando en cuenta que no se debe estimular de manera innecesaria, ya que esto aumentará la producción de secreciones).</p>	<p>☉ Los ejercicios de respiración profunda facilita una mayor expansión pulmonar y por lo tanto un intercambio gaseoso adecuado.⁴</p> <p>☉ Estos agentes broncodilatadores y expectorantes permiten que las secreciones sean más fluidas y facilitan la expansión pulmonar.</p> <p>☉ Puede ser preciso aspirar al niño para mantener la permeabilidad de las vías áreas sobre todo si el niño no expectora las secreciones.</p>	
--	--	--	---	--

<p>❖ Patrón respiratorio ineficaz R/C dificultad respiratoria M/P aleteo nasal, retracción xifoidea, acrocianosis.</p>	<p>Mantener al paciente en reposo.</p> <p>El paciente mejorara su patrón respiratorio.</p>	<p>⊗ Favorecer que el niño pueda tener frecuentes periodos de descanso</p> <p>⊗ Valorar los signos y síntomas que sugieren dificultad respiratoria (disnea, taquipnea, cianosis, retracción xifoidea).</p> <p>⊗ Permitir que el niño adopte una posición confortable.</p> <p>⊗ Mantener la posición de semifowler y con el cuello ligeramente extendido. Hasta que el niño disminuya su dificultad respiratoria.</p>	<p>⊗ Es necesario el reposo frecuente para conservar la energía suficiente y evitar mayores alteraciones respiratorias.</p> <p>⊗ Tal valoración permite determinar la gravedad del proceso y permite prevenir complicaciones de la dificultad respiratoria.⁵</p> <p>⊗ Permitir que el niño adopte la posición que le resulte más cómoda ayuda a reducir su ansiedad y por tanto disminuye el riesgo de un empeoramiento de la dificultad respiratoria.</p> <p>⊗ La posición de semifowler mantiene abiertas las vías aéreas y facilita la respiración, disminuyendo la presión sobre el diafragma.</p>	<p>⊗ Su patrón respiratorio mejora con las intervenciones tomadas, pero no se pudo limitar el daño progresivo y finalmente se aunaron complicaciones del aparato respiratorio irreversibles.</p>
--	--	--	---	--

<p>❖ Ansiedad del paciente y su familia, R/C la hospitalización y la</p>	<p>El paciente y su familia, disminuirán su ansiedad.</p>	<p>☉ Favorecer la tranquilidad del niño, realizando las intervenciones de enfermería explicando cada una de ellas.</p> <p>☉ Monitorizar la saturación de oxígeno, por medio de un oxímetro 2 veces por turno.</p> <p>☉ Administrar oxígeno por medio de nebulizador a 60% continuo.</p> <p>☉ Valorar el grado de conocimiento y de comprensión de los padres sobre la enfermedad de su</p>	<p>☉ Cuando se explica el motivo de las intervenciones se disminuye la ansiedad y el estrés.</p> <p>☉ Es importante controlar la saturación de oxígeno debido a que el centro de control respiratorio de la niña se agota fácilmente por el acúmulo de secreciones a nivel bronquioalveolar (los niveles de saturación deberán ser superiores al 90%). Este punto es muy importante para el preescolar que a menudo respira de forma irregular.⁶</p> <p>☉ Este nivel de oxígeno reduce el riesgo de alteración marcada de la vía aérea.</p> <p>☉ Tal valoración sirve como base para empezar a explicar la patología del niño.</p>	<p>☉ No se puede evaluar el grado de ansiedad del</p>
--	---	--	---	---

<p>dificultad respiratoria M/P irritabilidad, angustia y tristeza.</p>		<p>hijo y sobre el tratamiento prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Explicarles la enfermedad que tiene su hijo, así como los estudios y tratamientos que se llevan a cabo. ☉ Proporcionar a los padres apoyo emocional (espacio y tiempo para que exterioricen sus preocupaciones) durante el periodo de hospitalización ☉ Permitir que los familiares expresen su miedo(ganando su confianza y dialogando las cosas importantes de su vida). 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Puede disminuirse la ansiedad creada por el desconocimiento y falta de comprensión del proceso si se les explica que problema tiene su hijo en el transcurso de la hospitalización comentando con ellos la evolución a lo largo del tiempo que dure la hospitalización. ☉ La hospitalización origina una situación familiar crítica. Saber escuchar las preocupaciones e inquietudes de los padres les ayudara a tolerar mejor la situación. ☉ El hecho de que la persona exprese su sentir con respecto el miedo disminuirá el estado de estrés y de angustia y facilitará su apoyo durante el tratamiento del paciente. 	<p>paciente por su deterioro progresivo, pero la familia disminuyó la ansiedad por su actitud ante la situación de salud de su hijo.</p>
--	--	--	---	--

		<p>☉ Animar a los padres para que participen activamente en el plan de cuidados de su hija. Se le proporciono artículos para padres con el mismo problema de salud, además de enseñar y demostrar los cuidados a realizar como aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, ejercicios pasivos de extremidades.</p> <p>☉ Dar tiempo a los padres y al enfermo para que desahoguen sus sentimientos y pensamientos relacionados con las dudas sobre el tratamiento de su hija.</p>	<p>☉ La participación favorecerá el binomio padres-hijos y ayudará a disminuir los temores que se generen por la imposibilidad de poder interactuar con su hijo.</p> <p>☉ El brindar el tiempo de desahogo favorecerá el desprendimiento de sus sentimientos y preocupaciones que los aquejan, teniendo como consecuencia una tranquilidad.</p>	
--	--	--	---	--

<p>❖ Alteración de la comunicación verbal dificultad respiratoria, quejido, palabras entendibles.</p> <p>R/C</p> <p>M/P gritos, no</p>	<p>Favorecer la comunicación para disminuir la dificultad respiratoria.</p> <p>Enseñar a los familiares y paciente a comunicarse no verbalmente.</p>	<p>⊗ Permitir que los padres y la paciente se relacionen con otros enfermos con experiencias similares. La paciente tuvo contacto con la asociación de F.Q., además de convivir en el mismo servicio con otros pacientes.</p> <p>⊗ Evitar la comunicación verbal en la medida de lo posible por parte de la paciente.</p> <p>⊗ Favorecer la comunicación no verbal.</p> <p>⊗ Ayudar a los familiares a comunicarse por medio de gestos, movimientos corporales y apariencias físicas, incluyendo el adorno.</p> <p>⊗ Evitar el llanto de la paciente, utilizando técnicas de distracción,</p>	<p>⊗ Esto favorecerá el desahogo con gente en circunstancias similares y les ayudará a aceptar la situación.</p> <p>⊗ La comunicación verbal implica un esfuerzo y por lo tanto afecta el patrón respiratorio.</p> <p>⊗ Este tipo de comunicación nos ayuda a transmitir información sobre lo que esta sintiendo la persona, lo que esta pidiendo y lo que necesita, sin necesidad de realizar un esfuerzo y altere su patrón respiratorio.</p> <p>⊗ El llanto es una manera de comunicarse para exteriorizar una necesidad no satisfecha.</p>	<p>⊗ Utilizando otros métodos alternativos de comunicación, disminuye considerablemente la dificultad respiratoria, aunada a un relajamiento y descanso efectivo.</p>
--	--	---	--	---

