



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL**

**“ CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN
ESCOLAR CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER
BUENA POSTURA ”**

E S T U D I O D E C A S O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

P R E S E N T A:

L.E. MARISELA REGINA IBARRA CANCELADA

ASESORA: MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO

MEXICO D.F

2006



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.

DEDICATORIAS

A DIOS

Por darme la vida para alcanzar ésta meta.

A MIS PADRES

Por todo su amor, cariño y comprensión porque gracias a su apoyo he llegado a realizar mis metas, lo cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir

A MIS HERMANOS

Marta, Kela, Daniel y Alfredo que con su cariño y apoyo incondicional me han alentado para alcanzar esta meta

A Itzel, Paola, Adrián, Marco, Daniel y Ximena con todo cariño

A la ENEO con todo cariño por su valiosa formación profesional que recibí durante la especialización

A todos mis profesores de la especialidad por su confianza y por haberme transmitido su caudal de conocimientos día a día sin esperar más recompensa que el ver concluida esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A los niños con respeto y admiración, mi más profundo agradecimiento por ser parte de mi desempeño profesional y personal diario así como por su paciencia para la realización de este trabajo

Al Hospital Infantil de México” Federico Gómez” por contribuir a mi formación profesional dentro de la especialidad así como por las facilidades otorgadas para llevar a cabo este trabajo en el interior de sus instalaciones

A la Mtra. Magdalena Franco Orozco por su gran interés, tiempo dedicado y valiosa asesoría para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
II. FUNDAMENTACIÓN	4
1. Antecedentes.....	4
2. Modelo conceptual de Virginia Henderson	9
2.1. Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson	12
3. Proceso de atención de enfermería	16
4. Consideraciones éticas	32
5. Fractura diafisaria del fémur como factor de riesgo para la necesidad de moverse y mantener buena postura.....	35
III. METODOLOGÍA	41
1. Descripción genérica del caso	41
2. Métodos e instrumentos.....	45
3. Proceso de diagnóstico	46
IV. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	49
V. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	54
VI. RESULTADOS	83
6.1. Análisis de las variables.....	83
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	86
REFERENCIAS	88
ANEXOS.....	91

Introducción.

El cuidado especializado de enfermería requiere de conocimientos científicos y humanísticos sustentados en el Proceso de Atención de Enfermería con base en un modelo de atención el cual defina las funciones asistenciales y oriente la práctica de enfermería en el área de los profesionales dedicados a la salud.

El modelo o propuesta filosófica de Virginia Henderson reconoce en la persona 14 necesidades básicas que integran los aspectos físico, biológico, psicológico, social y espiritual. La finalidad de dicha propuesta es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades vitales de manera óptima y llevarla a recuperar su independencia (salud) frente a sus necesidades alteradas que mantienen a la persona en dependencia (enfermedad).

El propósito del presente estudio de caso fue elaborar el Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque del modelo o propuesta filosófica de Virginia Henderson en un escolar con alteración en la necesidad de Moverse y mantener buena postura.

El contenido del trabajo se estructuró en 7 capítulos. En el capítulo I se presentan los objetivos del estudio de caso.

El capítulo II correspondiente a la fundamentación teórica se divide en 5 partes que son: 1) Antecedentes, en el cual se citan diversos estudios que conjuntan la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson con el Proceso de Atención de Enfermería; 2) Modelo conceptual, el cual explica los principios teóricos de ésta propuesta filosófica que consisten en la definición del rol de la enfermera(o), los postulados y valores, así como los elementos mayores denominados las 14 necesidades básicas del ser humano según Henderson; 3) El Proceso de Atención de Enfermería con sus diferentes etapas; 4) Consideraciones éticas, donde se revisan aspectos éticos de enfermería y de investigación en salud que justifican la realización de éste estudio de caso y; 5) El factor de riesgo para la necesidad de moverse y mantener buena postura, definiendo la fisiopatología y su tratamiento.

En el capítulo III se refiere la metodología empleada que incluye los siguientes puntos: 1) Descripción genérica del caso el cual resume las características

biopsicosociales del sujeto en estudio (historia clínica, exploración física exhaustiva y la valoración de las 14 necesidades), 2) Métodos e instrumentos, siendo el Proceso de Atención de Enfermería el método de trabajo bajo la perspectiva filosófica de Virginia Henderson, los datos obtenidos se registraron en los instrumentos de “Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6 a 12 años” y el “Reporte diario” y, 3) Proceso de diagnóstico, que señala la formulación de los diagnósticos de enfermería y jerarquización según las necesidades alteradas y que de acuerdo a éstos se elaboró la planeación de los cuidados.

El capítulo IV contiene la jerarquía de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades que presentaron alteraciones durante la estancia hospitalaria del paciente así como los seguimientos posteriores a su egreso.

El capítulo V comprende el establecimiento del Plan de intervenciones de enfermería de las necesidades alteradas, la ejecución y la evaluación de éstas así como el plan de alta.

El capítulo VI trata el análisis de las variables (necesidades alteradas) en la cual se mencionan las similitudes de los estudios referidos en los antecedentes con los hallazgos encontrados en este estudio.

El capítulo VII contiene las conclusiones y sugerencias del presente estudio.

Finalmente, se presentan las referencias para la elaboración del estudio de caso y los anexos (en total 4), que sirvieron de guía para obtener los datos del sujeto estudio de caso.

I. Objetivos del estudio de caso.

General.

Aplicar el proceso de atención de enfermería en un escolar con alteración de la necesidad de moverse y mantener buena postura bajo el enfoque de las necesidades básicas.

Específicos.

- Realizar la valoración física exhaustiva y focalizada del paciente.
- Detectar las necesidades que manifieste el paciente durante la estancia hospitalaria.
- Priorizar y jerarquizar las necesidades.
- Formular los diagnósticos enfermeros en función de su dependencia.
- Elaborar un plan de cuidados orientados a la independencia del paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo al plan establecido.
- Evaluar la aplicación de las intervenciones.

II. Fundamentación.

1. Antecedentes.

La enfermera como profesional dedicada al cuidado de la persona, dentro del ámbito especializado de enfermería es responsable de la atención del niño, la cual es proporcionada en un marco eminentemente práctico.

Por tanto, es necesario que los cuidados enfermeros se enmarquen dentro de un argumento científico y metodológico. Se ha propuesto que el método de trabajo de enfermería debe estar sustentado sobre modelos y teorías con la finalidad de fundamentar el ejercicio profesional vinculando los postulados y valores de los principios teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados enfermeros.

De acuerdo a lo anterior, se define el modelo conceptual para enfermería como “conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica”. Es importante mencionar que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería contribuye al logro de la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación, así como también, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.¹

A través de diferentes momentos históricos la enfermería ha experimentado diversos cambios con profundos vacíos en su definición, es Florence Nightingale enfermera inglesa, quién en 1860 fundó la instrucción formal con el objetivo de preparar recursos humanos para el ejercicio de la profesión, sin embargo, al profesional únicamente se le consideró como un apoyo dentro del área médica sin autonomía.²

Posteriormente, para diversas enfermeras surgió la necesidad de ubicar y explicar el campo de competencia de enfermería, por lo que se han desarrollado diversas teorías para definir la función de la profesión partiendo de diversas

¹ García-Gómez MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997.p.9.

² Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p.1.

disciplinas relacionadas con el proceso evolutivo del ser humano, una de las representantes de ésta corriente es Virginia Henderson, enfermera investigadora quien en 1955 en su obra *The Nature of Nursing* define el rol de enfermería y diversos elementos que se relacionan con el ejercicio de la profesión.

Así mismo, Henderson identifica 14 necesidades básicas y las describe a partir de su reconocimiento del estado biofisiológico, psicológico, social, cultural y espiritual del ser humano, en las cuales explora las fuentes de la dificultad (incapacidades) y su influencia sobre la condición de la persona, las cuales son causas de la independencia (satisfacción) y dependencia (no satisfacción) del estado de salud.³

Henderson plasmó una concepción personal o definición de “la función única de la enfermería” y sin pretender crear una teoría puede considerarse una filosofía dentro de la fase del desarrollo de la teoría de enfermería. Su definición y conceptualización del ser humano con 14 necesidades básicas ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.⁴

Por tanto, para ayudar a que un individuo enfermo o sano, recupere o preserve la salud, la enfermera debe llevar un método sistemático y organizado para la planeación de los cuidados de enfermería centrados en las respuestas únicas de la persona o grupo, que le permita identificar los problemas, realizar valoraciones continuas de sus acciones y evaluar la eficacia de sus cuidados.⁵

Diversas autoras, han puesto de manifiesto la conjunción del Proceso de Atención de Enfermería con la filosofía humanista de Henderson y su aplicación en el paciente pediátrico. Esta metodología les ha permitido valorar las 14 necesidades, identificando problemas (dependencia) y las fuentes de la dificultad (falta de fuerza física, voluntad o conocimientos), formulando diagnósticos enfermeros de acuerdo a dichas necesidades básicas, que les han llevado a establecer el plan de intervenciones de acuerdo a la necesidad afectada y su aplicación, tales

³ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson;1998.p.36

⁴ Wertman DD, Lauer T, Marriner-Tomey A, Neal SE, Williams S. Virginia Henderson: Definición de la enfermería. En: Marriner-Tomey editores. Teorías y modelos de enfermería. Madrid: Mosby-Doyma; 1994.p. 103

⁵ Sánchez-León V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. *RevEnferm IMSS* 2002; 9(2): 91-6.

Introducción.

El cuidado especializado de enfermería requiere de conocimientos científicos y humanísticos sustentados en el Proceso de Atención de Enfermería con base en un modelo de atención el cual defina las funciones asistenciales y oriente la práctica de enfermería en el área de los profesionales dedicados a la salud.

El modelo o propuesta filosófica de Virginia Henderson reconoce en la persona 14 necesidades básicas que integran los aspectos físico, biológico, psicológico, social y espiritual. La finalidad de dicha propuesta es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades vitales de manera óptima y llevarla a recuperar su independencia (salud) frente a sus necesidades alteradas que mantienen a la persona en dependencia (enfermedad).

El propósito del presente estudio de caso fue elaborar el Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque del modelo o propuesta filosófica de Virginia Henderson en un escolar con alteración en la necesidad de Moverse y mantener buena postura.

El contenido del trabajo se estructuró en 7 capítulos. En el capítulo I se presentan los objetivos del estudio de caso.

El capítulo II correspondiente a la fundamentación teórica se divide en 5 partes que son: 1) Antecedentes, en el cual se citan diversos estudios que conjuntan la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson con el Proceso de Atención de Enfermería; 2) Modelo conceptual, el cual explica los principios teóricos de ésta propuesta filosófica que consisten en la definición del rol de la enfermera(o), los postulados y valores, así como los elementos mayores denominados las 14 necesidades básicas del ser humano según Henderson; 3) El Proceso de Atención de Enfermería con sus diferentes etapas; 4) Consideraciones éticas, donde se revisan aspectos éticos de enfermería y de investigación en salud que justifican la realización de éste estudio de caso y; 5) El factor de riesgo para la necesidad de moverse y mantener buena postura, definiendo la fisiopatología y su tratamiento.

En el capítulo III se refiere la metodología empleada que incluye los siguientes puntos: 1) Descripción genérica del caso el cual resume las características biopsicosociales del sujeto en estudio (historia clínica, exploración física exhaustiva y

la valoración de las 14 necesidades), 2) Métodos e instrumentos, siendo el Proceso de Atención de Enfermería el método de trabajo bajo la perspectiva filosófica de Virginia Henderson, los datos obtenidos se registraron en los instrumentos de “Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6 a 12 años” y el “Reporte diario” y, 3) Proceso de diagnóstico, que señala la formulación de los diagnósticos de enfermería y jerarquización según las necesidades alteradas y que de acuerdo a éstos se elaboró la planeación de los cuidados.

El capítulo IV contiene la jerarquía de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades que presentaron alteraciones durante la estancia hospitalaria del paciente así como los seguimientos posteriores a su egreso.

El capítulo V comprende el establecimiento del Plan de intervenciones de enfermería de las necesidades alteradas, la ejecución y la evaluación de éstas así como el plan de alta.

El capítulo VI trata el análisis de las variables (necesidades alteradas) en la cual se mencionan las similitudes de los estudios referidos en los antecedentes con los hallazgos encontrados en este estudio.

El capítulo VII contiene las conclusiones y sugerencias del presente estudio.

Finalmente, se presentan las referencias para la elaboración del estudio de caso y los anexos (en total 4), que sirvieron de guía para obtener los datos del sujeto estudio de caso.

I. Objetivos del estudio de caso.

General.

Aplicar el proceso de atención de enfermería en un escolar con alteración de la necesidad de moverse y mantener buena postura bajo el enfoque de las necesidades básicas.

Específicos.

- Realizar la valoración física exhaustiva y focalizada del paciente.
- Detectar las necesidades que manifieste el paciente durante la estancia hospitalaria.
- Priorizar y jerarquizar las necesidades.
- Formular los diagnósticos enfermeros en función de su dependencia.
- Elaborar un plan de cuidados orientados a la independencia del paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo al plan establecido.
- Evaluar la aplicación de las intervenciones.

II. Fundamentación.

1. Antecedentes.

La enfermera como profesional dedicada al cuidado de la persona, dentro del ámbito especializado de enfermería es responsable de la atención del niño, la cual es proporcionada en un marco eminentemente práctico.

Por tanto, es necesario que los cuidados enfermeros se enmarquen dentro de un argumento científico y metodológico. Se ha propuesto que el método de trabajo de enfermería debe estar sustentado sobre modelos y teorías con la finalidad de fundamentar el ejercicio profesional vinculando los postulados y valores de los principios teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados enfermeros.

De acuerdo a lo anterior, se define el modelo conceptual para enfermería como “conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica”. Es importante mencionar que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería contribuye al logro de la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación, así como también, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.¹

A través de diferentes momentos históricos la enfermería ha experimentado diversos cambios con profundos vacíos en su definición, es Florence Nightingale enfermera inglesa, quién en 1860 fundó la instrucción formal con el objetivo de preparar recursos humanos para el ejercicio de la profesión, sin embargo, al profesional únicamente se le consideró como un apoyo dentro del área médica sin autonomía.²

Posteriormente, para diversas enfermeras surgió la necesidad de ubicar y explicar el campo de competencia de enfermería, por lo que se han desarrollado diversas teorías para definir la función de la profesión partiendo de diversas disciplinas relacionadas con el proceso evolutivo del ser humano, una de las

¹ García-Gómez MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997.p.9.

² Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p.1.

representantes de ésta corriente es Virginia Henderson, enfermera investigadora quien en 1955 en su obra *The Nature of Nursing* define el rol de enfermería y diversos elementos que se relacionan con el ejercicio de la profesión.

Así mismo, Henderson identifica 14 necesidades básicas y las describe a partir de su reconocimiento del estado biofisiológico, psicológico, social, cultural y espiritual del ser humano, en las cuales explora las fuentes de la dificultad (incapacidades) y su influencia sobre la condición de la persona, las cuales son causas de la independencia (satisfacción) y dependencia (no satisfacción) del estado de salud.³

Henderson plasmó una concepción personal o definición de “la función única de la enfermería” y sin pretender crear una teoría puede considerarse una filosofía dentro de la fase del desarrollo de la teoría de enfermería. Su definición y conceptualización del ser humano con 14 necesidades básicas ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.⁴

Por tanto, para ayudar a que un individuo enfermo o sano, recupere o preserve la salud, la enfermera debe llevar un método sistemático y organizado para la planeación de los cuidados de enfermería centrados en las respuestas únicas de la persona o grupo, que le permita identificar los problemas, realizar valoraciones continuas de sus acciones y evaluar la eficacia de sus cuidados.⁵

Diversas autoras, han puesto de manifiesto la conjunción del Proceso de Atención de Enfermería con la filosofía humanista de Henderson y su aplicación en el paciente pediátrico. Esta metodología les ha permitido valorar las 14 necesidades, identificando problemas (dependencia) y las fuentes de la dificultad (falta de fuerza física, voluntad o conocimientos), formulando diagnósticos enfermeros de acuerdo a dichas necesidades básicas, que les han llevado a establecer el plan de intervenciones de acuerdo a la necesidad afectada y su aplicación, tales intervenciones fueron evaluadas lo que les permitió comprobar el alcance de los

³ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson;1998.p.36

⁴ Wertman DD, Lauer T, Marriner-Tomey A, Neal SE, Williams S. Virginia Henderson: Definición de la enfermería. En: Marriner-Tomey editores. Teorías y modelos de enfermería. Madrid: Mosby-Doyma; 1994.p. 103

⁵ Sánchez-León V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. RevEnferm IMSS 2002; 9(2): 91-6.

objetivos planteados en el plan y la satisfacción de las necesidades, o bien si el paciente logró la independencia.

Benítez y Franco, mencionan en su estudio realizado en un niño preescolar inmunodeprimido, que la utilización conjunta del proceso de enfermería con la propuesta filosófica de Henderson permitió que los cuidados proporcionados fueran resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades básicas, de las fuentes de la dificultad y problemas de dependencia, orientando la valoración de enfermería hacia datos objetivos y subjetivos del estado actual del niño, particulares a cada necesidad y a sus características físicas, psicológicas y sociales, destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciéndole al paciente una atención integral y específica.

La evaluación del plan de intervenciones enfermeras de acuerdo a los objetivos planteados para cada acción, identificó disminución en el nivel y grado de dependencia de algunas necesidades (higiene y protección de la piel; seguridad y protección, recreación) y otras se comportaron con un grado y nivel de dependencia crónica.⁶

Lo anterior, es confirmado por Espinosa y Franco (2003), quienes valoraron en un estudio de caso las necesidades básicas propuestas por Henderson en un lactante mayor de 4 meses, con diagnóstico médico de neumonía, y que al ser analizadas revelaron los problemas independientes e interdependientes, las fuentes de la dificultad y el grado de dependencia de cada necesidad. De acuerdo a lo anterior, desarrollaron diagnósticos enfermeros y establecieron el plan de atención observando que las intervenciones influyeron en la disminución de la dependencia, por lo que las autoras concluyeron que la propuesta filosófica de Henderson se puede aplicar en la enfermería infantil, destacando que el individuo es un ser íntegro con diferentes necesidades y que dentro del ejercicio de la enfermería éste modelo es un elemento teórico para justificar su práctica.⁷

Así como también, Sánchez (2001) menciona que la propuesta filosófica de Henderson aplicada junto con el Proceso de Atención de Enfermería favorece el

⁶ Franco-Orozco M, Benítez-Trejo MA. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria ENEO 2004;1(3):13-21.

⁷ Espinosa-Meneses V, Franco-Orozco M. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Científ Enferm 2003; 11(1):24-29.

análisis y reflexión sobre los cuidados proporcionados por la enfermera, los cuales son individualizados.⁸

Arroyo(2003)⁹ y Parra(2003)¹⁰, observaron que la propuesta de las necesidades básicas de Henderson adaptada al proceso de atención de enfermería favoreció el análisis y reflexión sobre los cuidados enfermeros proporcionados a cualquier paciente, sin embargo, dichos cuidados fueron individualizados, lo que permitió organizar de manera conjunta con el familiar las acciones que se requieren para satisfacer las necesidades del niño o del adulto favoreciendo su recuperación hacia la independencia, así como también, concluyen que es una metodología para brindar cuidados de excelente calidad.

Sin embargo, Ortega (2001) plantea que también la propuesta filosófica de Henderson puede ser aplicada en los pacientes en condiciones especiales como es el período prequirúrgico y postquirúrgico, o bien en aquellas áreas de terapia intensiva. Esta autora parte de la valoración de un paciente adulto postoperado, quien concluye que el modelo es una guía y orienta hacia los cuidados enfermeros, de acuerdo al estado del paciente y a sus necesidades básicas, se plantean los objetivos y se da prioridad a las necesidades, identificando las fuentes de dificultad en la dependencia del paciente lo que llevó a planear actividades de acuerdo al estado del paciente grave dentro de la terapia.¹¹

Castillo y Domínguez, refieren que una planificación individualizada y anticipada de la enfermedad es una prioridad, por lo que la enfermera debe incluir dentro del plan de cuidados la enseñanza al paciente, ya que la educación sanitaria es un proceso que inicia en el hospital, pero que debe ser continuada y reforzada una vez que el paciente regrese a domicilio.¹²

⁸ Sánchez-León V. Op. cit p. 94-6.

⁹ Arroyo-Ortiz MJ. Atención de enfermería al paciente pediátrico con tumor cerebral con la aplicación de la perspectiva de Virginia Henderson. Acta Pediatr Mex 2002;23 (6):398-410

¹⁰ Parra-Basurto A, Heredia-Guerrero EN. Proceso de atención de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11(2):66-71

¹¹ Ortega-Vargas MC. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9(1-4):18-23.

¹² Castillo E, Domínguez M. Planificación del alta de un enfermo con transplante renal. Enfermería clínica 1993; 3(4):163-166.

Sin embargo, las necesidades básicas son complementos que se interrelacionan y representan la integridad del ser humano, por lo cual, para su aplicación en la práctica, se requieren instrumentos de valoración que orienten al profesional de enfermería en como obtener, analizar y elaborar los planes de cuidados. Al respecto, Franco y Meneses (2003), especificaron la valoración de la necesidad de alimentación en los niños, con el propósito de que la enfermera(o) desarrolle habilidades y destrezas en organizar y analizar los datos, formular diagnósticos, planear los cuidados y evaluar los resultados para una mejora continua en la calidad de los cuidados, ya que la propuesta humanista de Henderson es el fundamento del cuidado personalizado.¹³

Rodríguez y Ferrer (2002), realizaron un estudio de prevalencia de las 14 necesidades básicas de Henderson dentro del área de pediatría de un centro hospitalario de España, las autoras estimaron la frecuencia de cada necesidad y de los diagnósticos enfermeros, observando mayor prevalencia en la necesidad de evitar los peligros (90.9%), con los diagnósticos de riesgo de traumatismo (82.4%) y riesgo de infección (66.5%); termorregulación (68.8%) con el diagnóstico de hipertermia (56.8%) y; oxigenación (48.9%) con el diagnóstico de limpieza ineficaz de la vía aérea (13.6%). Estos resultados demuestran que un modelo conceptual en enfermería es una base de datos que refleja el quehacer enfermero a partir del análisis del plan de cuidados individualizado, lo cual permitirá guiar actividades preventivas que orienten al paciente hacia la independencia.¹⁴

Los estudios de caso anteriores, revelan que existe un extenso campo para estudiar al individuo de forma integral a partir del modelo conceptual de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, el cual acepta el establecimiento de un plan de cuidados enfermeros individualizados con la finalidad de lograr o mantener la independencia del paciente.

¹³ Franco-Orozco M, Espinosa-Meneses V. Valoración de la necesidad de alimentación en los niños. *Desarrollo Cientif Enferm* 2003; 11(4):115-9.

¹⁴ Rodríguez-Bestillerio AM, Ferrer-Pardavila MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (6):253-9

Por tanto, el propósito de este estudio de caso es identificar la dependencia en la necesidad de moverse y mantener buena postura en un escolar, y elaborar el plan de cuidados de acuerdo al modelo conceptual de V. Henderson.

2. Modelo conceptual de Virginia Henderson.

La perspectiva filosófica de Virginia Henderson se ve influenciada por la teoría de las necesidades y el desarrollo humanos (A. Maslow, E.H. Erickson, J. Piaget), lo que le permite conceptualizar a la persona y define los elementos que constituyen el metaparadigma de enfermería de la siguiente forma:

La *Persona*, es un ser integral, sus componentes son biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y conducen al máximo desarrollo de su potencial.

El *entorno*, no lo define, se refiere a él como algo estático, reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud; sus escritos más recientes (1985) hablan de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el paciente y la enfermera.

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

Salud, se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas.¹⁵

Así mismo, aclara la *el rol fundamental de la enfermera* o función propia de enfermería:

“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 si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”¹⁶

¹⁵ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit.p. 33

¹⁶ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M.Op. cit. p. 2

La interpretación de la función de enfermería de Henderson identifica *postulados, valores, elementos fundamentales y conceptos* que sustentan su propuesta filosófica.

Postulados.

“La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas “

“La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla “

“Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente”.¹⁷

Valores.

Se refieren al propio ejercicio de la profesión enfermera y su participación con otros profesionales de la salud los cuales consisten en:

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

“Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cualificado”

“La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle”¹⁸

Elementos fundamentales.

Estos orientan la práctica de la profesión e incluyen los siguientes términos:

Objetivo de los cuidados. Es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o a morir de forma digna.

Cliente. Es la persona que representa un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

Rol profesional. Es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta para que logre su independencia (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

¹⁷ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit.p.33

¹⁸ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit.p.34

Fuente de la dificultad. Es la causa o área de la dependencia de la persona, es decir, cualquier impedimento para la satisfacción de una o varias necesidades básicas y está relacionada con la falta de fuerza, los conocimientos o la voluntad.

La falta de fuerza puede ser física o intelectual; se trata de falta de fuerza física cuando la persona carece de la habilidad psicomotriz para realizar las actividades requeridas y, la falta de fuerza psíquica cuando no sea capaz de percibir la información, relacionarla con los datos de que ya dispone o tomar una decisión que se manifieste en una conducta concreta.

La falta de conocimientos representa el área de dependencia cuando la persona teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para cuidar su salud o desconoce los recursos y limitaciones personales, familiares o comunitarias con los que cuenta.

La falta de voluntad implica que la persona no desea con suficiente intensidad realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Intervenciones. Estas incluyen al centro y el modo de la intervención.

El centro de la intervención es el área(s) de dependencia de la persona, es decir, los conocimientos (saber que hacer y como hacerlo), la fuerza (poder hacer) o la voluntad (querer hacer).

El modo de intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

Consecuencias de la intervención.

Son determinadas por la satisfacción de las necesidades básicas de la persona (rol de suplencia o ayuda para aumentar, mantener o recuperar su independencia) o morir de forma apacible.¹⁹

Así los principales *Conceptos* son:

Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

¹⁹ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit.p.35

Independencia. 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.

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

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

Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.²⁰

En la independencia, las manifestaciones son indicadores de conductas de la persona adecuadas para satisfacer las necesidades básicas; en cambio en la dependencia las conductas resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.²¹

2.1. Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

A partir de su concepto de persona V. Henderson reconoce 14 necesidades básicas y las describe a partir del estado biofisiológico, psicológico, social, cultural y espiritual del paciente, en las cuales explora las fuentes de la dificultad (incapacidades) y su influencia sobre la condición de la persona, las cuales son causas de la independencia (satisfacción) y dependencia (no satisfacción) del estado de salud.

Aunque solo algunas necesidades podrían considerarse esenciales en el sentido de la supervivencia, sin embargo, todas son requisitos fundamentales para mantener la integridad, de tal forma que establecen interrelaciones entre sí configurando una unidad, por lo que no considerar cualquiera de ellas constituye la negación de la totalidad de la persona.

Las necesidades básicas son:

²⁰ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Op. cit. p.3

²¹ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.38

1. Respirar.
2. Comer y beber.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse con los semejantes.
11. Actuar según sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Las necesidades adquieren una doble vertiente cuando son abordadas, la universalidad ya que son comunes y esenciales para todos los seres humanos y, la especificidad porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.²²

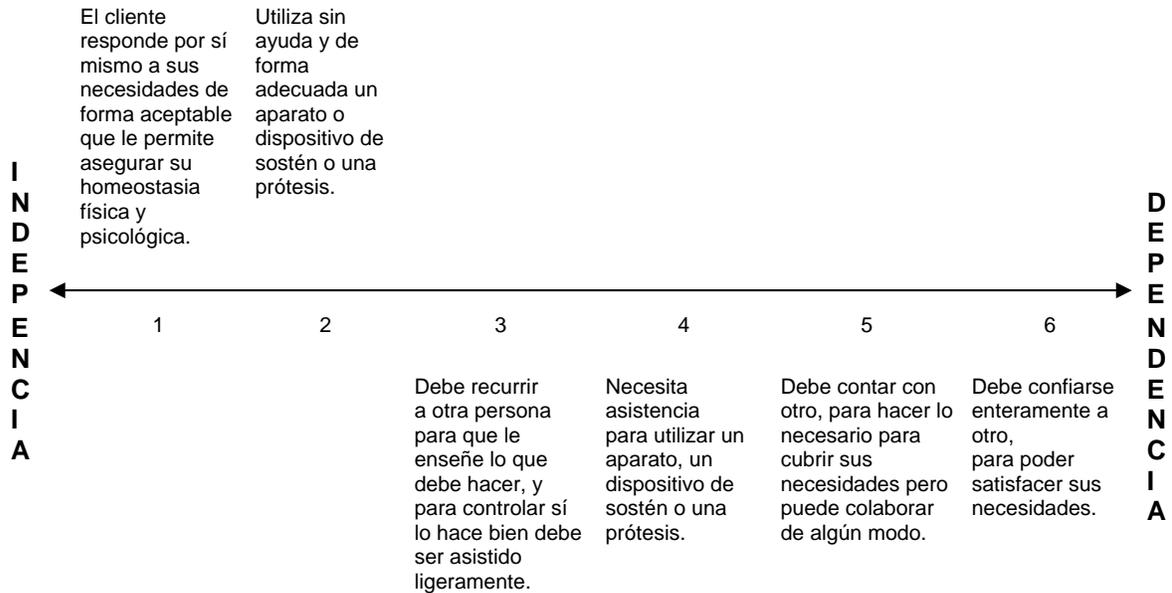
En la *dependencia* surgen manifestaciones que pueden ser objetivas y subjetivas que se traducen por signos y síntomas que indican las alteraciones, física, psicológica, social, espiritual, o bien manifestarse por hábitos que dañan la salud.

De ahí que el modelo evalúa la satisfacción en un nivel aceptable para evitar la dependencia, a partir de una escala continua propuesta por Phaneuf, la cual se divide en seis niveles o intensidades entre la independencia y dependencia.²³

Escala Continuo Independencia/ dependencia

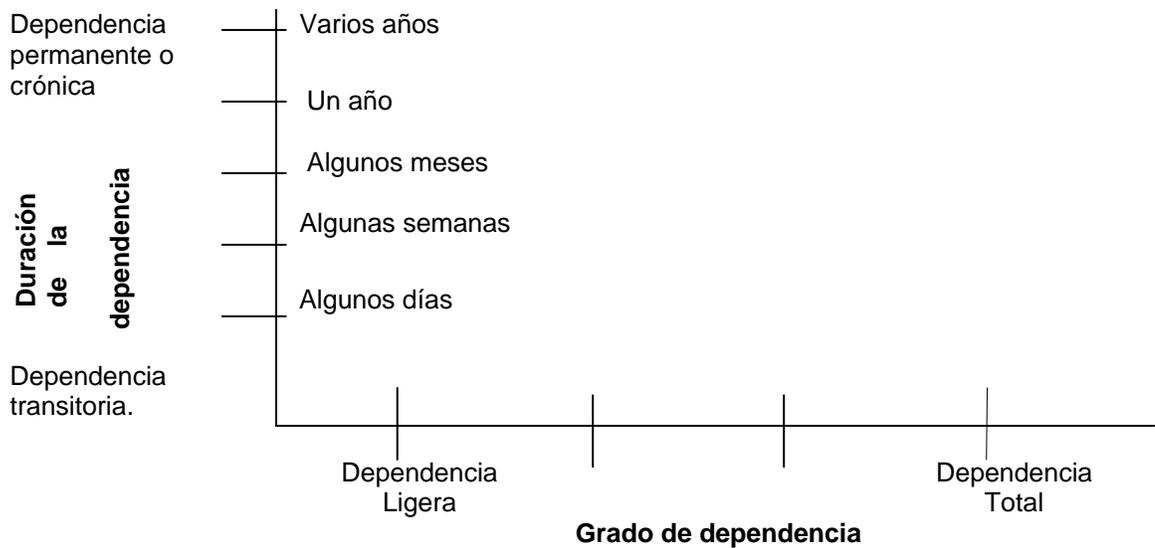
²² Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. Cit. p.36

²³ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill; 1999. p.16



Fuente: Phanuef M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1993. p.31.

La dependencia de la persona también se considera en relación con su duración, por lo que puede ser una dependencia ligera o total, transitoria o permanente.²⁴



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p. 32

La dependencia e independencia en el niño.

²⁴ Phaneuff M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p.32

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

La *Independencia*, consiste en alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.²⁵

Henderson reconoce a la enfermera como proveedora de los cuidados en las necesidades vitales que establece dentro de su ámbito relaciones con el paciente, con el médico y como miembro en el equipo de salud. Respecto a la primera, la enfermera actúa como sustituto, ayuda o compañera del paciente cuando se presenta enfermo, por lo que carece de autonomía debido a la presencia de las fuentes de la dificultad y es donde la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia. En contraste con el médico, la enfermera tiene una función básica única la cual se plasma en el plan de cuidados; y por último, la enfermera trabaja en interdependencia con los otros profesionales sanitarios realizando acciones de asistencia.²⁶

De acuerdo a lo anterior, la propuesta de Henderson es un concepto de transición entre el pensamiento filosófico, bajo la visión holística del hombre, que sirve de base a la prestación de los cuidados y las acciones que realiza la enfermera todos los días y, el cual está orientado a las necesidades humanas.

Por tanto, dicha propuesta estructura la planeación de los cuidados sobre una base teórica, por medio de la integración de conocimientos que guardan relación con las causas y los sujetos principales a estudiar, ejerciendo su acción sobre la persona cuidada, utilizando un lenguaje especializado para describirla en función de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales, lo cual justifica la práctica del profesional de enfermería dentro de un contexto social.²⁷

Phaneuf describe las siguientes ventajas para utilizarlo:

- Delimita el campo de acción de enfermería.