<p>❖ Alteración de la nutrición R/C una malabsorción de nutrientes M/P disminución de la masa muscular, un crecimiento escaso y retraso en la maduración.</p>	<p>Mejorar el aporte nutricio de la paciente</p>	<p>actitudes afectivas, conversando con la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Emplear términos exactos por parte del equipo multidisciplinario al dirigirse a la niña. (Utilizando también el lenguaje no verbal.) ☉ Pesar al niño diariamente por la mañana, a la misma hora y en ayunas. ☉ Ministras enzimas pancreáticas antes de las comidas y de los suplementos. ☉ Ministras los suplementos vitamínicos con horario. 	<p>Siendo el llanto un medio de comunicación y una respuesta refleja a la presión del aire, evitarlo favorece la respiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Esto favorecerá y ayudará a la niña a expresar sus necesidades, sin necesidad de hacer uso de la palabra utilizando señas, gestos, manoteos, etc. ☉ Esta medida ayuda en la valoración de su estado nutricional. ☉ Las enzimas pancreáticas facilitan la digestión permitiendo una mejor absorción de nutrientes.^k ☉ La malaabsorción esta asociada con una inadecuada absorción de vitaminas liposolubles. La 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Durante la estancia hospitalaria de la paciente, no hubo aumento de peso, a pesar de las intervenciones realizadas.
---	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Aportar una dieta rica en calorías, proteínas e hidratos de carbono. ☉ Ministran la dieta por sonda de gastrostomía con una duración de 1 hora. ☉ Reposo al aparato digestivo por lo menos durante 3 hrs. ☉ Medición del perímetro abdominal antes y después de administrar la dieta. ☉ Lavar la sonda después de que termine de pasar la 	<p>administración de estas deficiencias ayudará a una mejor absorción de los nutrientes ingeridos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Este tipo de dieta restituirá los nutrientes perdidos a través del aparato gastrointestinal por la mala absorción. ☉ El ministran la dieta por este medio disminuirá el riesgo de broncoaspiración causada por la dificultad respiratoria. Y el administrarla en el tiempo de 1 hora evitará la distensión abdominal y alteraciones gastrointestinales. ☉ Esto favorecerá la absorción de nutrientes y evitará distensión abdominal. ☉ Permite valorar la distensión abdominal. ☉ Esto impedirá que el alimento se adhiera a la sonda 	
--	--	---	--	--

<p>❖ Trastorno del crecimiento y desarrollo alimentación por sonda de gastrostomía M/P peso y talla baja.</p>	<p>Mejorar el crecimiento y desarrollo del niño.</p>	<p>dieta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Elevar la cabecera de la cama de 30 – 45° durante la alimentación y 1 hora después. ☉ Pesar al niño el día de su ingreso. ☉ Valorar el crecimiento y desarrollo del niño mediante gráficas de crecimiento y desarrollo apropiadas para su edad (gráficas del INP). ☉ Observar la relación de los padres con el niño, lo que incluye el establecimiento del contacto visual y la capacidad de manejo y comunicación entre los padres y el niño. 	<p>obstruyéndola</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ La elevación de la parte superior del cuerpo previene el reflujo mediante el uso de la gravedad inversa. ☉ Es preciso disponer de un peso de partida, para poder evaluar los progresos durante la hospitalización. ☉ Es necesario realizar esta valoración para medir el nivel de desarrollo del paciente en relación con otros niños de su edad. ☉ Comprobar que no existe una relación apropiada entre el niño y sus padres que puede poner de manifiesto la incapacidad de los padres para crear vínculos emocionales y que puede ser la causa de retraso en el crecimiento y desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ La paciente cuando ingresa al hospital se le suspende la vía oral por la dificultad respiratoria, en su hogar ingería gran parte de los alimentos por esta vía. Al cambiarse la alimentación, hay una detención de este porque no aumenta en el tiempo de estancia hospitalaria y su desarrollo no continua por la evolución de su padecimiento.
---	--	---	--	--

<p>❖ Desarrollo psicomotor alterado R/C disminución de fuerza y resistencia de miembros inferiores M/P deterioro musculoesquelético (no camina)</p>	<p>Evitar el progreso del deterioro muscular esquelético.</p>	<p>⊗ Determinar el estado neurológico y cardiovascular del niño.</p> <p>⊗ Realizar evaluaciones de la alimentación como: Establecer un horario de alimentación, proporcionar un ambiente tranquilo para el niño y crear confianza.</p> <p>⊗ Pesar al niño cada día, controlando con detalle la ingesta y las pérdidas de peso.</p> <p>⊗ Enseñar ha efectuar ejercicios de movilidad de miembros afectados.</p>	<p>⊗ Esto permitirá determinar si el retraso se debe a causas fisiológicas.</p> <p>⊗ Las valoraciones sucesivas permiten determinar si hay dificultades en la alimentación y el establecimiento de horario y ambiente adecuado ayudan ha crear vínculos y relaciones de confianza que pueden corregir el retraso de crecimiento y desarrollo.</p> <p>⊗ El control de peso diario permite una evaluación directa de su estado nutricional.</p> <p>⊗ El conocimiento de la importancia de la movilidad de los miembros afectados ayudara ha disminuir la atrofia muscular.</p>	<p>⊗ Hubo una leve mejoría, aunque posteriormente no se pudo evaluar por la intubación y deceso de la paciente.</p>
---	---	--	--	---

<p>❖ Riesgo potencial de infección (sepsis) R/C hospitalización prolongada.</p>	<p>Valorar los factores de riesgo para tomar las medidas preventivas adecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Realizar ejercicios pasivos en los miembros afectados. Haciéndolos lentamente y progresando gradualmente, de movilidad activa hasta actividades funcionales. ⊗ Manejo del paciente tomando en cuenta las medidas universales. ⊗ Indicar las precauciones de aislamiento respiratorio adecuado. ⊗ Evitar la exposición de la paciente con pacientes infectocontagiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Con la asesoría del servicio del Medicina Física y Rehabilitación, se proporcionarán los ejercicios adecuados gradualmente evitando así alguna luxación o fractura, hasta llegar a la movilidad íntegra del miembro afectado. ⊗ Estas medidas disminuyen el riesgo de infecciones intrahospitalarias. ⊗ El aislamiento respiratorio esta justificado en este tipo de pacientes ya que comparten la hospitalización con 5 pacientes más. ⊗ Por la susceptibilidad que tienen los pacientes con fibrosis y sus alteraciones inmunológicas evitar el contacto con estos pacientes disminuirá el riesgo de 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ A pesar de las medidas tomadas, no se pueden combatir a las bacterias que colonizaron el aparato respiratorio por la resistencia a los antibióticos.
---	---	---	---	--

<p>❖ Alteración de la comunicación verbal R/C enfermedad crónica M/P vocabulario escaso.</p>	<p>Utilizar métodos alternativos de comunicación.</p>	<p>☉ Utilizar los factores que promueven la capacidad de oír y entender: hablar con claridad, Reducir al mínimo los ruidos innecesarios repetir si el mensaje no esta claro usar el tacto y los gestos para mejorar la comunicación, hacercarse a la persona donde tiene mejor audición.</p> <p>☉ Proporcionar métodos alternativos de comunicación como: Usar papel y un lápiz, dibujos, frases usadas con frecuencia como (agua baño etc.) animar a que el paciente use gestos y mimica.</p>	<p>infeción.</p> <p>☉ Cada una de estas características promueve la recepción del mensaje favoreciendo así una buena comunicación.</p> <p>☉ El uso de una forma de comunicación alternativa puede ayudar a disminuir la ansiedad y los sentimientos de aislamiento y separación, promover una sensación de control sobre la situación y fomentar la seguridad.</p>	<p>☉ Aprendió a utilizar otros métodos de comunicación. Como abrir y cerrar los ojos.</p>
<p>❖ Alteración de la temperatura corporal R/C proceso infeccioso M/P diaforesis</p>	<p>Mantener la eutermia del paciente.</p>	<p>☉ Mantener fresco el ambiente.</p>	<p>☉ El mantener un ambiente fresco ayuda ha disminuir la temperatura corporal, debido a las perdidas de calor por irradiación.</p>	<p>☉ La paciente se mantuvo eutérmica durante el turno aunque</p>