²⁵ Phaneuff M. Op. cit. p.30

²⁶ Wertman DD, Lauer T, Marriner-Tomey A, Neal SE, Williams S. Op. cit. p.107

²⁷ Phaneuf M. Opcit. p.30

- Proporciona una base de observación y de análisis de la realidad del paciente
- Organiza los cuidados con el fin de satisfacer las necesidades de la persona.
- Hace más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.
- Utiliza un lenguaje común.
- Manifiesta la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y el trabajo interdisciplinario.
- Revaloriza el rol autónomo de la enfermera.²⁸

Finalmente, Henderson sitúa la función de la enfermera(o) en el logro de la independencia del paciente, para llevarlo a cabo, conecta las necesidades básicas con el proceso de enfermería que lo considera como un proceso de solución de problemas.

Por tanto, dicha propuesta filosófica constituye una concepción personal acerca de la función de la enfermera, la cual se encuentra inmersa en un contexto histórico social.²⁹

3. Proceso de atención de enfermería.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.³⁰

Por consiguiente, es un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Utilizado con rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados.

Aplicado al enfoque filosófico de Henderson, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano biopsicosocial, cultural y

²⁸ Phaneuf M. Opcit.p.9

²⁹ Marriner-Tommey. Opcit. p.106-9.

³⁰ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2ª.ed. Barcelona:Doyma;1992. p.6-7.

espiritual, y la búsqueda de las fuentes de la dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de la dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.³¹

Las 5 etapas del proceso de enfermería son diagnóstico, valoración, planificación, ejecución y evaluación, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.³²

Etapas del proceso de enfermería.

1) Valoración.

Es el primer paso del proceso de enfermería en la cual se reúne, verifica y comunica datos sobre el paciente de forma sistemática, para establecer una base de datos sobre el grado de salud, las medidas sanitarias, las enfermedades pasadas y experiencias relacionadas, así como las expectativas de su paciente.

Esta fase incluye: la obtención de datos; la confirmación, clasificación y organización de datos y; la documentación de los datos.³³

Este proceso de recolección de información incluye las siguientes actividades:

1. Recogida de datos.

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir la información específica sobre el usuario, los cuales se pueden clasificar en:

A. Antecedentes o actuales. Según pertenezcan al pasado o al presente.

B. Objetivos y subjetivos. Los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a partir del examen físico y; los segundos se refieren a ideas,

³¹ Phaneuf M. Op. Cit.p.50

³² Alfaro R. Op. cit. p.6.

³³ Potter P. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. 5ª ed. Barcelona: Harcourt-Océano; 2001.p. 125

sentimientos y percepciones, por lo que no son comprobables ni mensurables y se obtienen de la entrevista con el paciente y la familia.

C. Generales o focalizados. Puede tratarse de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del paciente, o datos pormenorizados sobre una situación o aspectos concretos.³⁴

La valoración focalizada se usa para reunir información específica para determinar el estado de salud de un problema real o potencial, con el fin de centrar la atención sobre dicho problema y permite una continuidad para monitorizar el estado de salud del paciente. Los datos obtenidos provienen del paciente, familia, historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.³⁵

Los métodos para obtener la información requerida básicamente son:

a) Entrevista. Es un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre los aspectos de salud que considera relevantes.³⁶

Consta de las fases de orientación, trabajo y finalización. Durante la primera fase, la enfermera se presenta por su nombre y cargo y expone el objetivo de la entrevista asegurando al paciente que toda la información será utilizada exclusivamente por los profesionales sanitarios. La fase de trabajo está diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente y; en la fase de finalización se dará un indicio del término de la entrevista.³⁷

b) Observación. Es el uso sistemático de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para reunir información sobre el paciente, la familia o las personas significativas, el entorno y las interacciones entre esas tres variables.

c) Exploración física. Es la valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, mediante el uso de cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, auscultación y percusión. Dentro de este método, se valorarán las constantes vitales, peso y talla, impresión general, el examen cefalocaudal, y el estado de la piel.

2. Validación de datos.

³⁴ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op cit. p.4

³⁵ Alfaro R. Op. cit. p.32

³⁶ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op cit. p.4

³⁷ Pottter. Op. cit.p.126

Consiste en comprobar que la información obtenida sea real y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas o malas interpretaciones, por tanto, se confirmaran los datos anómalos con el resto de la información disponible, así como todos aquellos que resulten de importancia para establecer el diagnóstico o planificar intervenciones.

3. Organización de los datos

Consiste en agrupar la información en categorías para obtener una imagen clara de la situación, como menciona Alfaro, esto permitirá identificar las capacidades del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales. La ventaja de este paso consiste en que la enfermera, en base a un modelo enfermero dirigirá la atención hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud y permite identificar diagnósticos de enfermería.

4. Registro de los datos.

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida de forma inmediata para evitar perder información relevante, con la finalidad de formular diagnósticos y planear las intervenciones enfermeras y así asegurar la continuidad de los cuidados.³⁸

2) Diagnóstico.

“El diagnóstico de enfermería es el problema actual o potencial del cliente que las enfermeras en virtud de su formación y de su experiencia, están capacitadas y jurídicamente legitimadas para cuidar “(Gordon 1976).³⁹

Por tanto, es el análisis e interpretación de los datos recogidos sobre el cliente, que hacen posible que veamos con claridad cuál es su problema específico de dependencia y la fuente de la dificultad que lo provoca. En otras palabras, permite realizar el diagnóstico de cuidados.⁴⁰

Una vez reunidos todos los datos necesarios, se determinarán las capacidades (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales y potenciales (que serían la base del plan de cuidados). También determinará que problemas pueden resolverse mediante las intervenciones

³⁸ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.4,5

³⁹ Alfaro R. Op. cit. p.71

⁴⁰ Phaneuf M. Op. cit. p.51

independientes de enfermería y que problemas requerirán acciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud cualificado para ello.⁴¹

Dentro del marco conceptual de V. Henderson este análisis se lleva a cabo por medio del examen de datos y su clasificación en datos de independencia, los que reflejan la satisfacción autónoma de las necesidades, y datos de dependencia, los que la descartan. El análisis supone igualmente la agrupación de los datos en torno a cada una de las catorce necesidades, con el fin de establecer un esquema en conjunto; el interpretar dentro del proceso de cuidados bajo este enfoque significa explicar el origen o la causa del problema de dependencia y detectar los factores que contribuyen a ella, es decir, las fuentes de la dificultad.

El problema de dependencia, junto con la fuente de la dificultad, constituye el diagnóstico de cuidados que es dentro de este proceso, el objetivo de análisis y de la interpretación.⁴²

Así que en ésta etapa se pueden distinguir dos pasos:

- 1) el análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis y,
- 2) la formulación de los problemas detectados.

1. Análisis de los datos y la elaboración de inferencias e hipótesis. Consiste en estudiar la información obtenida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales. Se reúnen los datos relevantes y se diferencian de aquellos entre los que parezca existir alguna relación, de forma que se integran para establecer las conexiones entre dichos datos, lo que permite interpretar e interrelacionar las inferencias que conducen a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de la persona, obteniendo una visión general en la que se puede detectar:

1. Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).
2. Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).

⁴¹ Alfaro R. Op. cit. p.7

⁴² Phaneuf M. Opcit. p.74

3. Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

2. *Formulación de los problemas detectados.* De acuerdo a lo anterior, se pueden identificar dos tipos de problemas según pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio:

a. Problemas de colaboración (interdependiente), consisten en los problemas reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y de control prescritas por otro profesional como el médico. El centro de atención no es la situación fisiopatológica sino el cliente, es decir, que requiere ayuda para seguir su tratamiento o para controlar dicha situación. Para nombrar este problema es necesario utilizar la terminología médica, la cual describe las alteraciones de la homeostasis biológica, anteponiendo en el segundo caso “complicación potencial” para indicar la existencia del problema.

b. Problemas independientes (Diagnósticos enfermeros). Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros son una base para seleccionar las intervenciones enfermeras destinadas a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable, pueden ser reales, de riesgo (potencial), de salud y posibles.

1) Diagnóstico real. Describe la respuesta de una persona, una familia o una comunidad, a una situación de salud/proceso vital; se identifica cuando en la valoración se observa datos objetivos y subjetivos que indican su presencia.

Para describirlos se utiliza el formato en tres partes, el problema que se une a las causas o etiología (fuentes de la dificultad) mediante la fórmula “relacionado con” y ésta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase “manifestado por”.

2) Diagnóstico de riesgo (potencial). Describe la respuesta a situaciones de salud/procesos vitales que puede desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables; se formulan cuando el problema aun no existe pero hay factores de riesgo que contribuyen a aumentar la susceptibilidad del usuario. Al describirlo debe incluirse la expresión de riesgo antes de especificar el problema y se aconseja el formato en dos partes: problema relacionado con factor de riesgo (causa).

3) Diagnóstico de salud. Describe la respuesta del usuario que goza de salud o bienestar y que puede y quiere alcanzar un grado mayor, este tipo de diagnóstico tiene un solo componente: situación de salud que debe mejorar.⁴³

4) Diagnóstico posible. Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.⁴⁴

En los diagnósticos reales y de riesgo (potenciales), es importante identificar la causa que los provoca o que contribuye a ellos ya que en la medida en que ésta pueda ser eliminada o reducida, o sus efectos puedan ser modificados, el problema desaparecerá, se reducirá o controlará. Sin embargo, en los diagnósticos de salud no es necesario precisar la causa.⁴⁵

Para elaborar los diagnósticos de enfermería, según el modelo de Henderson se siguen cuatro pasos que consisten en:

- 1) análisis de datos,
- 2) identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería,
- 3) identificación de los problemas interdependientes e,
- 4) identificación de capacidades (datos de independencia).⁴⁶

Los componentes de los diagnósticos aceptados por la NANDA, constan de tres componentes: título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados, su definición es la siguiente:

- Título (o etiqueta). Descripción breve del problema de salud, consta de dos partes unidas por la frase “relacionado con”. El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos proponer en el plan de cuidados.
- Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.
- Factores etiológicos y contribuyentes. Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el

⁴³ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV.. Op. cit.p.6-8

⁴⁴ Alfaro R. Op. cit. p. 58

⁴⁵ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV.. Opcit.p.8

⁴⁶ García-González MJ. Op. cit.p.33

problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.⁴⁷

3) Planificación.

Una vez identificadas las capacidades y problemas, es el momento de trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.⁴⁸

La planificación permite determinar los objetivos que deben seguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el cliente no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades, y resolver su problema de dependencia. Tiene dos vertientes: la elaboración de los objetivos de cuidados y la planificación de las intervenciones.

Los objetivos indican el resultado que se quiere conseguir en el paciente, y la planificación de intervenciones determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.⁴⁹

La planificación incluye las siguientes actividades:

1. Fijación de prioridades.

Es necesario identificar que problemas requieren de intervención inmediata, y cuales otros posteriormente, por lo que consiste en un método por el cual el profesional de enfermería y el paciente clasifican de forma conjunta los diagnósticos por orden de importancia basándose en los deseos, necesidades y seguridad del paciente.⁵⁰

Las prioridades se diferencian en altas, intermedias y bajas; las altas aparecen en las dimensiones psicológica y fisiológica, las intermedias en necesidades del paciente no urgentes y que no amenazan su vida y, las bajas exhiben las necesidades del paciente que pueden no estar directamente relacionadas con la enfermedad pero que pueden afectar su futuro bienestar.⁵¹

⁴⁷ García-González MJ. Op. cit. p.35

⁴⁸ Alfaro R. Op. cit. p.7

⁴⁹ Phaneuf M. Op. cit.p.51-52

⁵⁰ García-González MJ. Op. cit.p. 37

⁵¹ Potter P. Op. cit. p.146

2. Formulación de objetivos.

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería y detectadas las prioridades se determinarán los objetivos de los cuidados.⁵²

Los objetivos centrados en el paciente, que reflejan los cambios deseables en su estado de salud, y los beneficios que obtiene con los cuidados de enfermería son los más recomendables.⁵³

Para cada diagnóstico del plan de cuidados, se elaborará los objetivos centrados en el paciente, que determinen la resolución al problema que originó dicho diagnóstico. Un objetivo centrado en el paciente es específico y mensurable diseñado para reflejar el nivel más alto de bienestar e independencia funcional del paciente.

Los objetivos deben cubrir las necesidades inmediatas del paciente, así también deben incluir la prevención y rehabilitación. Se desarrollaran objetivos a corto y a largo plazo; un objetivo a corto plazo es aquel que se espera conseguir en un corto periodo de tiempo (en menos de 1 semana), a diferencia de objetivos a largo plazo que se esperan conseguir en un tiempo más prolongado (de semanas a meses).⁵⁴

Los resultados esperados se pueden clasificar en las áreas psicomotriz, afectiva y cognitiva, que de acuerdo a la propuesta filosófica de Henderson corresponden a las áreas problema de: fuerza (desarrollo de habilidades psicomotoras), voluntad (cambios de actitud, sentimientos o valores) y, conocimiento (habilidades intelectuales o conocimientos) respectivamente.⁵⁵

Los objetivos constan de los siguientes componentes

Sujeto. Quién tiene que lograr el objetivo es el usuario ya que en el plan de cuidados el sujeto esta implícito

Verbo. Qué debe hacer el sujeto para demostrar que se ha logrado el objetivo por lo que al ser redactado se utilizarán verbos de acción que indiquen una conducta observable.

Tiempo. Cuándo hay que valorar sí se ha logrado o no el resultado esperado.

⁵² Potter P. Op. cit. p. 147

⁵³ García-González MJ. Op. cit. p.37

⁵⁴ Potter P. Op. cit. p. 147

⁵⁵ García-González MJ. Op. cit.p.38

Modo. Cómo debe realizar la acción el sujeto para considerar que se ha logrado el objetivo propuesto

Medida. Hasta cuándo o hasta dónde, cuando en el objetivo que debe alcanzarse sea posible identificar grados o niveles distintos.⁵⁶

3. Decisión de las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería se seleccionan después de establecer los objetivos y para realizarlos, la enfermera utiliza datos de valoración, establecimiento de prioridades, sus conocimientos y experiencia.

Existen tres tipos de intervenciones enfermeras: las independientes, en las que intervienen aspectos de la práctica de enfermería profesional dentro de un marco legal, encaminadas a solucionar los problemas del paciente, que no requieren supervisión o autorización de otros.

Las intervenciones interdependientes las realiza la enfermera en colaboración con otro profesional sanitario que ofrecen también una solución a un problema del paciente.

Las intervenciones dependientes se basan en las instrucciones u órdenes escritas de otro profesional, que dentro de la práctica legal de enfermería entra dentro de sus competencias el llevar a cabo estas órdenes.⁵⁷

Por lo tanto, las intervenciones se refieren a las acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y promover, mantener o restaurar la salud.

Es importante mencionar que antes de realizar alguna intervención de enfermería se deben realizar valoraciones focalizadas de los problemas identificados con el fin de evitar la creación de nuevos problemas que afecten al individuo.⁵⁸

Sin duda, el papel de la enfermera difiere cuando se trata de problemas de colaboración (interdependientes y dependientes) y problemas independientes (diagnósticos enfermeros).

⁵⁶ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.10

⁵⁷ Potter P. Op. cit. p.150-1

⁵⁸ Alfaro R. Op. cit. p. 118-119

De ahí que se entiende por *intervención* al modo de actuar para tratar el diagnóstico identificado y, por *actividades* al conjunto de operaciones para realizar cualquier intervención y que varían en función de las condiciones y entorno del usuario. Así que es conveniente incluir en el plan de cuidados tanto las intervenciones como las actividades lo cual apoyará a la ejecución del plan.

La determinación de las intervenciones de enfermería para los diagnósticos enfermeros se distinguen en dos grupos:

a) orientadas al problema, es decir, en los diagnósticos reales, van encaminados a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones; en los diagnósticos de riesgo se dirigirán a la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real y; en los diagnósticos de salud perseguirán el logro de mayor grado de bienestar o salud.

b) derivadas de la causa, serán eficaces a medida que consigan eliminar, controlar o reducir la causa o modificar sus efectos.

Sin embargo, en ambos grupos las intervenciones derivan directamente de la segunda parte del diagnóstico (etiología).⁵⁹

4. Determinación de las órdenes de enfermería (acciones independientes).

Una vez que se han determinado las intervenciones de enfermería para proporcionar cuidados, será necesario escribir las órdenes de enfermería para que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese paciente tengan instrucciones precisas para la ejecución del plan de cuidados.⁶⁰

En consecuencia, al anotar las actividades en el plan de cuidados hay que hacer constar:

- Sujeto: quién debe realizar la acción
- Verbo: qué acción o acciones hay que llevar a cabo
- Tiempo: cuándo hay que hacerlo
- Modo: cómo debe realizarse la actividad
- Medida: hasta cuándo o hasta dónde debe continuar la actividad.

⁵⁹ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.12

⁶⁰ Alfaro R. Op. cit. p.130

-Firma: de la enfermera quién prescribe la orden.⁶¹

Es decir, las instrucciones deben ser claras sobre las acciones de enfermería que deberán realizarse para cada problema específico.⁶²

5. Anotación del plan de cuidados de enfermería.

Los planes de cuidados escritos documentan las necesidades de asistencia sanitaria del paciente y los diagnósticos enfermeros, las prioridades, los objetivos y resultados esperados formulados durante la planificación.⁶³

Así el plan de cuidados se centra en los diagnósticos de enfermería, cuyas intervenciones y acciones ayudarán a lograr los objetivos planteados para la enfermera y el paciente.⁶⁴

Las enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados prescrito por lo deberá plasmar por escrito en un instrumento para su elaboración (formato) que consta de los siguientes componentes:

- Un breve perfil del paciente (datos demográficos)
- Diagnósticos de enfermería
- Objetivos planteados
- Actividades específicas de enfermería
- Evaluación.⁶⁵

El registro del plan de cuidados tiene las siguientes ventajas:

- Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
- Dirige los cuidados y la documentación.
- Crea un registro escrito que más tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
- Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios que más tarde puede usarse para cuantificar su coste.⁶⁶

4) Ejecución.

⁶¹ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.12

⁶² Alfaro R. Op. cit. p.130

⁶³ Potter P. Op. cit. p. 152

⁶⁴ Alfaro R. Op. cit. p.146

⁶⁵ García-González MJ. Op. cit.p. 41

⁶⁶ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.13

Es el momento de poner el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades:

-Seguir recogiendo la información sobre el paciente (valoración continua) para determinar como ha respondido as las acciones e identificar nuevos problemas (fijación de prioridades).

-Realizar las intervenciones y actividades preescritas durante la planificación.

-Anotar (registrar) y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de enfermería. Las enfermeras necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y cómo está funcionando el plan de cuidados (actualización del plan).⁶⁷

Así, al ser la ejecución la puesta en práctica por parte de la enfermera del plan de intervenciones elaborado consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y, de sus resultados.⁶⁸

1. *Preparación para la acción.* Significa revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la planificación con el fin de:

-Determinar si las actividades son apropiadas en la situación actual del usuario.

-Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.

-Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.

Por ende, prepara el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

2. *Realización de las actividades.*

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

3. *Registro de la actuación.*

La enfermera anotará en la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado en esa circunstancia.⁶⁹

5) Evaluación.

⁶⁷ Alfaro R. Op. cit. p.7

⁶⁸ Phaneuf M. Op. cit. p. 51

⁶⁹ Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p. 13-14

La evaluación de los cuidados consiste en volver hacia atrás para valorar si el proceso que se ha seguido y los resultados obtenidos son válidos o no. Esta revisión permite comprobar si se han conseguido los objetivos, y si es necesario incorporar nuevos datos surgidos de la evolución del estado del cliente, por lo que es considerada una etapa que pone en movimiento un proceso cíclico.⁷⁰

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el mismo, por lo que se replantearán las preguntas con respecto a si los objetivos planteados se alcanzaron durante la planificación, o se han desarrollado nuevos problemas para fijarse nuevos objetivos o qué se ha hecho para que el plan funcionara.⁷¹

Consta de tres pasos:

1) La valoración de la situación actual del usuario, que se realiza a través de las técnicas de valoración (entrevista, observación, valoración física y revisión del expediente) para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

2) La comparación de la situación actual con los objetivos marcados y la emisión de un juicio o conclusión. Una vez reunidos los datos actuales se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos que pueden haberse conseguido totalmente, en parte o ninguna vez, lo cual permitirá avanzar o detenerse, para replantearse la efectividad de los mismos.

3) Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados. Finalmente, se tomará una decisión sobre la actuación enfermera que deberá seguirse a través del mantenimiento, modificación o finalización del plan.

El mantenimiento visualiza el logro de los objetivos de forma parcial y al analizar todo el proceso si se comprueba que el diagnóstico y las intervenciones son adecuadas se continuará con el plan; sin embargo, cuando los objetivos se han logrado en parte o no son logrados en el plan debido a factores que influyen sobre los objetivos se tendrá que modificar el plan de acuerdo a los nuevos hallazgos, o

⁷⁰ Phaneuf M. Op. cit. p.51

⁷¹ Alfaro R. Op. cit. p.7.

bien, si los objetivos fueron totalmente logrados y el paciente muestra una estabilidad en su salud se dará por finalizado el plan.⁷²

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas:

- a) Estructura,
- b) Proceso y
- c) Resultado

Así mismo el proceso y el resultado pueden dividirse en dos categorías: concurrente (presente) y retrospectiva (pasada).⁷³

A continuación se describe cada una de las formas de evaluación en el siguiente cuadro:

Formas de evaluación.

Formas	Propósito	Instrumentos o medios	Fuentes de datos.
a) Estructura	La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente	Forma de la Comisión de la junta sobre hospitales. Auditorias	Manuales de procedimientos Enunciados de las políticas de la institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de enfermería. Planes de orientación y programas en servicio Nivel educativo del personal Instalaciones y equipo disponibles Gráficas y kárdex.
b) Proceso	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso	Escala de clasificación de competencia de enfermería. Escala de la calidad de los cuidados de enfermería	Evaluación Concurrente. La enfermera demuestra nuevos conocimientos y rendimientos en sus habilidades. La gráfica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas. Evaluación Retrospectiva. La gráfica cita los procedimientos implementados como verificar los signos vitales

⁷² Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.15

⁷³ Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El manual moderno; 1993. p. 195

			y enseñar.
c) Resultado	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con las respuestas esperadas o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería	Sistema de Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento	Evaluación Concurrente. El paciente demuestra nuevos conocimientos destrezas así como mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica. Evaluación Retrospectiva. La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Fuente: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El manual moderno; 1993. p.195

4. Consideraciones éticas.

La ética se refiere el estudio de los ideales filosóficos de conducta correcta y errónea. Los actos éticos reflejan un compromiso con los estándares que superan las preferencias personales, es decir, en los que están de acuerdo individuos, profesiones y sociedades.⁷⁴

Los aspectos éticos asociados a la actividad científica y su relación con la vida humana cobran importancia a consecuencia de los trágicos sucesos acontecidos durante la Segunda Guerra Mundial que dieron origen al Código de Nuremberg, cuyo carácter deontológico (obligación moral) sugiere varias recomendaciones en experimentación con el ser humano poniendo énfasis en el consentimiento informado. Posteriormente, en 1948 la Organización de las Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos con el propósito de proteger el derecho primario y fundamental a la vida de toda persona, y en el cual se

⁷⁴ Potter P. Op. cit.p.413

encuentran la salud y la autonomía. Es en 1964 que la Asociación Médica Mundial emite la Declaración de Helsinki, código deontológico que establece una serie de recomendaciones para las investigaciones clínicas, el cual se divide básicamente en tres partes: las dos primeras se refieren a los principios generales de investigación experimental y una tercera presta particular atención a la ética cuando la experimentación se asocia al tratamiento médico de los pacientes sujetos a experimentación. La importancia de estos acontecimientos radica en el surgimiento de las bases éticas de reconocimiento internacional para el sustento de los comités de ética de cada país que deberán garantizar la protección e integridad de la vida de las personas frente a la investigación científica.⁷⁵

Dentro de la Enfermería, la ética ha sido un rasgo perdurable, notable, y reconocido desde su existencia, pues en su práctica diaria la frecuencia de cuestiones éticas que deben ser tomadas no tiene una respuesta sencilla. Principalmente, enfermería utiliza la ética para evaluar y justificar sus acciones y comportamientos y los de otras personas.⁷⁶

En la práctica profesional de enfermería, los códigos y leyes son directrices generales que definen la práctica para una atención segura y compasiva y ofrecen a la población una definición de los estándares prácticos profesionales.⁷⁷

Durante los últimos años del siglo XX la humanidad ha sufrido diversos cambios en el aspecto del mantenimiento de la salud a partir de una tecnología compleja, situación no ajena a la enfermería ya que su presencia significa el cuidado a la persona sana o enferma. Históricamente en enfermería se observan tres enfoques de ética basados en: la virtud, los principios y el cuidado. La ética de la virtud tiene su fundamento en la influencia del carácter o comportamientos de la enfermera sobre sus actividades; a partir del surgimiento de los principios de la ética, enfermería se ha centrado esencialmente en éstos, que se ocupan de los conceptos de los derechos, las obligaciones y los deberes así como de la idea de las consecuencias de nuestras acciones. Dichos principios son los siguientes:

⁷⁵ Fraile-Duvicq CG. Ciencia, ética y enfermería. p.2 internet

⁷⁶ Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería clínica* 1999;9(1): p.21-4

⁷⁷ Potter P. Op. cit. p.413

1. Respeto por la persona (autonomía), considerando los objetivos y los valores del mismo a la hora de tomar decisiones sobre los cuidados y el tratamiento.

2. No maleficencia (no hacer daño), es decir no causar daño, prevenir el daño y erradicar el daño.

3. Beneficencia (hacer el bien) que provee beneficios y un equilibrio entre éstos y los daños en una situación determinada.

4. Justicia (ecuanimidad) es el principio ético básico para la sociedad y para la prestación de los cuidados de enfermería y de salud.⁷⁸

La ética del cuidado, concepto que a partir de la década de los 80s se introduce y explora la noción de cuidados como actividad central de la conducta humana considerando que los cuidados “son el campo central y unificador para el cuerpo de conocimiento y la práctica en enfermería”⁷⁹

Si bien es cierto que enfermería realiza investigación de tipo social y experimental, es necesario considerar los aspectos éticos antes descritos los cuales se exigen en todo proceso de investigación. En nuestro país la Ley General de Salud en su título quinto investigación para la salud, capítulo único artículo 96 establece “la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan, entre otras al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de los servicios de salud” y, en su artículo 100 expone que “la investigación en los seres humanos se desarrollará siempre y cuando no se exponga a riesgos y daños innecesarios del sujeto en experimentación y teniendo su debido consentimiento o el de su representante legal por escrito”⁸⁰

El Código de ética para enfermeras(os) de México contempla el conocimiento científico, técnico y una orientación humanista, este último aspecto tiene una base en ética y deontología, sin embargo, en la práctica profesional la existencia del código integra una guía para su comportamiento ético porque en enfermería el cuidado proporcionado a la persona trasciende las dimensiones del humanismo ya que conlleva dos aspectos diferentes pero necesarios que son la sensibilidad

⁷⁸ Davis AJ. Op. cit. p.23

⁷⁹ Potter . Op. cit. p.423

⁸⁰ Ley General de Salud. Recopilado por Enciso J. Ley General de Salud. Título quinto. México: Distribuidora y editora mexicana; 2002. p. 43

incomparable con la eficiencia técnica puesto que la primer aspecto está en relación con el orden de los fines y el último con la de los medios.⁸¹

El código de ética de enfermería en nuestro país, en su capítulo II “de los deberes de las enfermeras para con las personas” dicta en su artículo segundo “respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”, para éste estudio de caso, la coordinación de la especialidad diseño un formato de consentimiento informado (Anexo 1). Así como también, en el capítulo V “de los deberes de las enfermeras para con su profesión” dicta en su artículo vigésimo cuarto “contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias incluyendo la investigación en su disciplina”⁸²

De acuerdo a lo anterior, la coordinación de la especialidad se fundamenta en dichos aspectos considerándolos para la realización del presente estudio de caso respetando las condiciones éticas y legales establecidas por la comunidad científica.

5. Fractura diafisaria del fémur como factor de riesgo para la necesidad de moverse y mantener buena y postura.

CONCEPTO.

Una fractura es la interrupción en la continuidad de un hueso, que provoca una inestabilidad en los apoyos internos del cuerpo y de los miembros. El lugar donde se produce la interrupción ósea se denomina foco de fractura.⁸³

Fracturas de la diáfisis femoral. Estas son frecuentes en niños y son consideradas graves por la pérdida de sangre o potencial de choque que acompañan al trauma primario. La diáfisis femoral solo se rompe ante una fuerza tremenda, resultado de traumatismos directos o indirectos.⁸⁴

EPIDEMIOLOGÍA.

En los miembros inferiores de los niños, la frecuencia de fracturas en la diáfisis del fémur ocupa el 26% con una edad de predominio entre los 11 y 18 años.⁸⁵

⁸¹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de innovación y calidad 2001.p.14

⁸² Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. cit.p.15

⁸³ Navarro-Gómez MV. Enfermería. Movimiento y postura. España: Masson; 2000.p. 219

⁸⁴ Tadjian MO. Ortopedia pediátrica. 7a ed. Madrid: Interamericana; 1995. p.1666

⁸⁵ . Hospital Infantil de México. Urgencias en pediatría.5ª ed. México: McGrawHill:2002.p.1222

CONSIDERACIONES GENERALES.

El hueso del niño se caracteriza por ser más poroso y rico en canalículos haversianos; el periostio es más resistente y elástico, lo cual puede prevenir una fractura completa o limitar el desplazamiento de los fragmentos. Los tejidos blandos son fuertes y pueden ayudar a mantener la reducción.

Anatómicamente, el fémur se divide en: a) diáfisis (parte intermedia) compuesta por hueso compacto y aloja el núcleo de osificación primario; b) metáfisis (parte de los extremos de la diáfisis), es más ancha y se compone de hueso esponjoso; c) fisis, es el cartílago de crecimiento (entre la metáfisis y la epífisis) y; d) epífisis (extremos del hueso) forman parte de las articulaciones y alojan al núcleo secundario de osificación.⁸⁶

El hueso más largo del cuerpo es el fémur, el cual es un cilindro largo de hueso compacto y denso que está arqueado hacia delante y afuera. La línea áspera es un reborde elevado que se extiende desde la parte media de la superficie posterior de la diáfisis femoral proporciona resistencia al fémur y sirve como inserción a los músculos. Normalmente, la diáfisis femoral se inclina hacia adentro en un ángulo que en promedio mide 9.5 grados, el cual tiende a superar el efecto del ángulo de inclinación del cuello femoral al colocar las superficies articulares de las rodillas que cargan peso más cerca del centro de gravedad.⁸⁷

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

El sitio de fractura más común es la el tercio medio en el cual hay un arqueado anteroexterno normal y es la zona más susceptible a traumas intensos. La fuerza de torsión producida por los traumatismos indirectos da por resultado una fractura espiral u oblicua larga, en tanto que el trauma directo produce una fractura transversa, si la fuerza del trauma es directa y muy intensa ocurre una fractura conminuta, de tipo segmentario, o bien pueden ocurrir ambas.

El desplazamiento de fragmentos en la fractura del fémur depende de la fuerza de fractura, tracción de los músculos insertados y fuerza de gravedad que actúa sobre la extremidad. Generalmente, el fragmento distal entra en rotación externa, consecuente a la rotación de la pierna hacia afuera por las fuerzas de gravedad. La

⁸⁶ Hospital Infantil de México. Op. cit. p.1223

⁸⁷ Tadjian MO. Op. cit.p.1666

intensidad del traumatismo y la tracción poderosa de los músculos harán que los fragmentos de la fractura se desplacen por completo con grados variables de cabalgamiento.⁸⁸

CLASIFICACIÓN.

La clasificación es de acuerdo al lugar de presentación de la lesión de ahí que se especifican en las siguientes categorías:⁸⁹

a) Tercio superior, en ésta el fragmento proximal es desplazado hacia la flexión por el músculo psoas iliaco, hacia la abducción por los músculos glúteos medios y menor y, a la rotación externa por los rotadores externos cortos y el glúteo mayor. Cuanto más corto el fragmento proximal mayor será el grado de desplazamiento. El fragmento proximal es desplazado en sentido proximal por los músculos de la corva y el cuadriceps crural, y hacia la abducción los abductores del muslo. El fragmento distal cae además hacia atrás por la fuerza de gravedad. Así el extremo superior del fragmento distal tiende a encontrarse por detrás del fragmento proximal, que se encuentra en flexión, abducción y rotación externa.

b) Tercio medio. El fragmento proximal se encuentra en flexión y el fragmento distal esta desplazado hacia atrás; cuando el nivel de fractura es en la mitad superior del tercio medio, la mitad proximal está en abducción; y cuando está en la mitad inferior hay abducción del mismo.

c) Tercio inferior. La línea de fractura puede ser transversa, oblicua o en rama verde. Los gemelos ejercen una fuerza deformante, ya que se insertan en la superficie posterior de la parte inferior del fémur y tiran del fragmento distal hacia el hueso popíteo, lesionando vasos y nervios. El extremo inferior del fragmento proximal es impulsado hacia delante y en sentido distal hacia el músculo cuadriceps crural.