<p>escalofríos, fiebre de 38,5° C.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Administrar antitérmicos según indicaciones médicas. ☉ Proporcionar baños con agua tibia. ☉ Valorar los signos vitales cada ½ hora. ☉ Controlar la temperatura cada 1-2 hrs para detectar cualquier elevación brusca. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Los antitérmicos ayudan a disminuir la fiebre. ☉ Los baños con agua tibia refrescan la superficie corporal provocando una vasoconstricción de los vasos sanguíneos y disminuyen el metabolismo por tanto disminuyen la temperatura corporal. ☉ Cualquier alteración en los signos vitales, tales como aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria puede ser indicativo de aumento de la temperatura corporal. ☉ La elevación brusca de la temperatura puede dar lugar a convulsiones. 	<p>presento recurrencias por su proceso infeccioso.</p>
--	--	--	---	---

<p>❖ Dolor R/C proceso obstructivo M/P quejido, cambios en la postura, irritabilidad</p>	<p>Disminuir el dolor, lo cual mejorará su estado de ánimo.</p>	<p>⊗ Ministración de antibióticos según indicaciones médicas.</p> <p>⊗ Evaluar la respuesta del niño respecto al dolor: aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial</p> <p>⊗ Valorar las características del dolor; calidad intensidad inicio duración ritmo, periodicidad factores que lo incrementan y factores que lo alivian</p> <p>⊗ Colocar al niño en posición cómoda.</p>	<p>⊗ Los antibióticos se usan como tratamiento contra el agente etiológico. Porque las bacterias pueden actuar como agentes pirógenos, elevando el termostato del hipotálamo mediante la producción de pirógenos endógenos, que puede mediar a través de las prostaglandinas.</p> <p>⊗ Un aumento de estos parámetros es indicativo de que el niño experimenta dolor.</p> <p>⊗ Al utilizar cualquier de las escalas de dolor el niño nos indicará con certeza dependiendo de la edad el grado del dolor que siente y nos ayudará a tomar las medidas adecuadas de control.</p> <p>⊗ Una nueva posición puede disminuir la presión cutánea y las contracturas musculares y esto ayudará para que el</p>	<p>⊗ Se mantuvo siempre con analgésicos y después con relajantes y bajo sedación.</p>
--	---	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Hablar al niño con voz suave, procurando que el entorno sea tranquilo y no estimulante. ☉ Hacer que el familiar participe en el control del dolor niño. ☉ Administrar sedantes junto con otra medicación, observando con detalle y anotando la respuesta del mismo. ☉ Utilizar otras técnicas como distracción o imágenes, para controlar el 	<p>niño disminuya su dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Una voz suave y tranquila combinada con un entorno relajado puede calmar a la niña, venciendo su tensión y aliviando el dolor. ☉ Los padres están más familiarizados con la respuesta normal del niño al dolor y conocen mejor las técnicas que ha desarrollado anteriormente para controlarlo. ☉ Se debe de evaluar con cuidado la administración de sedantes, por los efectos colaterales residuales de los agentes analgésicos como depresión respiratoria o hipotensión. ☉ El uso de juguetes, cuentos imágenes y otras distracciones puede ayudar a 	
--	--	---	---	--

<p>❖ Alteración de la mucosa oral R/C higiene dental inadecuada M/P halitosis, caries dental de 2 pzas.</p> <p>❖ Alteración del patrón del sueño</p>	<p>La paciente o el familiar realizarán correctamente las medidas higiénicas adecuadas para el cuidado bucodental.</p> <p>Asegurar frecuentes periodos de descanso no</p>	<p>dolor.</p> <p>☉ Verificar que la niña tenga la vía aérea permeable.</p> <p>☉ Enseñar al familiar y al paciente la técnica correcta de cepillado.</p> <p>☉ Verificar que se lleve el cepillado dental.</p> <p>☉ Permitir periodos de descanso.</p>	<p>que el niño desvíe su atención del dolor. Con lo cual esto disminuirá.</p> <p>☉ La permeabilidad de la vía aérea permitirá que el paciente se oxigene y ventile adecuadamente y esto contribuirá a aliviar su dolor.</p> <p>☉ El utilizar una técnica adecuada evitará la formación de placa bacteriana y por lo tanto ayudará a prevenir la caries dental.</p> <p>☉ Contribuirá a que mejore la higiene bucodental.</p> <p>☉ La disminución de la actividad y de la</p>	<p>☉ Con las intervenciones realizadas mejoró notablemente la cavidad oral, aunque no hubo oportunidad para que la Odontología revisara la caries dental del paciente.</p> <p>☉ Mejoro notablemente</p>
--	---	--	---	---

<p>R/C dificultad respiratoria M/P ojeras, facies de cansancio, lapsos cortos de sueño y descanso.</p>	<p>interrumpido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mantener un ambiente relajado y tranquilo. ⊗ Evitar realizar procedimientos durante la fase del sueño fisiológico de la niña. ⊗ Aconsejar medidas adecuadas para inducir el sueño y la relajación: técnicas de relajación, masajes, higiene, música tranquila unos minutos de lectura. ⊗ Identificar factores asociados con trastornos del sueño. 	<p>estimulación, permite al niño ahorrar energías y asegura una frecuencia respiratoria estable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Favorece su sueño y su descanso y ayuda a una estabilización de la frecuencia respiratoria y el niño dormirá más profundamente. ⊗ Esto evitará interrupciones en el descanso. ⊗ Cualquiera de esta técnicas favorece la relajación propiciando así un descanso adecuado. ⊗ El identificar el factor nos ayudará a eliminarlo o controlarlo evitando así una alteración en el sueño. 	<p>su descanso y sueño.</p>
--	----------------------	--	---	-----------------------------

<p>❖ Falta de recreación R/C dependencia de oxígeno M/P incapacidad para la actividad física, acrocianosis al mínimo esfuerzo.</p>	<p>El paciente realizará actividades recreativas de acuerdo a su situación de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Identificar conjuntamente los gustos y áreas de interés así como los recursos humanos y áreas disponibles. ⊗ Proporcionar material de distracción adecuado y fácil de manejar para favorecer el juego y la recreación. ⊗ Facilitar al niño en la medida de lo posible la convivencia con otros niños hospitalizados. ⊗ Proporcionar al niño juguetes tales como: Crayones, rompecabezas sencillos, pinturas y pinceles grandes, muñecas, 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Conociendo esos factores se pueden programar las actividades recreativas. ⊗ El juego y los juguetes tienen valor terapéutico en la rehabilitación muscular para mejorar la coordinación y a la vez son divertidos y también pueden presentar nivel de reto y grado de éxito. ⊗ Los niños necesitan compañeros de juego para fomentar el desarrollo social este desarrollo con el juego cooperativo incrementa su socialización. ⊗ Con estos juguetes aprende a utilizar sus 5 sentidos y movimiento corporal y adquiere habilidades para la comunicación, interactuar con 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La dependencia al oxígeno no le permitió a la paciente integrar actividades recreativas.
--	--	---	--	--

<p>❖ Alteración del aprendizaje múltiples hospitalizaciones M/P falta de vocabulario, socialización con otros niños deficiente, no identifica colores, ni figuras.</p>	<p>Fomentar el aprendizaje</p>	<p>audiocasetes, platos y utensilios del hogar, instrumentos musicales sencillos (guitarra de madera, corneta, flautas, tambores).</p> <p>⊗ Proporcionar juguetes que despierten su interés y su imaginación.</p> <p>⊗ Hacer que el niño participe en juegos sencillos.</p> <p>⊗ Estimular el aprendizaje mediante preguntas y respuestas sencillas.</p>	<p>los demás y usar la creatividad y la imaginación.⁹</p> <p>⊗ En esta etapa los niños son imaginativos hablan con sus juguetes e imitan lo que se hace a su alrededor comienzan a hacer amigos fuera de la familia en forma inmediata e inician su socialización.</p> <p>⊗ Esto les ayudará ha desarrollar hábitos de seguridad e identidad. Así como medir situaciones de riesgo.</p> <p>⊗ De esta manera puede identificar y asociar lo que se encuentra a su alrededor, desarrollando su memoria e imaginación.</p>	<p>⊗ Aumento la confianza con la paciente y se escucharon más palabras</p>
<p>❖ Riesgo de interacción con su</p>	<p>Promover las relaciones interpersonales.</p>	<p>⊗ Alentar a mantener las actividades usuales del</p>	<p>⊗ Mantener las actividades usuales al paciente le permite manejar mejor la situación de</p>	<p>⊗ La paciente interactuó con</p>

<p>medio ambiente R/C hospitalizaciones prolongadas.</p>		<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Desarrollar un plan individualizado que incluya, interacción de la pequeña con los demás pacientes del ambiente, organizando juegos y programando actividades recreativas. ⊗ Explicar al paciente y a su familiar las rutinas del hospital, así como los procedimientos específicos del paciente. ⊗ Favorecer las relaciones humanas con el niño y su ambiente hospitalario. 	<p>las hospitalizaciones prolongadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Fomentar las relaciones interpersonales permite a la paciente socializarse y adaptarse con mayor facilidad al medio y no entrar en conflictos personales. ⊗ Esto permite al paciente conocer su entorno y adquiere seguridad. ⊗ Conocer a todos los miembros que están en contacto con él, infunde confianza, seguridad, socialización. 	<p>los niños del ambiente mientras estuvo en hospitalización aunque después no fue posible.</p>
<p>❖ Incapacidad para mantener la función respiratoria espontánea R/C</p>	<p>Tratar de reducir al mínimo las complicaciones de la ventilación mecánica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Valorar el estado respiratorio: Auscultar los sonidos respiratorios y observar la simetría de los 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La auscultación de los sonidos respiratorios valora la ventilación. Los movimientos asimétricos del tórax pueden 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La niña fue dependiente completamente

<p>mal manejo de secreciones y dependencia al oxígeno M/P necesidad de ventilación mecánica.</p>		<p>movimientos del tórax.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Controlar los signos de insuficiencia respiratoria: Aumento de la frecuencia, constantes vitales inestables y valores anormales del análisis de gases arteriales. ☉ Mantener una vía respiratoria permeable; con aspiración gentil de secreciones cuando sea necesario. ☉ Controlar los signos y síntomas de toxicidad al oxígeno: Angustia subexternal, parestesias en extremidades, disnea 	<p>indicar una mala colocación del tubo endotraqueal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ La insuficiencia respiratoria puede ser consecuencia de la obstrucción de la vía respiratoria, problemas con el ventilador, atelectasias, broncoespasmo o neumotórax. ☉ La obstrucción de la vía respiratoria produce insuficiencia respiratoria, un paciente intubado depende de la aspiración para eliminar las secreciones, a causa de un reflejo de tos ineficaz o sedación. ☉ La toxicidad al oxígeno que resulta de una administración prolongada de una concentración de oxígeno excesiva conduce a la 	<p>del ventilador hasta que falleció.</p>
--	--	--	---	---

<p>❖ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C la humedad y</p>	<p>El paciente mantendrá la integridad cutánea.</p>	<p>progresiva e inquietud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Controlar los signos de disminución del gasto cardiaco: Arritmias, disminución de los pulsos periféricos, alteración de las constantes vitales, piel fría y húmeda y disnea. ⊗ Tomar precauciones para prevenir la infección, cambiar los tubos cada 24 hrs. Quitar los sistemas rápidamente y reducir los microorganismos endógenos mediante un lavado de manos frecuente limpieza cuidadosa y otras medidas. ⊗ Cambiar las fijaciones de la cánula orotraqueal, cuando estén húmedas y vigilar la aparición de 	<p>disminución de la secreción de surfactante, que produce una disminución de la adaptación del pulmón y puede dar lugar al desarrollo de edema pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ La ventilación de presión positiva aumenta la presión intratorácica, lo que puede reducir el retorno venoso y el gasto cardiaco. Los signos resultantes reflejen disminución del retorno venosos e hipoxemia. ⊗ Una paciente con ventilación ha largo plazo tiene un mayor riesgo de infección debido a los microorganismos del equipo y ambiente y a los alterados mecanismos de defensa. ⊗ La humedad mantenida puede dar lugar a una pérdida de la integridad cutánea. La presencia de erupciones, 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La paciente mantuvo integra la piel.
--	---	---	---	--

<p>manipulación del tubo orotraqueal.</p> <p>❖ Alteración de la eliminación vesical R/C inmovilidad física M/P palpación de globo vesical retención urinaria de tres hrs. y dolor.</p>	<p>Favorecer en la medida de lo posible el vaciamiento vesical.</p>	<p>enrojecimiento, erupción o tumefacción cutánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Mantener al paciente en posición de Rossier. ☉ Mantener limpia y seca la zona de fijación de la cánula orotraqueal. <p>☉ Realizar maniobra de Credé.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poner la mano por debajo de la cicatriz umbilical. 2. Presionar firmemente hacia abajo y hacia el arco pélvico. 3. Repetirlo seis o siete veces si es necesario 4. Esperar unos minutos para asegurarse que el vaciado de la vejiga es completo. <p>☉ Realizar cateterismo vesical si es necesario.</p>	<p>enrojecimiento y tumefacción puede indicar la existencia de infección local del estoma.¹⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Ayuda a mantener el cuello extendido y reduce el peligro de irritación y laceración en la mucosa traqueal.¹¹ ☉ La limpieza adecuada de la región libera la zona de secreciones y previene la irritación cutánea. <p>☉ Esta maniobra mediante compresión permite el vaciamiento vesical.</p> <p>☉ La cateterización permite vaciar completamente la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Las intervenciones realizadas fueron suficientes para lograr un vaciamiento vesical adecuado aunque el deterioro progresivo de la paciente implicó la integridad del riñón.
--	---	--	--	---

<p>❖ Deterioro de la movilidad física R/C las restricciones posturales secundarias a la</p>	<p>Evitar el deterioro físico de la paciente.</p>	<p>⊛ Observar registrar cualquier signo o síntoma sugestivo de infección urinaria (orina turbia, mal olor, e hipotermia).</p> <p>⊛ Anotar de forma sistemática el balance hídrico del paciente.¹</p> <p>⊛ Colocar al paciente de tal forma que los transductores estén nivelados con su eje flevoestático cuando se registren los valores.</p>	<p>vejiga, ya que la sobredistensión vesical puede originar isquemia en las paredes y disminuye las resistencias frente a la infección. La orina residual constituye un medio de cultivo bacteriano en la vejiga.</p> <p>⊛ La retención urinaria aumenta el riesgo de infecciones y la detección precoz de los signos y síntomas facilita un rápido tratamiento.</p> <p>⊛ Este control nos permite conocer el estado hídrico del paciente y detectar si la eliminación es adecuada.</p> <p>⊛ Esta posición aumenta la exactitud d las lecturas.</p>	
---	---	---	---	--