Inevitablemente, ocurre lesión de tejidos blandos cuando hay fractura de la diáfisis femoral. Puede presentarse una hemorragia cuya fuente puede ser una o varias ramas de la arteria femoral profunda que corre por las superficies posterior y externa de la diáfisis femoral, los vasos de los músculos muy vascularizados que

⁸⁸ Tadjan MO. Op. cit. p.1666-7

⁸⁹ Tadjan MO. Op. cit. p.1666

envuelven al fémur, o a los vasos del propio hueso, o bien puede desgarrarse la arteria femoral.⁹⁰

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los antecedentes de la lesión evidente y la presencia de dolor intenso, sensibilidad y tumefacción local; incapacidad para mover la extremidad afectada, deformidad y acortamiento de la misma, movilidad anormal, rotación externa de la parte distal de la extremidad en relación con el sitio de fractura y crepitación.⁹¹

DIAGNÓSTICO.

a) Exploración física. Debe ser suave cuidando no producir dolor innecesario que aumentaría un estado de choque, las partes blandas deben mantenerse sin más lesiones. La fractura se diferencia según su presentación en cerrada o abierta; es importante verificar con cuidado el estado neurovascular de la extremidad afectada debido a probables lesiones de los vasos femorales o popíteos, del nervio ciático o de todos ellos, especialmente dados por el desplazamiento del fragmento distal hacia atrás en los casos de fractura del tercio inferior de la diáfisis.

b) Radiografías. Permiten verificar el nivel exacto y la naturaleza de la fractura, por lo que se deberá previamente inmovilizar la extremidad.

La valoración del estado del paciente incluye las constantes vitales, estado de conocimiento, presión arterial, pulso e inspección cuidadosa para descubrir lesiones viscerales en la región intraabdominal y genitourinaria, lesiones craneales y otras fracturas o luxaciones de la cadera.⁹²

TRATAMIENTO.

Inicialmente, los cuidados de urgencia consisten en la manipulación suave e inmovilización adecuada de la fractura para prevenir el posible choque de las fracturas abiertas y la lesión subsecuente de las partes blandas ya que las fracturas de las extremidades inferiores generalmente tienen cabalgamiento y un desplazamiento, cualquier movimiento de la extremidad lesionada será muy doloroso. La colocación de una férula de Thomas inmovilizará la extremidad, la cual será de tamaño adecuado para el niño; al aplicarla se sostiene el pie del paciente

⁹⁰ Tadjian MO. Op. cit. p.1673

⁹¹ Tadjian MO. Op. cit. p.1673

⁹² Tadjian MO. Op. cit. p.1673

con una presión suave y sostenida, a continuación sin liberar la tracción del pie, se impulsa en sentido proximal sobre la tuberosidad isquiática y se aplica tracción mediante una cuerda torcida que se extiende desde el tobillo hasta extremo de la férula, por lo que el muslo y la pierna se mantienen ajustados con un vendaje circular. La atención de las fracturas de la diáfisis femoral en los niños depende de diversos factores como son la edad del paciente, estado de la piel y tejidos blandos, nivel y grado de desplazamiento.

En lactantes y niños menores de 2 años la tracción de Bryant es la más adecuada. En los niños mayores de 2 años de edad y adolescentes con fractura de diáfisis femoral el tratamiento ideal es la tracción cutánea, la cual conserva la alineación del fémur hasta la formación del callo para la estabilidad e inmovilización con un aparato tipo espica para cadera. Para ejercer la tracción de la extremidad afectada se aplicará una fuerza constante que mantiene alineado el hueso fracturado. Los tipos de tracción disponibles en este grupo de edad son: tracción cutánea de Russell, suspensión esquelética o tracción cutánea con férula de Thomas e inserción de Pearson (suspensión) y, tracción esquelética 90°-90° con un clavo a través de las partes distal del fémur o proximal de la tibia.⁹³

Si la fractura no está desplazada solo se inmoviliza con molde de yeso en espica para cadera. Si está desplazada puede hacerse reducción cerrada inmediata e inmovilización en un molde de yeso con tracción incorporada en el molde o sin ella; o reducción y algún tipo de tracción hasta haberse formado el callo óseo y posteriormente para conservar la inmovilización se coloca el aparato de yeso tipo espica y media hasta que se forme la unión ósea. En niños no debe ejecutarse reducción abierta con fijación interna de las fracturas de la diáfisis femoral. El aparato tipo espica y media en yeso o fibra de vidrio consiste en un molde doble para cadera bien acojinado colocado por debajo del pezón rodeando el torso, la cadera y ambas extremidades inferiores incluyendo hasta el pie del miembro afectado y solo el muslo del miembro sano, dicho aparato se mantiene de 2 a 4 semanas.⁹⁴

Los objetivos de la tracción consisten en: a) fatigar al músculo afectado y reducir el espasmo muscular de forma que los huesos se vuelvan a alinear; b)

⁹³ Tadjian MO. Op. cit. p.1673

⁹⁴ Tadjian MO. Op. cit. p. 1680-6

colocar los extremos óseos proximal y distal en la realineación deseada para promover una cicatrización ósea satisfactoria; c) inmovilizar el lugar de la fractura hasta conseguir la realineación y obtener una cicatrización suficiente (callo óseo) para permitir el enyesado o colocación de una férula.⁹⁵

La tracción se aplica mediante:

a) Tracción manual o,

b) Tracción continua, y ésta última a su vez puede ser cutánea o esquelética, según las características del paciente.

La tracción manual, es aplicada a una parte del organismo usando la mano situada distalmente al lugar de la fractura, con el fin de recuperar la longitud y alineación normal del hueso ejerciendo fuerza en dos direcciones contrarias, por lo general, se ejerce durante la colocación del yeso.

En la tracción continua, la finalidad es mantener la reducción mediante la inmovilización que se lleva a cabo, su eficacia se ajusta a los siguientes principios:

1. Posición del enfermo, debe estar en decúbito supino con el cuerpo alineado.
2. Presencia de fuerza de contracción, es la fuerza opuesta evitando que el cuerpo de la persona sea arrastrado anulando la acción de la tracción, por lo que se elevará la parte distal de la cama de 10 a 20 centímetros.
3. Ausencia de rozamientos o fricción, su presencia reduce la fuerza de tracción por lo cual los pesos deben colgar libremente.
4. Continuidad, debe mantenerse para evitar cualquier desequilibrio que lleve a la pérdida de la situación estable.

La tracción cutánea consiste en la fuerza aplicada directamente a la superficie cutánea e indirectamente al esqueleto. Para ejercer la fuerza de tracción se colocan bandas adhesivas de goma espuma en ambos lados de la extremidad, con un sistema de placas de pie, cuerdas, poleas y pesos que se conectan a las bandas adhesivas permitiendo que se distribuya la fuerza. La piel debe estar intacta por lo que el periodo de tiempo no será largo y no excederá los 2 a 4 kilos de peso.

⁹⁵ Navarro-Gómez MV.Op. cit.p. 230

La tracción esquelética radica en la aplicación directa de un clavo (Steinman o aguja de Kirschner), un alambre o tenacillas insertadas en el diámetro del hueso ó a través de éste de manera distal a la fractura.⁹⁶

COMPLICACIONES.

- Diferencias en las longitudes de las extremidades.
- Deformidades angulares de la diáfisis femoral.
- Lesiones cutáneas ocasionadas por el mecanismo de tracción.⁹⁷

⁹⁶ Navarro-Gómez MV. Op. cit. p.231-232

⁹⁷ Tadjian MO. Op. cit. p.1687

III. METODOLOGÍA

1. Descripción genérica del caso.

G.E.G nacido el 12 de octubre del 1994, originario de Chalco, Estado de México, proviene de una familia nuclear integrada por ambos padres y hermanos, la escolaridad de la madre es secundaria terminada y del padre primaria terminada.

Los antecedentes heredo familiares son aparentemente sanos, habitan en casa propia con paredes y techo de concreto, cuenta con servicios de agua, luz y drenaje intradomiciliarios, la exposición de excretas es realizada en baño tipo ingles, la distribución de la vivienda consiste en una cocina, una recámara, un baño, con ventilación e iluminación adecuadas y un patio, actualmente la vivienda se encuentra en ampliación, conviven con un perro y doce peces.

Los ingresos familiares son de 500 pesos cada semana aportados por el padre quien se desempeña como chofer de un camión de carga que transporta madera. Los medios de transporte de la localidad donde habita la familia consiste en combis, microbuses, camiones, taxis y el metro lo cual facilita su traslado al hospital.

En el mapa familiar se aprecia que los padres son adultos jóvenes quienes han procreado 4 hijos que actualmente estudian, la dinámica familiar es apoyada por relaciones fuertes afectivas y se extiende a demás integrantes.

En cuanto a los antecedentes personales del paciente, proporcionados por la madre, refiere que fue producto de la gesta 3, embarazo gemelar interrumpido por cesárea a las 36 SDG, obteniendo 2 productos masculinos vivos. El paciente es el gemelo 1 que lloró espontáneamente y respiró al nacer, peso 2 kgs, no recuerda talla ni apgar, egresando sano junto con su madre a domicilio. Fue alimentado con leche materna durante 2 meses alternando con fórmula maternizada e inició la ablactación con papillas de frutas y verduras a los 5 meses, tomó líquidos en vaso entrenador al año de edad y se integró a la dieta familiar a partir de los 2 años de edad.

En cuanto a su desarrollo psicomotor fijó la mirada a los 2 meses, siguió objetos con la mirada a partir de los 3 meses, se sentó con ayuda a los 5 meses y solo a los 6 meses, se paró con ayuda a los 10 meses y caminó solo a los 18 meses. Salto y subió escaleras a los 3 años.

Su dentición inició a los 6 meses con los incisivos superiores y se completo a los 3 años de edad. Niega alergias de cualquier índole. Cuenta con las vacunas completas de la infancia sin mostrar cartilla.

El motivo de hospitalización fue una fractura en la diáfisis del fémur del miembro inferior izquierdo, la cual se inmovilizó mediante tracción cutánea durante 2 semanas para formar el callo óseo y posteriormente se colocó un aparato de yeso tipo espica egresando a su domicilio. Para el control del dolor por el peso de la tracción se administró paracetamol 400 mgs por vía oral cada 8 horas.

A la exploración física, se trata de un escolar de 10 años de edad aparentemente igual a la cronológica, instalado en cama ortopédica, consciente y cooperador, con una actitud forzada por tracción cutánea, viste pañal de tela, su complexión es delgada bien conformado, con palidez de tegumentos, manchas de nacimiento en región lumbar derecha y enrojecimiento de glúteos. Edema de muslo izquierdo y presenta vendajes elásticos compresivos de extremidades inferiores con resequedad en rodillas y orfejos.

Sus signos vitales fueron temperatura axilar de 36.5°, frecuencia cardíaca 76, frecuencia respiratoria 28, T/A 110/70. Su peso corporal fue de 34 Kgs al ingresar al hospital, talla 135 cms, perímetros torácico 62.5 cms, abdominal 49 cms y braquial 18.5.cms.

A la inspección se observa cráneo normocéfalo, sin exostosis-endostosis, con implantación de cabello normal castaño oscuro, ondulado, corto, grueso y resistente. Frente amplia, las cejas abundantes, oscuras y simétricas, las pestañas abundantes, largas y onduladas, los ojos simétricos, oscuros, conjuntiva bulbar brillante, conjuntiva palpebral inferior rosada, movimientos oculares normales, pupilas con reflejos fotomotor, monomotor y consensual presentes sin alteraciones. La nariz es pequeña, recta con mucosa hidratada, rosada, la cavidad oral con labios delgados, pequeños de color rosa pálido, la lengua con movimientos normales, faringe con amígdalas en grado I, en dentición mixta con caries en molares infantiles. Las orejas con implantación a nivel de ángulo externo de párpados, canal auditivo con escaso cerumen amarillo con membrana timpánica íntegra de color perlado.

El cuello es cilíndrico, largo, delgado, sin adenomegalias, con tráquea central, móvil y desplazable. El tórax es cilíndrico, con tetillas simétricas, movimientos

respiratorios regulares, simétricos con respiración de tipo abdominal, los movimientos de ampliación y amplexación presentes, el área cardiaca con presencia de pulsaciones regulares, a la percusión entre espacios intercostales claro pulmonar y matidez del área cardiaca, a la auscultación los ruidos respiratorios con buena entrada y salida de aire, los ruidos cardíacos con buena intensidad y ritmo, homócloros y sincrónicos con pulso braquial, radial y femoral.

Abdomen plano, delgado, con cicatriz umbilical, sensible al tacto, a la palpación es blando depresible sin visceromegalias ni masas palpables, a la percusión con matidez de área hepática y timpanismo intestinal y vesical, con peristalsis presente con 6 movimientos por minuto. En área de genitales en estadio de Tanner 1, no se palparon masas, testículos retractiles. La región perianal con eritema leve.

Los miembros superiores con fuerza y tono muscular de 5/5, conserva arcos de movimiento, presentes reflejos braquial, radial y cubital sin alteraciones. Los pulsos femorales regulares y simétricos.

Las extremidades inferiores con edema de cara anterior del muslo izquierdo, doloroso, con resequedad en la piel de rodillas y de orfejos de ambas extremidades, con llenado capilar de 3", ligeramente calientes, con movilidad y sensibilidad conservadas, presenta tracción cutánea bilateral con 3.5 kgs de peso de lado derecho 5 kgs en lado izquierdo y 1 kg lateral. No se realiza valoración de arcos de movimiento ni reflejos osteotendinosos por presencia de tracción cutánea.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES.

ALIMENTACIÓN. Actualmente, es un niño que tiene poco apetito realizando tres comidas al día formadas por carne, leche, fruta, verdura, tortillas, pan en escasa cantidad, los alimentos que le desagradan es la carne de res, acostumbra a comer después de la escuela con su mamá y hermanos haciendo sobre mesa después de los alimentos. El estado de su boca presenta una dentición mixta con caries en algunos molares.

ELIMINACIÓN. En cuanto a la eliminación, su hábito vesical es 4-5 veces al día e intestinal 2 veces al día por la mañana y la tarde, sin presentar alteraciones. La orina generalmente es amarilla clara y las heces son café oscuro formadas.

OXIGENACIÓN. La frecuencia cardiaca y T/A se encuentran dentro de límites normales 76 y 110/70 respectivamente, con patrón respiratorio regular de tipo

abdominal, ruidos respiratorios con ventilación sin dificultad. Niega que con ejercicio físico presente alteraciones. El color de su piel es pálido con lechos ungueales rosados.

DESCANSO Y SUEÑO. Acostumbra a dormir 9 horas durante la noche, viendo televisión, duerme con su hermano gemelo, solo despierta para ir al baño por lo que su sueño es inquieto.

VESTIDO Viste sin ayuda, regularmente ropa de fútbol (short y camiseta) y tenis por comodidad, combina los colores de la ropa y escoge su ropa.

MOVIMIENTO Y POSTURA. Durante su desarrollo no ha presentado alteraciones del sistema músculo-esquelético, excepto el evento actual de fractura. Solo adopta postura fetal cuando se siente mal por dolor de colitis.

COMUNICACIÓN. La comunicación que establece es con sus hermanos principalmente con su gemelo, cuenta con amigos de la escuela y cercanos a su casa. Su madre refiere que es un niño alegre, sociable, hábil, dedicado pero aprensivo a quien le tiene confianza y recurre con ella ante algún problema.

HIGIENE. Acostumbra el baño diario por las noches en compañía de su gemelo, realiza la higiene oral 2 veces al día, procura su cuidado de higiene solo. Su cabello, uñas conservan un aspecto limpio.

RECREACIÓN. Le gusta y práctica el fútbol soccer, pertenece a un equipo que juega cada domingo, cuenta con un play station. Convive con sus mascotas, 12 peces, 1 perro y 1 canario; le gusta ir a Guanajuato durante las vacaciones de verano para visitar a sus abuelos maternos. En televisión le agradan las caricaturas y películas infantiles.

CREENCIAS Y RELIGIÓN. Pertenece a una familia católica, asiste 2 veces al mes a misa. En cuanto a su enfermedad, la madre la relaciona con falta de prevención y cuidado a los niños sintiéndose responsable del accidente del niño. Los padres cuando se presentan problemas de salud en los hijos se encuentran juntos para resolverlo. El niño refiere que su enfermedad fue un accidente.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN. No es derechohabiente por lo que fue ingresado al hospital por decisión de sus padres; son apoyados por la familia cercana para el cuidado del niño dentro del hospital quienes económicamente aportaran dinero para continuar con el tratamiento médico del niño. La mamá participa en los

cuidados del niño, y percibe cambios en la estabilidad familiar aunados al accidente del niño ya que su esposo se encuentra sin trabajo y tiene incertidumbre ante la mejoría del niño. Aparentemente el niño es sano, sin embargo, convive con amigos en la escuela y vecinos de su misma edad aparentemente sanos, acostumbra a salir a jugar en la calle donde vive significando un riesgo para su integridad porque refiere que únicamente dejan de jugar para permitir pasar los carros.