<p>monitorización hemodinámica M/P largos periodos de tiempo en una sola posición y causando zonas de presión en región occipital y región dorsal posterior.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Aumentar la actividad en correlación con estabilidad hemodinámica. ⊗ Proporcionar un dispositivo de alivio de la presión en la cama. ⊗ Cambiar de postura al paciente con las extremidades, cabeza y cuello en posiciones naturales cada dos horas usando almohadas, toallas y mantas enrolladas. ⊗ Desarrollar una programación de cambios posturales que se correlacione con las mediciones hemodinámicas. ⊗ Fomentar los ejercicios de movilización activa o movilización pasiva cada dos horas. ⊗ Enseñar ejercicios isométricos. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La movilidad óptima preserva la función y ayuda a prevenir las complicaciones. ⊗ Si la inmovilidad es prolongada, dicho dispositivo puede ayudar a prevenir las úlceras por presión ⊗ Los cambios de postura regulares alternan la presión en los tejidos y ayudan a prevenir la rotura de la piel. ⊗ El establecimiento de una programación puede reducir el movimiento innecesario para prevenir los desplazamientos de los catéteres. ⊗ A la movilización puede promover la fuerza muscular mejorar la circulación y reducir las contracturas. ⊗ Los ejercicios isométricos puede hacerse sin doblar o 	
--	--	--	--	--

<p>❖ Potencial de síndrome de desuso R/C la inmovilidad expuesta.</p>	<p>El paciente mostrará una piel intacta e integridad tisular así como el buen funcionamiento de sus sistemas.</p>	<p>⊗ Limitar la movilización a las extremidades distalmente a los puntos de inserción del catéter.</p> <p>⊗ Tomar medidas encaminadas a fomentar una óptima función respiratoria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variar la posición de la cama, para cambiar la posición horizontal y vertical del tórax gradualmente. 2. Ayudarle a los cambios de postura de un lado a otros si es posible. 3. Auscultar los campos pulmonares cada hora. <p>⊗ Establecer medidas encaminadas a evitar las úlceras por presión.</p>	<p>mover la extremidad.</p> <p>⊗ Estas restricciones son necesarias para prevenir el posible desplazamiento del catéter.</p> <p>⊗ La inmovilidad contribuye a que se produzcan éxtasis de secreciones y posibles atelectasias y con estas medidas ayudamos a aumentar la expansión pulmonar y la capacidad de eliminar secreciones.</p> <p>⊗ El paciente inmóvil corre el riesgo de desarrollar úlceras por presión áreas localizadas de necrosis celular que tienden a aparecer cuando existe compresión tisular</p>	<p>A pesar de tomar las medidas necesarias, la paciente se deterioro.</p>
---	--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Durante cada cambio postural, examinar las áreas con riesgo de tener úlceras por presión: orejas, codos, occipucio, trocánter, talones, isquion, sacro, escápula. ☉ Observar si hay eritema y palidez; Palpar en busca de calor y esponjosidad tisular y dar masaje sobre áreas vulnerables, suavemente en cada cambio postural. ☉ Tomar medidas para mantener una correcta alineación corporal. 	<p>entre una prominencia ósea y una superficie plana, durante un tiempo prolongado. Si se evita una prolongada presión, se impide la formación de úlceras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Estas áreas situadas sobre prominencias óseas son más propensas a la compresión celular. ☉ El eritema y la palidez son signos precoces de hipoxia tisular. El masaje profundo puede lesionar los capilares, el masaje suave estimula la circulación local. ☉ La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial pueden producir contracturas 	
--	--	--	--	--

<p>❖ Alteración de la mucosa oral R/C cánula orotraqueal</p>	<p>Mantener la mucosa oral íntegra.</p>	<p>⊗ Buscar signos de desmineralización ósea y tomar medidas adecuadas para reducirla: signos y síntomas de hipercalcemia como por ejemplos aumento del nivel sérico de calcio, letargia y poliuria.</p> <p>⊗ Tomar medidas para impedir la estasis urinaria y la formación de cálculos.</p> <p>⊗ Cambiar las fijaciones de la cánula orotraqueal cuando estén húmedas y</p>	<p>permanentes como por ejemplo: el uso de estribos ayuda ha evitar el pie equino, sujetar manos y muñecas en alineación natural esto evita el edema dependiente y las contracturas en flexión de las muñecas.</p> <p>⊗ La falta movilidad provoca una destrucción ósea que libera calcio al interior del torrente sanguíneo, provocando hipercalcemia.</p> <p>⊗ Las contracciones peristálticas resultan insuficientes cuando sé esta inmovilizado produciendo éxtasis urinario en la pelvis renal. Los calculos se forman con mayor facilidad en la orina concentrada.</p> <p>⊗ La humedad mantenida puede dar lugar a una pérdida de la integridad cutánea. La</p>	<p>⊗ La mucosa oral no se pudo mantener</p>
--	---	--	---	---

<p>M/P disminución de la salivación.</p>		<p>vigilar la aparición de enrojecimiento, erupción o tumefacción cutánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Fijar el circuito ventilatorio atándolo y sujetándolo para evitar la movilización de la cánula. ☉ Realizar el aseo bucal por lo menos una vez por turno con agua bicarbonatada. ☉ Realizar el cambio de cánula orotraqueal movilizándola alternadamente hacia las comisuras laterales de los labios y la parte central cada 24 hrs. 	<p>presencia de erupciones enrojecimiento y tumefacción puede indicar la existencia de infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ La fijación del circuito evitan la manipulación innecesaria y disminuye la tensión de la cánula lo que podría ocasionar su desplazamiento. ☉ Esto evitara la formación de placa dentobacteriana evitando así la laceración de la mucosa oral. ☉ Al movilizar la cánula se evitara la zona de presión y por consiguiente el daño tisular. 	<p>íntegra, ya que tubo sangrados.</p>
<p>❖ Duelo anticipado R/C el conocimiento del curso de la enfermedad M/P</p>	<p>El paciente y la familia expresarán su tristeza, compartirán, preocupaciones y decisiones para el futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Apoyar a la persona y familia en las reacciones de aflicción. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ La comunicación con la familia apenada es esencial, aunque a menudo se es incapaz para ofrecer palabras de consuelo. Lo mejor es no 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ La familia expresó sus sentimientos.

<p>llanto, facies de angustia y tristeza.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fomentar la cohesión de la familia:² <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la posibilidad de un sistema de apoyo. 2. Valorar los patrones de comunicación. 3. Basar el concepto de esperanza en la aportación de la información exacta, resistir la tentación de falsas esperanzas. 4. Instar a la toma de decisiones para favorecer la autonomía del grupo. ☉ Favorecer el proceso de duelo para cada respuesta. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Negación. Apoyarlo inicialmente y esforzarse en el desarrollo de la comprensión. ◆ Aislamiento. Escuchar, ofrecer y remitirse a las pérdidas del pasado y reconocer el comportamiento de la pérdida. ◆ Depresión. Empezar con solución de problemas sencillos hasta lograr la 	<p>juzgar las reacciones y centrarse en los sentimientos. Las familias entienden que no hay palabras para aliviar su dolor; todo lo que desean es aceptación, comprensión y respeto.</p>	
---	--	---	--	--

		<p>aceptación. Fomentar la valoración de sí mismo. Identificar el nivel de depresión y los indicios de comportamiento e ideas suicidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Enojo. Permitir el llanto para liberar esta energía. Escuchar y comunicar la preocupación. Instar a los familiares y profesionales a que proporcionen un apoyo compartiendo la preocupación. ◆ Culpa. Escuchar y comunicar la preocupación. Permitir el llanto. Fomentar una expresión más directa de los sentimientos. ◆ Temor. Ayudar a la persona y familia a reconocer el sentimiento. Explicar que ello será de ayuda para adaptarse a la vida. Explorar las actividades de la persona y familia sobre la pérdida, la muerte. Profundizar en los métodos de adaptación de la persona y la familia. 		
--	--	---	--	--

<p>❖ Alteración de la eliminación fecal R/C mala absorción por falta de enzimas M/P heces grasientas.</p>	<p>El paciente regularizará su eliminación.</p>	<p>◆ Rechazo. Permitir la expresión verbal de los sentimientos y reconocer que la expresión del enojo puede ocasionar daño personal y familiar.</p> <p>⊗ Administrar enzimas pancreáticas antes de las comidas y de los suplementos.</p> <p>⊗ Aportar una dieta rica en calorías, proteínas e hidratos de carbono.</p> <p>⊗ Vigilar la presencia de signos y síntomas de lesión cutánea en la región perianal.</p>	<p>⊗ Las enzimas pancreáticas facilitan la digestión, permitiendo una mejor absorción de nutrientes.</p> <p>⊗ Este tipo de dieta colaborará a restituir los nutrientes perdidos a través del sistema gastrointestinal debido a la existencia de mala absorción.</p> <p>⊗ Resulta esencial la detección precoz de dicha sintomatología, para poder tomar las medidas adecuadas necesarias para su control.</p>	<p>⊗ Por el estado hemodinámico de la paciente no fue posible lograr una eliminación fecal adecuada</p>
<p>❖ Alteración del vestido R/C monitoreo hemodinámico M/P desnudez.</p>	<p>El paciente mantendrá su Individualidad y pudor.</p>	<p>⊗ Desarrollar una programación de cambios posturales que se correlacione con las</p>	<p>⊗ El establecimiento de una programación de cambios puede reducir el movimiento innecesario para prevenir el</p>	<p>⊗ Se trató de cubrir en la medida de lo posible esta</p>

<p>❖ Sufrimiento espiritual R/C enfermedad terminal M/P cambios de actitud y de humor, labilidad emocional.</p>	<p>La familia expresara su sufrimiento y emociones generadas para disminuir su ansiedad.</p>	<p>mediciones hemodinámicas respetando individualidad del paciente.</p> <p>y la del</p> <p>☉ Dar oportunidad a la familia para expresar sus sentimientos, comentar abiertamente la pérdida y analizar el significado personal de la pérdida. Explicar que el duelo es una reacción frecuente y positiva.</p> <p>☉ Comentar abiertamente la situación médica del paciente.</p>	<p>desplazamiento de catéteres y de trasductores. Y esto permitirá mantener al paciente cubierto respetando su individualidad.</p> <p>☉ El hecho de saber que no se puede hacer nada más y que la muerte es inminente puede dar lugar a sentimientos de tristeza, impotencia, cólera y otras respuestas de dolor. Las conversaciones abiertas y francas pueden ayudar a los familiares del paciente a afrontar la situación y su respuesta a ella.</p> <p>☉ Fomentar la esperanza de curación hace que sus familiares tengan falsas esperanzas y desesperación.</p>	<p>necesidad, aunque en ocasiones fue imposible.</p> <p>☉ La familia expresa sus sentimientos principalmente la mamá, que es el familiar directo con el que se tuvo más contacto.</p>
---	--	---	---	---

<p>❖ Conducta generadora de salud R/C la concienciación de la pareja de ser portador del gen F.Q.</p>	<p>La pareja se concientizará acerca de ser portador del gen F.Q.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Identificar las fuentes alternativas de esperanza. ⊗ Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento positivas que hayan dado resultado en el pasado. ⊗ Proporcionar a la pareja la información necesaria acerca de la F.Q. ⊗ Comentar las alternativas de solución para llevar a cabo su paternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ El afrontamiento de un aspecto de la vida que es incontrolable puede facilitarse reconociendo otros aspectos positivos. ⊗ Las estrategias de afrontamiento positivo facilitan la aceptación y la resolución de problemas. ⊗ La información proporcionada de manera oportuna, proporciona a la pareja elementos para tomar decisiones para su vida. ⊗ Se comentan las alternativas de solución (se trata de una pareja muy joven), dentro de estas se encuentra la adopción. 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ La familia aceptó que no puede tener más hijos.
---	---	--	--	---

<p>❖ Depresión familiar R/C pérdida (de la Hija) M/P desconsuelo, llanto, pérdida de peso.</p>	<p>La familia expresará su dolor y describirá su pérdida, para que su proceso de duelo se resuelva en un tiempo considerable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fomentar que la familia se sobreponga al dolor. ☉ Dar a la familia oportunidad de expresar sus sentimientos. ☉ Proporcionar un ambiente adecuado para liberar sus emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Las respuestas al dolor varían, por tanto es importante reconocer y aceptar la respuesta individual para actuar apropiadamente en cada etapa de duelo. ☉ Mediante una comunicación abierta, de aceptación y confianza se ayuda a la familia sobreponerse al proceso de duelo. ☉ Esto permitirá a la familia liberar más fácilmente sus emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Mediante las intervenciones realizadas, esperemos que la familia se sobreponga al dolor.
<p>❖ Conducta generadora de salud R/C afrontamiento eficaz a la pérdida familiar (la hija).</p>	<p>La familia afrontará su pérdida de manera eficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Sugerir a la familia a que se reintegre con su grupo social. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Después de la muerte, empieza el proceso de duelo o de luto, que culmina con la aceptación de la pérdida y el establecimiento de lazos personales nuevos y el desarrollo de otros intereses. Por eso es conveniente que la familia paulatinamente se integre socialmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Las intervenciones realizadas le han servido a la familia para superar estos difíciles momentos.

		<ul style="list-style-type: none"> ☉ Fomentar un ambiente psicosocial positivo a través de las siguientes medidas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar elementos a la familia para que continúe con una nutrición adecuada. 2. Animar a la familia a que cambie la decoración de su vivienda de acuerdo a sus posibilidades y gustos. ☉ Continuar fomentando el uso de estrategias de afrontamiento positivo. ☉ Insistir en que la elaboración del proceso del duelo es un proceso doloroso, que suele pasar mucho tiempo para resolverse y que cada individuo lo afronta de manera singular. 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ La comunicación con la familia es esencial, principalmente con los padres, ya que suelen tener una gran sensación de soledad y vacío y en ocasiones el mejor apoyo que se puede brindar es escuchar y centrarse en los sentimientos. Las medidas fueron tomadas en base a esos sentimientos y se mantiene una actitud de aceptación, comprensión y respeto. ☉ Las estrategias positivas, contribuyen a la aceptación de la pérdida. ☉ Las reacciones ante la pérdida en cada ser humano es diferentes, se siente y se actúa de forma muy particular. Se trata de explicar esto a la pareja para evitar los malos entendidos entre ambos padres. 	
--	--	--	---	--

² **CARPENITO L.J.** Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª ed. España: Edit. McGraw-Hill – Interamericana. 1994: pp 754.

³ **GLOVER D.** Terapéutica Respiratoria. 4ª. Ed. México: Edit. Manual Moderno. 1990: p 101

⁴ **MORGAN S., K. RN.MSN.PHD.** Cuidados de Enfermería en Pediatría. España: Edit. DOYMA.1993: Pp. 28

⁵ Ídem pp. 27

⁶ **GLOVER D.** Terapéutica Respiratoria. 4ª. Ed. México: Edit. Manual Moderno. 1990: pp 54

⁷ **SCHULTE E.B.** Enfermería Pediátrica. 7ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1999: pp 234.