APRENDIZAJE. Asiste a primaria en 5º año con un buen desempeño, se encuentra adaptado al hospital, durante su estancia lee libros de escuela, realiza dibujos con mucha habilidad, escucha música moderna. Actualmente, refiere haber aprendido a tener precaución después de su accidente, y le gusta preguntar al personal de enfermería que procedimientos realizan.

REALIZACIÓN. La madre espera lo mejor para su hijo, y el niño espera que sus padres “no sean tan enojones”. La señora dice que el niño se encuentra afectado por haberlo dejado asistir solo a la fiesta por lo que no podrá continuar con sus actividades anteriores por el momento. La señora sugiere que el hospital se encuentre más adaptado a los niños en el haya espacios donde puedan realizar actividades manuales que les haga “más ligera” su larga estancia hospitalaria.

2. Métodos e instrumentos.

En el presente estudio de caso se tomó como método de trabajo el Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque filosófico de V. Henderson y sus 14 necesidades.

Para la etapa de valoración, se recolectaron los datos del paciente a través del examen físico como fuente primaria y, la entrevista a la madre, expediente clínico, consulta con otros profesionales y bibliografía como fuentes secundarias. La valoración del paciente fue exhaustiva y focalizada.

La valoración de las 14 necesidades básicas se realizó a partir de la valoración focalizada anotándose en las hojas de “Reporte diario” (Anexo 2) los datos subjetivos y objetivos, identificando las fuentes de la dificultad por: falta de fuerza física, falta de conocimientos y falta de voluntad. Se elaboraron los diagnósticos de enfermería identificando el nivel de dependencia del paciente según el “Continuum

Independencia/ Dependencia”, así como el grado de duración de la dependencia propuestos por Phaneuff.

La valoración exhaustiva se realizó por medio del examen físico siguiendo el método clínico. Los datos obtenidos fueron registrados en el instrumento de “Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6 a 12 años de edad”, el cual consta de 8 apartados y contiene; I. Datos demográficos, II. Familia, III. Orientación, IV. Antecedentes individuales, V. Jerarquía de las necesidades VI. Jerarquía de los diagnósticos de enfermería, VII. Plan de atención de enfermería, VIII. Plan de alta (Anexo 3)

3. Proceso de diagnóstico.

Una vez analizados los datos de la valoración se redactaron los diagnósticos enfermeros. Para formular los diagnósticos reales se utilizó el formato PES (problema + etiología + datos objetivos y subjetivos); con el formato PE (problema + etiología) se elaboraron los de riesgo y; únicamente la situación de bienestar en los diagnósticos de salud, tomando como referencia la taxonomía de la NANDA II.⁹⁸

Los diagnósticos enfermeros se adaptaron de acuerdo a las necesidades de la propuesta filosófica de Henderson, jerarquizando según las necesidades más afectadas al momento de tener contacto con el paciente, identificando las fuentes de la dificultad y determinando el grado, la duración y nivel de dependencia, así como la fecha de resolución.

En el presente estudio de caso, se realizaron en total 16 seguimientos de los cuales fueron 12 durante la hospitalización y 4 posteriores al egreso en el momento de la consulta externa. Se elaboraron 12 diagnósticos reales, 3 de riesgo y 1 posible en hospitalización y una vez que el paciente regresó a domicilio se realizaron 2 diagnósticos reales, 3 de riesgo y 1 de salud.

La jerarquía de los diagnósticos enfermeros se estableció bajo los siguientes criterios:

- A) De acuerdo a las fuentes de la dificultad y fue valorada en 3 categorías:
 - a) Falta de fuerza física
 - b) Falta de conocimientos

⁹⁸ NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2003-2004.p. 287

- c) Falta de voluntad
- B) Según el grado y la duración de la dependencia planteados por Phaneuff:
 - a) Ligera o total,
 - b) Transitoria o permanente
- C) Conforme al continuum independencia-dependencia en seis niveles:
 1. El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar su homeostasia física y psicológica.
 2. Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de sostén o una prótesis
 3. Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar sí lo hace bien debe ser asistido ligeramente
 4. Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.
 5. Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.
 6. Debe confiarse enteramente a otro para poder satisfacer sus necesidades.

Para realizar la fase de planeación del presente estudio de caso se identificaron los diagnósticos de enfermería (reales, de riesgo y de salud) con principal relevancia de las necesidades en dependencia, fijando prioridades en alta, media y baja, identificadas por día a partir de 16 seguimientos intrahospitalarios. Las necesidades en independencia no mostraron desviaciones por lo cual no fue pertinente establecer diagnósticos.

Los objetivos del plan de cuidados se elaboraron de acuerdo a cada uno de los diagnósticos enfermeros y fueron centrados en el paciente, así como también de acuerdo a sus características y componentes (sujeto, verbo, condición, criterio de observación y momento específico), determinándose en función del tiempo en corto, mediano y largo plazos.

Las intervenciones de enfermería fueron descritas en función de su realización en independientes, interdependientes y dependientes por lo que la descripción de las acciones específicas se encaminaron hacia la disminución del problema (rol de

suplencia) que permitieron proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual permitiendo prever complicaciones.

Para la documentación del plan de cuidados se diseñó un formato cuyo encabezado presenta los datos de identificación del paciente (Anexo 4) y contiene dos columnas en las cuales se describen las intervenciones de enfermería con su fundamentación científica y, por último su evaluación.

Se realizaron 4 seguimientos posteriores al egreso del paciente en los cuales se identificaron 2 diagnósticos reales, 3 de riesgo y 1 de salud

IV. Jerarquía de los diagnósticos de enfermería.

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 141004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Deterioro de la movilidad física relacionada con prescripción restrictiva del movimiento de las extremidades inferiores por efecto de aparatos externos (tracción cutánea) manifestado por disminución de la actividad motora física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 5**

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Fecha de resolución Pendiente.

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 151004 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Alto riesgo de lesión neurovascular relacionada con disminución de la perfusión tisular periférica de miembro pélvico izquierdo

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 5**

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física y de conocimientos

Fecha de resolución Pendiente.

Necesidad alterada Higiene

Fecha de identificación 181004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero. Deterioro de la integridad cutánea en región posteroinferior de pierna izquierda relacionada con roce y presión sobre la cama por tracción cutánea manifestado por resequedad, descamación de la piel y abrasión con excavación que afecta la epidermis y dermis (úlceras por decúbito grado II) no infectada.

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel 5**

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Fecha de resolución Pendiente.

Necesidad alterada Higiene

Fecha de identificación 181004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Dependencia en la necesidad de higiene: baño diario relacionado con prescripción restrictiva de la movilidad de miembros inferiores por tracción cutánea manifestado por dolor al movimiento y dificultad para lavar todo el cuerpo.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 5**

Fecha de resolución Pendiente.

Necesidad alterada Alimentación

Fecha de identificación 191004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Dependencia en la necesidad de alimentación relacionada con ingesta insuficiente de alimentos manifestada por expresión verbal de no agradaarle algunos alimentos de la dieta indicada

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos y de voluntad
Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**
Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Eliminación

Fecha de identificación 201004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Estreñimiento relacionado con inmovilidad física y baja ingesta de líquidos manifestado por disminución en la frecuencia del hábito intestinal y evacuaciones duras y secas.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 5**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Descanso y sueño

Fecha de identificación 211004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Alteración del patrón de sueño relacionado con dolor por tracción cutánea manifestado por palidez, somnolencia, mal humor y bostezos durante el día.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Descanso y sueño

Fecha de identificación 211004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Fatiga relacionada con hospitalización prolongada manifestada por malestar general, palidez, facies de cansancio y falta de interés en el medio ambiente.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera- Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Comunicación

Fecha de identificación 221004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Disminución de la comunicación verbal relacionada con ausencia de su hermano gemelo manifestada por inquietud, tristeza, desánimo y expresión verbal de añorarlo.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza psicológica

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Oxigenación

Fecha de identificación 251004 **Tipo de diagnóstico** Posible

Diagnóstico enfermero Posible síndrome de desuso relacionado con complicaciones respiratorias por inmovilidad física.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Recreación

Fecha de identificación 261004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno del hospital desprovisto de distractores adecuados manifestado por aburrimiento, fastidio y hastío

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos.

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Recreación

Fecha de identificación 261004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Déficit de actividades recreativas relacionado con falta de recursos para entretenimiento manifestado verbalmente por sentirse “aburrido y fastidiado”

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Protección y seguridad

Fecha de identificación 271004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con desconocimiento de las medidas de seguridad manifestado por verbalización de contar con insuficiente información para evitar accidentes en el hogar, escuela, vía pública y lugares de recreación

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Protección y seguridad

Fecha de identificación 281004 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Alto riesgo de infección relacionado con hospitalización prolongada

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 4**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Protección y seguridad

Fecha de identificación 291004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Temor relacionado con retiro de tracción cutánea y aplicación de yeso espica manifestado por inquietud, nerviosismo y declarar sentir miedo al procedimiento quirúrgico.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza psicológica

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 5**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Oxigenación

Fecha de identificación 291004 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Riesgo de aspiración relacionado con administración de medicación anestésica

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Seguimientos posteriores al egreso de la hospitalización:

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 081104 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Deterioro de la movilidad física relacionado con deambulación apoyada por muletas y aparato tipo espica de miembro inferior izquierdo manifestada por limitación a la marcha independiente.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel 2**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 081104 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Alto riesgo de lesión relacionado con marcha con muletas.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 2**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 071204 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Riesgo de lesión relacionado con marcha claudicante

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Movimiento y postura

Fecha de identificación 071204 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Temor relacionado con marcha claudicante manifestado por llanto y expresión verbal de miedo a realizar la marcha independiente.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza psicológica

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Protección y seguridad

Fecha de identificación 100105 **Tipo de diagnóstico** Riesgo

Diagnóstico enfermero Riesgo de lesión relacionado con desconocimiento de medidas de precaución para evitar accidentes

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel 2**

Fecha de resolución Pendiente

Necesidad alterada Protección y seguridad

Fecha de identificación 160405 **Tipo de diagnóstico** Salud

Diagnóstico enfermero Potencial de mejora: movilización de las articulaciones y marcha independiente para realizar sus actividades diarias

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Independencia **Nivel** 1

Fecha de resolución 160405.

V. Plan de intervenciones de enfermería.

Nombre G.E.G **Edad** 10 años **Sexo** Masculino **Servicio** Ortopedia **Registro** 775171
Diagnóstico médico Fractura diafisaria de fémur izquierdo

Necesidad alterada Movimiento y postura

Datos subjetivos El paciente refiere que en su casa realiza sus actividades diarias sin ninguna limitación al movimiento y le agrada practicar ejercicio (fútbol). Actualmente tiene tracción cutánea por sufrir fractura de la pierna izquierda, la cual no le permite moverse por encontrarse en ambas piernas.

Datos objetivos Paciente escolar en posición forzada por inmovilización de las extremidades inferiores por tracción cutánea bilateral. A la valoración de cuello, columna y extremidades superiores, conserva arcos de movimiento con disminución de la fuerza muscular de extremidades superiores. Mantiene reflejos pupilares y osteotendinosos sin alteración. Escala de Glasgow normal (15/15)

Diagnóstico enfermero Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción restrictiva del movimiento de las extremidades inferiores por efecto de aparatos externos (tracción cutánea) manifestado por disminución de la actividad motora física

Fecha de identificación 141004 **Tipo de diagnóstico** Real

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel** 5

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Prioridad Alta **Rol de enfermería** Ayuda

Objetivo del paciente El paciente conservará la función músculo esquelética de los segmentos corporales no afectados (cuello, tronco, extremidades superiores) cuyo movimiento no está contraindicado mediante ejercicios durante 2 a 3 veces al día según sea necesario mediante un programa de ejercicios estructurados para aumentar la fuerza y resistencia de los grupos musculares durante su estancia hospitalaria

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>1.Realizar la valoración de la actividad y ejercicio del niño:</p> <p>a) Historia de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nivel de actividades diarias- Tolerancia a la actividad- Tipo y frecuencia de ejercicio-Padecimiento actual, inicio y frecuencia- Factores que afectan la movilidad- Dolor en la región afectada <p>b)Exploración del sistema músculo esquelético:</p> <ul style="list-style-type: none">-Aspecto y movilidad de las articulaciones-Capacidad y limitación del movimiento-Evaluar masa muscular: observar el contorno del músculo en relajación y	<p>La historia enfermera de la actividad y ejercicio investiga la naturaleza específica del problema y la forma como afecta a la vida cotidiana (Kozier 1999, p. 955)</p> <p>El sistema músculo esquelético tiene como unidad funcional a la articulación. Los huesos del esqueleto se mueven por las articulaciones. La mayoría de los músculos esqueléticos se insertan entre los dos huesos de una articulación, dichos músculos se clasifican en función del tipo</p>

<p>contracción para detectar modificaciones como atrofia e hipertrofia</p> <p>-Explorar fuerza muscular según la siguiente escala de graduación:</p> <p>0-ausencia de contracción y movimiento</p> <p>1-contracción y cambio de tono pero no movimiento</p> <p>2-contracción y movimiento con ayuda al eliminar la fuerza de gravedad</p> <p>3-movimiento completo contra la gravedad</p> <p>4-contracción y movimiento completo contra la gravedad y moderada contra la resistencia del examinador</p> <p>5-movilidad completa contra gravedad y resistencia</p> <p>-Forma de los huesos</p> <p>-Valorar el dolor, la inflamación, engrosamiento (arcos de movimiento), la crepitación y la presencia de nódulos</p>	<p>de movimiento articular que producen con su contracción denominándose flexores, extensores, rotadores internos y sus contrarios. Los músculos flexores son más fuertes que los extensores. Por tanto, cuando una persona permanece inactiva, las articulaciones adoptan una posición flexionada. El movimiento máximo posible de una articulación se denomina amplitud o arco de movimiento, varía entre individuos y está determinado por la carga genética, los patrones de desarrollo, la presencia o ausencia de patología y la cantidad de actividad física que la persona realiza normalmente (Kozier 1999, p.937)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>2. Instituir un programa progresivo de ejercicios de amplitud de movimientos para conservar la fuerza y tono muscular de los segmentos corporales no afectados mediante:</p> <p>a) Ejercicios pasivos, ejercitando las partes del cuerpo que el paciente no pueda mover.</p> <p>b) Ejercicios activos, ejercitando los músculos que puede utilizar el paciente.</p> <p>c) Los ejercicios se realizarán bajo las siguientes condiciones:</p> <p>-En toda la amplitud posible de movimiento</p> <p>-De forma suave, continua y con resistencia al movimiento</p> <p>-Sin provocar dolor</p> <p>d) La secuencia de los ejercicios será:</p> <p>-En dirección cefalocaudal</p> <p>-En cada región se realizarán 2 series de ejercicios con 10 repeticiones en cada serie.</p>	<p>La inmovilización corporal causa un proceso de degeneración progresivo que inicia en un lapso de tiempo corto e involucra el tejido óseo, la piel y el músculo (DuGas 1986.p.504) Cuando una persona permanece inmovilizada, las articulaciones tienden a adoptar una posición flexionada, la cual sino se contrarresta con ejercicio y cambios de posición, los músculos se acortan permanentemente y las articulaciones quedan fijas en posición flexionada (Kozier 1999, p.937)</p> <p>El ejercicio tiene efectos benéficos en todos los sistemas del organismo y considerando que todas las articulaciones tienen un límite circunscrito de movilidad, cuando se realiza un ejercicio la articulación se moviliza en todo su arco de movimiento. Los ejercicios pasivos en el arco completo del movimiento evitan el desarrollo de contracturas que pueden entorpecer el movimiento articular Para conservar la fuerza y el tono muscular se requiere su contracción activa, dicha contracción activa de los músculos de un</p>