⁸ **BEHERMAN E.R.** Manual de Pediatría del Nelson. 1ª ed. España: Edit. Interamericana. 1997: pp.631.

⁹ **ROPER N.** Modelo de enfermería. 3ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1993: pp 266

¹⁰ **MORGAN S., K. RN.MSN.PHD.** Cuidados de Enfermería en Pediatría. España: Edit. DOYMA. 1993: Pp 278

¹¹ Ídem.

5.4. PLAN DE ALTA

1. Orientación y fomento a la salud. Las reacciones ante la pérdida en cada ser humano son diferentes, la comunicación con la familia apenas es esencial por lo tanto el plan de alta esta encaminado a ayudar a la familia en su proceso de duelo, para que haya una aceptación de la pérdida, se formen intereses nuevos y se afiancen los lazos familiares.
2. Orientación dietética. Se le proporcionó a la familia información acerca de una alimentación balanceada y con un horario establecido, aunque no tengan los deseos de comer. Esto ayudará a que no tengan problemas de salud.
3. Observaciones. La familia se encuentra en la etapa de depresión, por consiguiente se toman las medidas encaminadas a superar está etapa. El efecto y la paciencia de las personas que rodean a la familia es de suma importancia ya que esto permitirá el desahogo y la aceptación. Y esto a su vez permitirá que la familia muestre optimismo para el futuro y no llegue a ser un duelo patológico.

NOTA: El formato de plan de alta se modificó ya que no contiene estos parámetros.

“Aquel que tenga el valor de estar con un moribundo y no interrumpir su silencio, el moribundo te enseñará lo que es la vida y la muerte, y el moribundo te estará preparando para tu propia muerte”.

V. CONCLUSIONES

La investigación realizada del estudio de caso aplicando el Modelo de Virginia Henderson se llevó a cabo de manera satisfactoria cumpliendo así el objetivo planteado al inicio de la investigación.

La aplicación del Modelo en el área de Enfermería Infantil, fue útil, ya que me permitió la integración de conocimientos teóricos fundamentales para la práctica profesional y visualizar al cliente pediátrico como un todo integrado con 14 necesidades fundamentales, que presentan patrones específicos de lesión, respuestas fisiológicas particulares, y necesidades especiales basadas en su tamaño, madurez, y desarrollo psicológico, por lo tanto su atención, evaluación y manejo debe ser de acuerdo a sus características particulares de crecimiento y desarrollo.

Por tal motivo el especialista en Enfermería Infantil debe tener las bases teóricas de su hacer profesional y adquirir habilidades técnicas para poder brindar los cuidados necesarios para lograr la independencia de sus pacientes en los diferentes niveles de atención donde se encuentre.

La elaboración del plan de intervenciones basada en las 14 necesidades que plantea el Modelo, siguiendo un proceso sistematizado, permite jerarquizar y dar prioridad de atención a aquellas necesidades que no están satisfechas.

Y tal vez en un futuro permita estandarizar los cuidados enfermeros que guíen y orienten a los profesionales para optimizar sus intervenciones, reducir el tiempo y los costos de los mismos.

Este caso en especial deja trascendencia por la difícil situación del paciente y la familia, no todo termina cuando el paciente egresa del hospital, los cuidados enfermeros van más allá de las puertas de salida de un centro hospitalario.

Así como también es de vital importancia para su práctica profesional continuar con la actualización de sus conocimientos en beneficio propio y de sus pacientes y/o comunidad.

VI. SUGERENCIAS

- ❖ Tener un control de los tiempos reales de la estructuración del caso clínico, para no tener la necesidad de regresar a la Institución sede para las asesorías.
- ❖ Contar con sesiones generales de posgrado para conocer los avances de cada especialidad que sirvan de estímulo para mejorar las perspectivas profesionales.
- ❖ Unificación de criterios en la División de Estudios de Posgrado acerca de los contenidos del Estudio de Caso.
- ❖ Respetar los derechos universitarios de los alumnos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- ⊛ **ATKINSIN, L., D.** Guía clínica para la planeación de los cuidados. 1ª. Ed.México: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997. Pp.518.
- ⊛ **SCHUTLE E., B.RN.MSN.** Enfermería pediátrica, de Thompson, 7ma ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana.1999: pp.522.
- ⊛ **WONG L.D.** Manual Clínico de enfermería Pediátrica. 3ª ed. Barcelona(España): Edit. Masson Salbat. 1993: pp 605.
- ⊛ **RIOPELLE. L.** Cuidados de Enfermería Un proceso centrado en las necesidades de la familia. 2ª reim. España:Edit. Interamericana. 1999: pp.352.
- ⊛ **MORGAN S., K. RN.MSN.PhD.** Cuidados de Enfermería en Pediatría. España: Edit. DOYMA.1993: Pp. 306.
- ⊛ **ROMEO S.R.S.** Urgencias en Pediatría.4ª. ed. México: Edit.Interamericana. 1996: pp. 914.
- ⊛ **BEHERMAN E.R.** Manual de Pediatría del Nelson.1ª ed. España: Edit. Interamericana. 1997: pp.631.
- ⊛ **BRUNNER S. L.** Manual de la Enfermera. 4ª ed. México: Edit. Interamericana. 1991: pp1800. (6 TOMOS)
- ⊛ **TAMES P.B.** Los derechos del Niño. 1ª ed. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 1997: pp 250.
- ⊛ **STEVENS B. J.** ¿What is Nursing Theory?. 1994 Pág.120

- ✿ **ZORRILLA A. S.** Introducción a la Metodología de la investigación. 6ª ed. México: Edit. Océano. 1989: Pp31-32
- ✿ **KERLINGER F. N.** Foundations of Behavioral Research. New York: Edit. Rinehart and Wiston. 1984: pp11.
- ✿ **GOODE, William J. Y Hatt, Paul.** Métodos de investigación. Ed. 4ª reim. Edit. Trillas. México, 1989 p. 8
- ✿ **BUNGE M.** La Ciencia, su método y su filosofía. 1ª ed. Buenos Aires: Edit. Siglo XX. 1973. P. 417-418
- ✿ Diccionario de medicina. 1ª. Ed. Barcelona: Edit. Oceano. 1995: Pág. 1447.
- ✿ **DISON N.** Técnicas de enfermería clínica. 5ª ed. México: Edit. Interamericana, 1990: pp 423.
- ✿ Enciclopedia Multimedia Salvat. Versión 5-0. Edit. Salvat editores, S.A. México, 1999
- ✿ **GLOVER D.** Terapéutica Respiratoria. 4ª. Ed. México: Edit. Manual Moderno. 1990: pp 284
- ✿ **KOZIER B. G. E B. K.** Técnicas de enfermería clínica. 4ª. Ed. España: Edit. McGraw-Hill-Interamericana. 1999: pp 558.
- ✿ **KOZIER B. G. E.** Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. España: Edit. Mc-Graw-Hill Interamericana. 1993: pp 1320. (V. 2).
- ✿ **LUIS M. T.** Diagnósticos enfermeros. 3ª. Ed. España: Edit. Harcourt Brace. 1998: pp. 231.
- ✿ **PHANEUF M.** La planificación de los cuidados enfermeros. 1ª ed. México: Edit. McGraw- Hill-Interamericana. 1999: pp 284.
- ✿ **RIDES E.** Manual de procedimientos básicos en enfermería. 5ª ed. Barcelona: Edit. Manual Moderno. 1990: pp 345

- ☉ **SCHULTE E.B.** Enfermería Pediátrica. 7ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1999: pp 523.