<p>1. Articulación temporo mandibular: <i>-Apertura y cierre de la Articulación Temporo Mandibular:</i> Abrir y cerrar la boca <i>-Propulsión y retropulsión de la Articulación Temporo Mandibular:</i> Propulsión frontal de la barbilla . <i>-Retropulsión de la Articulación Temporo Mandibular:</i> Retracción de la barbilla. <i>-Movimiento lateral.</i> Mover la mandíbula de lado a lado</p> <p>2. Cuello: <i>-Flexión.</i> Mover la cabeza desde la posición erguida en la línea media hacia delante de forma que la barbilla se apoye en el tórax. <i>-Extensión.</i> Movimiento de la cabeza desde la posición flexionada a la posición erguida. <i>-Hiperextensión.</i> Mover la cabeza desde la posición erguida hacia atrás todo lo posible. <i>-Flexión lateral.</i> Mover la cabeza lateralmente hacia el hombro izquierdo y derecho con la mirada al frente. <i>-Rotación.</i> Girar la cara hacia la derecha e izquierda todo lo posible.</p> <p>3. Hombro y brazo: <i>-Flexión.</i> Elevar el brazo desde el lateral del cuerpo adelante y arriba hasta la posición al lado de la cabeza. <i>-Extensión.</i> Mover el brazo desde la posición vertical al lado de la cabeza</p>	<p>lado del cuerpo hace que se contraigan los correspondientes del otro lado del cuerpo. Es necesario que las articulaciones se ejerciten en el arco completo de movimiento pero no debe forzarse la extremidad cuando cause dolor o haya resistencia (DuGas 1986, p.504,506,509)</p> <p>Los ejercicios de apertura, cierre, lateralidad, hacia adelante y hacia atrás de la mandíbula restauran y conservan la función esquelética normal. Estos son realizados de forma suave para estimular la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios. Los factores emocionales como ansiedad, temor y frustración durante la hospitalización pueden causar un aumento de actividad en los músculos masticatorios, causando una tensión muscular prolongada acompañada de dolor y disfunción (Carranza 1986, p.464)</p> <p>Los ejercicios de amplitud de movimiento del cuello promueven la flexibilidad de las vértebras cervicales y de la conexión de tipo pivotante entre cabeza y cuello (Potter 2002. p.1563)</p> <p>El hombro tiene el músculo deltoides, que en posición normal lo mantiene elongado, por lo que la acción sobre el hombro es conseguir la totalidad de los ejercicios de amplitud de movimiento. La posición</p>
---	---

<p>hacia delante y abajo hasta la posición en reposo al lado del cuerpo.</p> <p><i>-Hiperextensión.</i> Mover cada brazo desde la posición lateral de reposo hacia detrás del cuerpo</p> <p><i>-Abducción.</i> Mover cada brazo lateralmente desde la posición en reposo hasta una posición lateral por encima de la cabeza con la mano dirigida hacia fuera.</p> <p><i>-Aducción (anterior).</i> Mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo lateralmente y cruzando por delante del cuerpo todo lo posible</p> <p><i>-Aducción (posterior).</i> Mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo, lateralmente y por detrás del cuerpo todo lo posible.</p> <p><i>-Flexión horizontal.</i> Extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro y moverlo por delante del cuerpo en un plano horizontal todo lo posible.</p> <p><i>-Extensión horizontal.</i> Extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro moverlo en un plano horizontal hacia detrás del cuerpo todo lo posible.</p> <p><i>-Rotación externa.</i> Con cada brazo manteniendo al lado, al nivel del hombro, con el codo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia abajo, mover el brazo hacia arriba de forma que los dedos señalen hacia arriba.</p> <p><i>-Rotación interna.</i> Con cada brazo mantenido al lado al nivel del hombro, con el codo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia arriba, mover el brazo hacia delante y debajo, de forma que los dedos señalen hacia abajo.</p>	<p>correcta del hombro previene el dolor, la luxación articular y cambios posteriores en el alineamiento corporal (Potter 2002. p.1563)</p>
<p>4. Codo y antebrazo:</p> <p><i>-Flexión.</i> Mover el antebrazo hacia arriba de forma que la mano toque el hombro.</p> <p><i>-Extensión.</i> Mover el antebrazo hacia delante y abajo enderezando el brazo.</p>	<p>El codo ejerce su función óptima cuando forma un ángulo de cerca de 90°. La fijación de un codo en plena extensión lo inhabilita totalmente y limita la independencia del cliente</p>

<p><i>-Rotación para supinación.</i> Girar cada mano y antebrazo de forma que la palma de la mano mire hacia arriba.</p> <p><i>-Rotación para pronación.</i> Girar cada mano y antebrazo de forma que la palma de la mano mire hacia abajo</p>	<p>La mayoría de funciones de la mano se llevan mejor a cabo cuando el antebrazo se encuentra en pronación moderada. Cuando el antebrazo está fijado en plena supinación, el uso de la mano queda muy limitado. Para un funcionalismo óptimo, el antebrazo debe poder pasar de la supinación a la pronación (Potter 2002. p.1564)</p>
<p>5. Muñeca y mano:</p> <p><i>-Flexión.</i> Mover los dedos de cada mano hacia la cara interna del antebrazo</p> <p><i>-Extensión.</i> Enderezar cada mano hasta el mismo plano que el brazo.</p> <p><i>-Hiperextensión.</i> Doblar los dedos de la mano hacia atrás todo lo posible</p> <p><i>-Flexión radial (abducción).</i> Doblar cada muñeca en dirección lateral hacia el lado del pulgar, con la mano en supinación</p> <p><i>-Flexión cubital (aducción).</i> Doblar cada muñeca en dirección lateral hacia el lado del quinto dedo, con la mano en supinación.</p>	<p>La principal función de la muñeca es colocar la mano en ligera flexión dorsal. Por tanto, los ejercicios de amplitud de movimientos evitan la disminución de la capacidad de agarre de la mano y se apoya la posición funcional con la colocación de una férula en un paciente con limitación del movimiento de la mano (Potter 2002.p. 1564)</p>
<p>6. Manos y dedos: articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas, condíleas y bisagras:</p> <p><i>-Flexión.</i> Cerrar el puño con cada mano</p> <p><i>-Extensión.</i> Enderezar los dedos de cada mano</p> <p><i>-Hiperextensión.</i> Doblar los dedos de cada mano hacia atrás todo lo posible</p> <p><i>-Abducción.</i> Separar los dedos de la mano.</p> <p><i>-Aducción.</i> Juntar los dedos de la mano.</p> <p>Dedo pulgar y articulación en silla de montar:</p> <p><i>-Flexión.</i> Mover el pulgar de cada mano a través de la palma hacia el quinto dedo (meñique)</p> <p><i>-Extensión.</i> Separar el pulgar de la mano</p> <p><i>-Abducción.</i> Extender el pulgar lateralmente</p>	<p>Los ejercicios de amplitud movimientos de los dedos y del dedo pulgar permite al paciente a llevar cabo las actividades de la vida diaria y otras actividades motoras que precisan un movimiento preciso. La posición funcional de los dedos y del pulgar es una ligera flexión del pulgar, en oposición al resto de los dedos. En un paciente con restricción de la movilidad, los rodillos para la mano facilitan el mantenimiento de esta posición (Potter 2002, p. 1564)</p>

<p>-<i>Aducción</i>. Juntar el pulgar a la mano -<i>Oposición</i>. Tocar con el pulgar la punta de cada dedo de la misma mano. Los movimientos realizados con el pulgar son abducción, rotación y flexión.</p>	
<p>7. Tronco: -<i>Flexión lateral</i>. Doblar el tronco hacia la derecha o izquierda -<i>Rotación</i>. Girar el cuerpo de un lado a otro. -Durante la realización de los ejercicios se deberá evitar causar fatiga o dolor.</p>	<p>Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor de debilitar los músculos de la espalda y de los músculos abdominales. La flexión lateral y el giro de la parte superior del cuerpo fortalecen los músculos lumbares (Kozier 1999, p.944,945)</p>
<p>8. Dedos de los pies: articulaciones interfalángicas-bisagra, metatarsofalángicas-bisagra e intertarsianas-deslizamiento <i>Flexión</i>. Curvar hacia abajo las articulaciones de los dedos de los pies <i>Extensión</i>. Enderezar dedos de cada pie <i>Abducción</i>. Separar dedos de los pies <i>Aducción</i>. Juntar los dedos de los pies</p>	<p>Estas articulaciones corresponden a los dedos de los pies que se caracterizan por que uno de los huesos posee superficie articular convexa, mientras que la del otro es cóncava, el movimiento es en un solo plano y por lo general consiste en flexión y extensión, de modo similar a una puerta de bisagra. Las articulaciones intertarsianas permiten el deslizamiento porque los huesos adyacentes o ligamentos restringen la amplitud de movimientos (Tortora 1981, p.233)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 9.Enseñar el empleo de aparatos de movilización: -Uso correcto del trapecio (aparato de apoyo) para ayuda del paciente a subirse en la cama</p>	<p>El trapecio es un dispositivo triangular que descende de una barra horizontal anclada en el marco de la cama, el cual permite emplear al cliente sus extremidades superiores para incorporar el tronco de la cama o ayudarlo a pasar de la cama a una silla de ruedas. (Potter 2000,p.1547) Por tanto, los pacientes que han escurrido de la cama hacia abajo mediante tracción necesitan ayuda para subirse en la cama con el uso del trapecio Esta acción separa los brazos del paciente de la superficie de la cama y hace uso de los grupos de músculos grandes de los brazos para aumentar la fuerza durante el movimiento (Kozier 1999, p.973-974)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 10.Estimular al paciente a realizar las</p>	<p>La realización de actividades de la vida diaria implican la utilización de músculos y</p>

actividades que son de la vida diaria: -Higiene y arreglo personal - Vestido -Alimentación	articulaciones ayudando a mantener su función (Kozier 1999,p. 967)
---	--

Evaluación. Inicialmente el niño se encontró en dependencia transitoria de algunas semanas y nivel 5. Durante la hospitalización, el niño practicó ejercicios de las articulaciones no afectadas por las mañanas y las tardes con ayuda de la mamá, aún sin implementar el plan de intervenciones debido a que su padecimiento se resolvió y se le colocó un aparato tipo espica de fibra de vidrio el día 29/10/04. A su egreso se realizaron 4 seguimientos en la consulta externa de ortopedia, durante el segundo seguimiento se retiró el aparato observándose marcha claudicante por falta de fuerza de la extremidad afectada presentando dependencia ligera transitoria nivel 3, la cual se modificó hacia la independencia en los 2 siguientes seguimientos logrando el niño una marcha autónoma y normal. Las acciones del personal de enfermería del área integraron al niño y a la familia a participar en actividades de arreglo personal y alimentación, y se contó con la totalidad de material para la atención del niño.

Necesidad alterada Movimiento y postura

Datos subjetivos El paciente refiere que en su casa realiza sus actividades diarias sin ninguna limitación al movimiento y le agrada practicar ejercicio (fútbol). Actualmente, en las extremidades inferiores tiene tracción cutánea por sufrir fractura de la pierna izquierda, la cual no le permite moverse libremente, refiere que hoy se le aumento el peso en la extremidad afectada presentando dolor.

Datos objetivos. Escolar masculino que presenta vendaje elástico compresivo de la extremidad inferior izquierda por tracción cutánea con 5 kgs de peso y lateral de 1kg para rotación interna, con dolor al tacto, edema, llenado capilar de 3", calor y palidez, conserva la movilidad y sensibilidad de ortejos.

Diagnóstico enfermero Alto riesgo de lesión neurovascular relacionado con disminución de la perfusión tisular periférica de miembro pélvico izquierdo

Fecha de identificación 151004 **Tipo de diagnóstico** Riesgo.

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel** 5

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física y de conocimientos

Prioridad Alta **Rol de enfermería** Ayuda

Objetivo del paciente El paciente experimentará en la extremidad afectada un estado neurocirculatorio distal sin compromiso las siguientes 6 horas e identificará cuales son los datos de compromiso neurocirculatorio de la extremidad afectada.

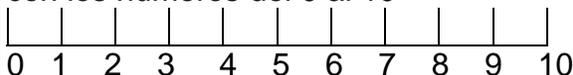
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<i>Tipo de intervención: Independiente</i> 1.Establecer una vigilancia estrecha del estado neurocirculatorio distal de la extremidad afectada en comparación con la extremidad sana, detectando alteraciones en: - Coloración: Palidez o cianosis - Temperatura: fría o caliente	Esta vigilancia pone en sobre aviso que la extremidad afectada sufre una disminución del flujo sanguíneo distal causada por el mecanismo de tracción. Una circulación inadecuada y edema lesionan los nervios periféricos produciendo un descenso, sensorial, del

- Llenado capilar distal no mayor a 3 segundos
- Verificar la presencia de pulso pedio y popíteleo
- Valorar la movilidad y sensibilidad de orfejos mediante presión o tacto cada 15 minutos durante la primera hora, cada hora las siguientes 24 horas y posteriormente cada 4 horas.

Tipo de intervención: Independiente

2. Estimar el grado e intensidad del dolor mediante métodos de valoración pediátrica:

- Preguntar al niño donde le duele
- Evaluar cambios de comportamiento y fisiológicos como son el color de la piel, diaforesis, alteración del pulso, respiración, inquietud y dilatación de las pupilas
- Tener en cuenta la causa del dolor
- Utilizar la escala numérica de valoración de dolor que consiste en:
- Presentar al niño una línea recta dividida con los números del 0 al 10



- Explicarle que en un extremo está el 0, que significa que una persona no tiene dolor. En el otro extremo está el 10, que significa que la persona tiene el peor dolor imaginable. Los números del 1 al 9 son para un dolor de muy pequeño a muy grande.
- Pedir al niño que elija el número que mejor describa su dolor
- Identificar junto con el niño la intensidad del dolor

Tipo de intervención: Independiente

3.Mantener al paciente alineado en el centro de la cama con elevación de 30° de las extremidades inferiores en contratracción

movimiento y de la circulación. Por tanto, la valoración permite determinar si se encuentra intacta la irrigación de los nervios, así como su movilidad o bien afectada lo que podría dar origen a una complicación neurológica (Morgan 1993,p.150)

El dolor cutáneo se origina en la piel o en el tejido subcutáneo, en función de su grado e intensidad puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es protector ya que indica el daño tisular potencial o presente puede ser leve a grave. En los niños es útil solicitar su ayuda o la de los padres para identificar el dolor. Las escalas del dolor deben seleccionarse de acuerdo a la edad del niño. Los cambios de comportamiento habituales y de las respuestas fisiológicas indican dolor por lo que deberá investigarse el motivo de la molestia. La utilización de la escala numérica consiste en la aplicación de una línea numérica con puntos extremos identificados como “ningún dolor” y “el peor dolor”, las divisiones de la línea están indicadas con unidades del 0 al 10. Esta escala es recomendada en niños de 5 años siempre que sepan contar y tengan alguna idea de los números (Whaley&Wong 1995, p.557-560)

Esta posición promueve la seguridad y bienestar del paciente evitando que el paciente se deslice hacia la parte distal de la cama disminuyendo la efectividad de la tracción y favoreciendo un adecuado retorno venoso. La alineación garantiza una tracción óptima, equilibrada

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>4. Vigilar todas las áreas de presión secundarias a la tracción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vendaje elástico sin arrugas ni deslizamientos - Bandas adhesivas con protección en zonas de maléolos y en la planta del pie - Mantener las ropas de la cama, utilizando sábanas suaves y limpias sin arrugas - Verificar la presencia de cuerpos extraños 	<p>y evita el desplazamiento de la tracción y la aparición del dolor (McHale 2003, p.707)</p> <p>La presión prolongada puede causar isquemia, lo que dará lugar al dolor (Morgan 1993, p. 149) La microcirculación se ocluye con facilidad con presiones leves, disminuyendo la perfusión tisular causando cambios por falta de irrigación y oxigenación causando necrosis (Beare-Myers 2000, p.1775)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>5. Verificar que el aparato de tracción y sus dispositivos se encuentren funcionando de forma adecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesas. Examinar que se encuentren libres de obstrucción en todo momento y que no descansen sobre el piso - Cuerdas y poleas. Comprobar que no existan nudos en las cuerdas que puedan engancharse en una polea, ésta última debe correr con libertad 	<p>Los dispositivos desmontados de la tracción podrían interferir con la aplicación del peso y la tracción adecuadas prescritas ocasionando malrotaciones de la extremidad afectada con cambios en la irrigación sanguínea y alteraciones motoras (McHale-Carlson 2003, p.707)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>6. Enseñar al niño a buscar y notificar de inmediato signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor agudo - Hormigueo, entumecimiento - Frialidad de las extremidades - Cianosis en ortejos 	<p>Estos signos son indicadores de compromiso neurocirculatorio distal debido a insuficiente circulación lesionando los nervios periféricos (Carpenito 1994, p.318)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>7. Avisar al médico inmediatamente si se presentan signos-síntomas anómalos, lo que incluye disminución de la sensibilidad y de la movilidad, palidez, frialidad en la zona de la fractura y disminución de los pulsos periféricos</p>	<p>La detección precoz permite instaurar un tratamiento inmediatamente, lo que permite prevenir una lesión permanente, secundaria a un trastorno circulatorio, como necrosis tisular y lesión neurológica, que motivaría una lesión permanente y posiblemente una amputación (Morgan 1993, p.150)</p>

Evaluación. El niño se encontraba en nivel de dependencia ligera transitoria de horas nivel 5, debido al aumento del peso de la extremidad afectada, la cual se valoró continuamente y se revisaron y corrigieron las áreas de presión, aditivos de la tracción, la alineación del paciente, mejorando la perfusión de la extremidad afectada conservando sensibilidad y movilidad de ortijos y presencia de dolor tolerable, por lo que la dependencia cambio a nivel 4. El niño egresó con aparato inmovilizador tipo espica presentando un estado neurocirculatorio distal sin compromiso modificando su dependencia a un nivel 3. El personal de enfermería valoró durante el turno el estado del pie y se contó con suficiente material en la atención del niño.