- ☉ **FAWCETT J.** The relationship of theory and research. 2ª. Ed. Philadelphia: Edit. F.A. Davis Company. 1992: Pp. 101-102 Traducción de Lic. Virginia López Casados.

- ☉ **WESLEY R. L. RN, PhD, CRRN.** Teorías y modelos de enfermería. 2ª. Ed. México: Edit. McGraw-Hill-Interamericana. 1997: pp 350

- ☉ **RAILE M. A.** Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. Modelos y teorías de enfermería. 3ª. Ed. Barcelona: Edit. Mosby-doyma. 1998: pp 17-27

- ☉ **ROSALES B. S.** Fundamentos de enfermería. 2ª. Ed. México: Edit. Manual Moderno. 1997: pp. 30

- ☉ **GARRIDO A. M.** Enfermera al Día. Febrero 1994. P 21

- ☉ **HENDERSON V.** Definición de la enfermería. Ed, Masson . España 1996. Pág. 112

- ☉ **ACOSTA G.S.**, El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf. Enfermería clínica. 1995,. 5(1) 9-10.

- ☉ **ANDERSEN OH.** Cystic Fibrosis of the pancreas and its relation to celiac disease a clinical and phatological. Study Am J. Dis Child 1938, 56:344-399

- ☉ **COLÍN A. A.** Cystic Fibrosis. Pediatrics in Review. Vol. 15 No. 5 Mayo 1994. Pág. 194

- ☉ **GUTIERREZ L P.** Procedimientos en el paciente critico. 2ª ed. México: Edit. Ediciones Cuellar. 1993: pp 513.

- ☉ **INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.** Pediatría Médica. 1ª. Ed. México: Edit. Trillas. 1994: pp 730.

- ☛ **TAPTICH B.J.** Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados. Nueva Jersey. Pp 258.
- ☛ **CHRISTENSEN P.J.** Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. 3ª reim. México: Edit. El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1993: pp 406.
- ☛ **HAMILTON P. M.** Enfermería pediátrica básica. 1ª ed. España: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1990: pp 622.
- ☛ **CARPENITO L.J.** Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª ed. España: Edit. McGraw-Hill – Interamericana. 1994: pp 754.
- ☛ **ROPER N.** Modelo de enfermería. 3ª ed. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1993: pp 359.
- ☛ **URDEN L.D.** Cuidados intensivos en pediatría. 2ª ed. Estados Unidos: Edit. Harcourt Brace. 1998: pp 10-23 (TOMO 1).
- ☛ **MENABRITO T. J.** Temas de pediatría. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 1998: pp 367-381.
- ☛ **MARTINEZ M. T.** Responsabilidad legal de la enfermería en su ejercicio profesional en la Secretaría de Salud. México: edit. Hospital Juárez, Escuela de enfermería; coordinación de educación continua. 1999.
- ☛ **SMITH D.S.** Enfermería práctica. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 1995: pp 1712.
- ☛ **BARRIO I. M.** Afrontamiento interdisciplinar de los conflictos éticos en las instituciones sociosanitarias: los comités asistenciales de ética. Enfermería clínica. 1997; 8(5): 210-214.
- ☛ **INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.** Implicaciones legales del ejercicio profesional de la enfermera. México: 2000: pp_17

- ⊗ **ROPER N.** Diccionario de enfermería. 16ª ed. México: Edit McGraw-Hill Interamericana. 1991: pp 250.
- ⊗ **BROADRIBB V.** Enfermería pediátrica. 3ª ed. México: Edit Harla. 1985: pp 654.
- ⊗ **STREWLER G.** Endocrinología Básica y Clínica. 4ª Ed. México: Edit. Manual Moderno. 1997: Pp 933.
- ⊗ **COTTRELL J.** Community-Based care in Cystic fibrosis; role of the cystic fibrosis nurse specialist and implications for patients and families. Disabil Rehabil. England. Jun-Jul 1998. P 254-61
- ⊗ **DYER J.** Supporting children with cystic fibrosis in school. MEDLINE: 0266-8130. May 1996.
- ⊗ **HERNANDEZ Reif M., Krasnegor J.** Children with cystic fibrosis benefit from massage therapy. Journal Pediatr Psychol. United States. Apr, 1999.
- ⊗ **PRADOS C.** Nuevas perspectivas en el tratamiento de la fibrosis quística. Archivos de Bronconeumología, 1997; 33(4): 190-194.
- ⊗ **BRONSVELD I.** Clinical presentation of exclusive cystic fibrosis lung disease. Thorax (The journal of the british thoracic society), 1999; 54(3): 278-281.
- ⊗ **GARCIA N.** Avances en Fibrosis quística. Revista española de pediatría, 1999; 55(4): 299-309.
- ⊗ **GARDUÑO A.** Aspectos éticos en pediatría. Revista del Instituto Nacional de Pediatría, 1994; 10(21) : 81-84.
- ⊗ **URDEN L.** Cuidados intensivos en pediatría. 2ª. Ed. España: Edit. Harcourt Brace. 1998. Tomo I pp 10-23.
- ⊗ **PAEZ N.** Bioética en enfermería. Cuadernos de Bioética, 1998 , (4) : 815-821.
- ⊗ **PEREZ L.** Fibrosis quística en niños mexicanos. Acta Pediátrica de México, 1990;11(3): 149-158.
- ⊗ **RUIZ M.** El niño con enfermedad crónica. Enfermería Pediátrica, 1995; 51: 827-836.

- ⊗ Fibrosis Quística. Anales Nestlé, 1991; 49(1): 1-74.

- ⊗ **BONE R.** Tratado de Medicina Interna. 20ª ed. España: Edit. McGraw-Hill Interamericana, 1991. Pp. 1331.

- ⊗ **KERSHAW. B.** Modelos de Enfermería. 1ª. Ed. España; Edit. Ediciones Doyma. 1997. Pp. 27-35.

- ⊗ **COTTRELL J.** Community-Based care in Cystic fibrosis; role of the cystic fibrosis nurse specialist and implications for patients and families. Disabil Rehabil. England. 1998; Jun-Jul: 254-61

- ⊗ **DYER J.** Supporting children with cystic fibrosis in school. May 1996; MEDLINE: 0266-8130.

- ⊗ **HERNANDEZ R.** Children with cystic fibrosis benefit from massage therapy. Journal Pediatr Psychol. United States. Apr, 1999.

- ⊗ **REISMAN J.** Role of conventional physiotherapy in cystic fibrosis. Journal Pediatric. United States. 1998.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION Y ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Theodora González Valeriano declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo(a) Raquel Avila González participe en el estudio de caso de Fibrosis Quística cuyo objetivo principal es: realizar una investigación dirigida a la atención de enfermería aplicando el Modelo de Atención de Virginia Henderson. Y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: dar solución a los problemas de salud detectados (en base a las 14 necesidades básicas del Modelo de Virginia Henderson) en el paciente y su familia, elaborando un plan de intervenciones de enfermería para lograr un bienestar óptimo y preservar la salud, y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo(a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo(a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención medica para su tratamiento en esta institución.

Nombre del Responsable del Estudio de Caso
Lic. Devanira Macjbel Herrera Ramírez




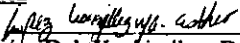
FIRMA

Nombre del Padre o Tutor
Theodora González Valeriano

Theodora González V.
FIRMA

Testigos

Nombre: Lic. Julieta Alcántara Lezama
Firma: 
Dirección: Sur 27 M2L11, Col. Purísima
Iztapalapa

Nombre: Lic. Maria Esther López
González
Firma: 
Dirección: Del. Xochimilco, D.F.