Necesidad alterada Higiene

Datos subjetivos Refiere baño diario por la noche durante el cual aseas sus oídos, higiene oral 2 veces al día, recorta sus uñas de pies y manos cada 2 semanas, solo lubrica la piel de la cara y los brazos, usa gel diario en el cabello, aún no se aplica desodorante. Refiere que le gustaría “tomar un baño en regadera”

Datos objetivos Cabello corto, conducto auditivo externo bilateral con escaso cerumen, mucosa nasal seca, boca con residuos de alimentos en ambas arcadas con caries dental en molares superiores e inferiores, uñas cortas de manos y pies, piel limpia y lubricada excepto en las extremidades inferiores las cuales presentan restricción del movimiento por tracción cutánea conservando resequedad y descamación de la piel en ambas piernas observándose úlcera por decúbito grado II en la región postero inferior de la pierna izquierda. Durante el baño de esponja refiere dolor de la extremidad afectada a la movilización

Diagnóstico enfermero. Deterioro de la integridad cutánea en región posteroinferior de pierna izquierda relacionado con roce y presión sobre la cama por tracción cutánea manifestado por resequedad, descamación de la piel y abrasión con excavación que afecta la epidermis y dermis (úlceras por decúbito grado II) no infectada.

Fecha de identificación 181004 **Tipo de diagnóstico** Real.

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel 5**

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Prioridad Alta **Rol de enfermería** Ayuda

Objetivo del paciente El paciente recuperará el grosor cutáneo en la región posteroinferior de la extremidad afectada durante los próximos 2 a 7 días de su hospitalización

Intervenciones de enfermería	Fundamentación								
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>1. Valorar el estado general de la piel: color, textura, grosor, turgencia, temperatura e hidratación</p> <p>- Detectar la aparición de las úlceras por presión mediante la escala de valoración de riesgo por presión de Norton:</p> <table border="1" data-bbox="215 1759 820 1890"> <thead> <tr> <th data-bbox="215 1759 657 1795">Categorías</th> <th data-bbox="657 1759 820 1795">Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="215 1795 657 1831"><i>a) Estado físico general</i></td> <td data-bbox="657 1795 820 1831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="215 1831 657 1866">- Bueno</td> <td data-bbox="657 1831 820 1866">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="215 1866 657 1890">- Regular</td> <td data-bbox="657 1866 820 1890">3</td> </tr> </tbody> </table>	Categorías	Puntuación	<i>a) Estado físico general</i>		- Bueno	4	- Regular	3	<p>El profesional de enfermería debe vigilar de forma especial y sistematizada a los pacientes con pérdida de la sensibilidad, insuficiencia vascular e inmovilizados que tienen un riesgo mayor de desarrollar úlceras por decúbito (Potter 1996, p. 816)</p> <p>La utilización de la escala estimativa de riesgo por presión de Norton determina que 12 puntos o inferior indica 50% de presentar una úlcera presión y, las</p>
Categorías	Puntuación								
<i>a) Estado físico general</i>									
- Bueno	4								
- Regular	3								

-Malo	2
-Muy malo	1
<i>b)Estado mental</i>	
-Alerta	4
-Apático	3
-Confuso	2
-Aletargado	1
<i>c) Actividad</i>	
-Deambula	4
-Camina con ayuda	3
-En silla	2
-Encamado	1
<i>d)Movilidad</i>	
-Total	4
-Levemente limitada	3
-Muy limitada	2
-Inmóvil	1
<i>e)Incontinencia</i>	
-Ausente	4
-Ocasional	3
-Urinaria habitualmente	2
-Doble	1

puntuaciones del 15 a 16 son indicadores del riesgo. Esta escala debe ser implementada cuando el paciente ingresa al hospital valorando a las 24, 48 después del ingreso y de ahí en adelante cada vez que cambie el estado de salud del paciente (Kozier 1999, p.83-88)

Tipo de intervención: Independiente

2. Registrar las características de la úlcera por presión:

- Localización de la lesión
- Tamaño de la lesión expresado en centímetros: longitud, anchura. La profundidad medirla introduciendo un hisopo de algodón en la parte más profunda de la lesión y después contrastar el bastoncillo con una regla midiendo la marca
- Determinar el estadio de la úlcera mediante la siguiente clasificación:
 - I)Aparición de eritema no blanqueable de la piel intacta
 - II)Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta epidermis y dermis, es superficial y presenta abrasión, ampolla o excavación superficial
 - III)Pérdida completa de todo el grosor cutáneo con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, puede extenderse hasta la fascia subyacente sin traspasarla, se presenta como cráter profundo con o sin excavación del tejido adyacente y,
 - IV)Pérdida completa de la piel en todo su grosor, con destrucción extensa, necrosis

La úlcera por decúbito se caracteriza por una zona de necrosis tisular producida cuando los tejidos blandos se ven comprimidos entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un periodo de tiempo prolongado. De acuerdo, al daño de la piel y del tejido subcutáneo se realizan las intervenciones de enfermería. (Potter 1996. p.591-599)

<p>tisular o lesión de músculos huesos o estructuras de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El color del lecho de la lesión y localización de la necrosis -El estado de los bordes de la lesión -La integridad de la piel circundante -Presencia de signos clínicos de infección: rubor, calor, tumefacción, dolor, olor y exudado (anotar su color) -Tiempo de la existencia de la lesión -Tratamiento previo utilizado <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>3. Realizar la limpieza de la zona ulcerada bajo los principios de asepsia-antisepsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar la úlcera y la piel circundante con antiséptico suave sin frotar y enjuagar la zona con solución fisiológica con irrigación suave -Secar la zona con presión suave -Colocar en la lesión un apósito húmedo con solución salina cubierto por otro seco y holgado para evitar mayor lesión -Anotar el aspecto de la úlcera en las notas observando el medicamento tópico, apósito empleado y respuesta <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>4.Reducir la exposición de la piel a la humedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar cuidado perineal después que el paciente orine o evacue manteniendo la región seca -Conservar la piel limpia y seca y lubricar la piel excesivamente seca <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>5. Identificar y reducir o eliminar los factores mecánicos (aparatos restrictivos)</p>	<p>Es primordial una adecuada higiene para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. El objetivo de la limpieza de una herida necrótica o infectada, es eliminar residuos y bacterias, minimizando el daño hístico mediante limpiadores surfactantes, sueros o antisépticos tópicos selectos. Si la úlcera presenta una base limpia, roja y con tejido de granulación es necesario proteger la zona para favorecer su cicatrización. Las úlceras en estadios II, III y IV deben presentar una herida limpia con tejido de granulación, reducción del tamaño y del drenaje. En caso de que la úlcera esté infectada, con tejido necrótico o escaras deberá desbridarse. Un ambiente limpio y húmedo favorece la migración de las células epiteliales a través de la superficie de la úlcera (Beare-Myers 2000.p.1774)</p> <p>La humedad contribuye a la maceración de la piel, más cuando proviene de líquidos irritantes como el sudor, la orina o las heces (Beare-Myers 2000, p.1774)</p> <p>La presencia de factores de riesgo aumenta la posibilidad de formación de las úlceras por presión (Kozier 1999, p.</p>
--	---

<p>que originaron la aparición de las lesiones cutáneas</p> <p>a)Prevenir la aparición de nuevas lesiones evitando rozaduras de las superficies cutáneas entre sí, con objetos (tracción, vendaje elástico, yeso, férulas) o con superficies (ropas de cama)</p> <p>b)Atenuar la presión de prominencias óseas –occipucio, escápulas, codos, sacro y talones- zonas sensibles mediante distintos dispositivos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener las ropas de cama limpia, seca y sin arrugas -Proporcionar dispositivos y medios adecuados de protección y alivio de la presión: -Colchón o cojín de aire, gel de silicona o agua -Bolsas protectoras para aliviar los puntos de presión impidiendo que la zona afectada toque la superficie de la cama -Colocar piel de cordero o equivalente sintético <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>6.Dar masaje en las áreas vulnerables no enrojecidas suavemente</p> <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>7. Proporcionar un aporte nutritivo y de líquidos apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dieta debe ser rica en proteínas, calcio y vitamina C. -Ingesta adecuada de líquidos (diariamente 1.500 c.c.) <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>8.Enseñar al paciente y familia a examinar con frecuencia la piel</p>	<p>842)</p> <p>La valoración de la piel comprende la exploración visual y táctil prestando especial atención a las zonas expuestas a los aparatos restrictivos de movilización (yeso, tracción, férula) que actúan ejerciendo presión sobre los tejidos, ya que la piel y los tejidos subcutáneos pueden tolerar un cierto grado de presión, pero las presiones aplicadas externamente que superan la presión del lecho capilar reducen o bloquean la irrigación sanguínea de los tejidos adyacentes, los cuales se tornan en hipoxia produciendo lesiones isquémicas</p> <p>Las ropas rasposas y arrugadas al igual que los cuerpos extraños y partículas entre la ropa contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas(Potter 1996,p.600)</p> <p>El masaje suave estimula la circulación (Carpenito 1994, p.294)</p> <p>Una alimentación rica en proteínas 2 a 4 veces superior a la cantidad diaria recomendada, así como de calorías y vitaminas, especialmente la vitamina C, contribuye a la reconstrucción del tejido epidérmico. La ingesta alta de líquidos promueve la correcta hidratación y turgencia de la piel favoreciendo el proceso de cicatrización (Potter 1996,p.608)</p> <p>La inspección regular de la piel permite una rápida detección de una lesión (Carpenito 1994, p.295)</p>
--	---

Evaluación. El paciente se encontraba en dependencia total transitoria nivel 5. La respuesta del paciente al tratamiento permitió reducir la úlcera de grado II a grado I favoreciendo la cicatrización de la zona dañada y al colocarse el aparato inmovilizador tipo espica la úlcera se encontraba en grado I, por lo que el paciente

modificó al nivel 4 la dependencia. Durante el primer seguimiento se retiró el aparato inmovilizador y se observó cicatrización total del área dañada alcanzando el niño la independencia. Los cuidados de enfermería proporcionados por el personal favorecieron la recuperación de la piel y se contó con suficiente material para realizar los procedimientos en el cuidado de la piel.

Necesidad alterada Higiene

Datos subjetivos Acostumbra el baño diario por la noche con aseo de oídos, su higiene oral es 2 veces al día, recorta las uñas de pies y manos cada 2 semanas, lubrica la piel de la cara y los brazos, el cabello diario lo peina con gel, no usa desodorante. Refiere que le gustaría “tomar un baño en regadera”

Datos objetivos Cabello corto, conducto auditivo externo bilateral con escaso cerumen, mucosa nasal seca, boca con residuos de alimentos en ambas arcadas con caries dental de molares superiores e inferiores, uñas cortas de manos y pies, piel limpia y lubricada excepto en las extremidades inferiores donde tiene restricción del movimiento por tracción cutánea. Se muestra participativo durante el baño de esponja refiriendo dolor a la movilización de la extremidad afectada.

Diagnóstico enfermero Dependencia en la necesidad de higiene: baño diario relacionada con prescripción restrictiva de la movilidad de miembros inferiores por tracción cutánea manifestada por dificultad para lavar todo el cuerpo.

Fecha de identificación 181004 **Tipo de diagnóstico** Real.

Dependencia grado-duración Ligeramente-Transitoria **Nivel** 5

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Prioridad Media **Rol de enfermería** Suplencia

Objetivo del paciente El niño participará diario en el baño parcial de esponja en cama en la medida de sus posibilidades durante su estancia hospitalaria

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 1. Valorar la capacidad física y habilidad cognitiva del niño para llevar a cabo el baño incluyendo: - Fuerza muscular - Flexibilidad y destreza - Equilibrio y coordinación - Tolerancia a la actividad - Capacidad de atención - Presencia de dispositivos mecánicos (tracción cutánea)</p>	<p>Una valoración revela la necesidad del paciente de cubrir sus necesidades de higiene personal y la capacidad para hacerlo. El profesional de enfermería programara el baño diario considerando la patología y las preferencias del paciente para determinar el tipo de baño terapéutico que el paciente necesite. (Potter,1996.p.819)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 2. Identificar claramente el nivel funcional del cliente para el baño</p>	<p>Esto evita sobrecargar el grado de energía y las capacidades del niño, y promueve toda la independencia que sea posible (Kozier 1999, p.781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 3. Conocer la práctica del baño corporal que acostumbra el niño</p>	<p>Las creencias sanitarias del niño predicen la posibilidad de que asuma conductas</p>

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>4. Promover la higiene y el bienestar con el baño</p>	<p>que favorecen la salud como es el mantenimiento de una buena higiene (Potter 2002, p. 1143)</p> <p>La piel constituye una de las primeras barreras del organismo para defenderse de las agresiones del medio, una tez limpia y un buen aspecto influyen para que una persona se vea saludable (Henderson-Nite, 1988, p.235) La limpieza aumenta la sensación de comodidad, relajación, bienestar y comprensión de las técnicas higiénicas del paciente (Potter 2002, p. 1143)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>5. Discutir los procedimientos de aseo de la institución con el cliente, y tener en cuenta sus preferencias personales, productos de aseo que prefiere, y mejor momento para realizar el baño, así como considerar los otros cuidados que reciba el niño (por ej; fisioterapia)</p>	<p>La sensación de control aumenta el amor propio y la autoestima (Kozier 1999, p. 781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>6. Realizar baño en cama con autoayuda sin retirar la tracción cutánea</p>	<p>Los pacientes postrados en cama pueden bañarse a sí mismos, con la ayuda de la enfermera en las zonas que requiera el paciente (Kozier 1999, p. 782)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>7. Determinar con el niño su forma de participación durante el baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar al niño en una posición cómoda -Facilitarle el acceso de los artículos de baño -Animar al niño a que limpie su cara, cuello tórax, brazos y manos -Ayudarlo a lavar el cabello, la espalda, las piernas y el perineo 	<p>El baño parcial en cama consiste en lavar partes del cuerpo y se reserva para pacientes inmóviles se puede realizar como técnica de aseo o con fines terapéuticos, dependiendo del tipo de baño aplicado (Potter 1996 p. 819)</p> <p>El niño en edad escolar puede participar en su cuidado cuando no este contraindicado promoviendo la cooperación y participación del niño (Potter 1999, p.139) Además mantiene la capacidad funcional y la autoestima (Kozier 1999, p. 781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p>	

<p>8. Diseñar medios para facilitar la cooperación del niño durante la actividad: -Uso del trapecio</p>	<p>Los dispositivos adecuados pueden incrementar la dependencia y la autosuficiencia del paciente (Kozier 1999, p. 781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Interdependiente</i> 8. Administrar los fármacos para el dolor según prescripción, antes de prestar los cuidados</p>	<p>La incomodidad y el dolor disminuyen la capacidad para realizar el autocuidado (Kozier 1999, p. 781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 9. Realizar el baño diario con agua y jabón neutro (pH 5) para eliminar el sudor y secreciones sucias del cuerpo</p>	<p>El jabón neutro realiza una acción detergente eliminando por arrastre mecánico los restos de sudor y secreciones, así como la flora cutánea transitoria, mantiene el equilibrio de sus factores hídricos y restituye a la epidermis su manto ácido., que favorecen la proliferación microbiana. (Kozier 1999, p. 781)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 10. Verificar el estado de la piel durante el baño: -Color, temperatura, humedad y turgencia cutáneas -Secar la piel meticulosamente después del baño</p>	<p>La piel de los niños escolares es suave, ligeramente seca, ni grasa ni húmeda, y su temperatura exterior es uniforme (Whaley-Wong 1995, p.116) La humedad y los sedimentos que se acumulan en los pliegues cutáneos predisponen a la maceración y la irritación de la piel (Potter 1999,p.139)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 11.-Ayudar al niño a aplicarse crema lubricante con ligero masaje en todo el cuerpo</p>	<p>Promueve la autoimagen del usuario (Kozier 1999, p.143)</p>

Evaluación El niño al inicio se encontró en dependencia ligera transitoria nivel 5 accediendo a colaborar con su baño sintiendo comodidad después del mismo modificando la dependencia al nivel 4 y continuando así al egresar a su casa con el aparato inmovilizador tipo espica explicando a la madre de que forma se daría el baño en casa. El niño alcanzó la independencia al 4º seguimiento refiriendo la madre que el se bañaba solo. Para este cuidado el personal de enfermería contribuyó a que el niño participará contando con el material y equipo suficientes para el proporcionar el cuidado y proporcionando la orientación del baño diario en casa.

Necesidad alterada Eliminación

Datos subjetivos Malestar abdominal con sensación de llenado con una frecuencia de evacuaciones cada 2 días con presencia de esfuerzo y dolor a la defecación con heces duras

Datos objetivos Disminución en la frecuencia diaria de evacuaciones cada 2 días, masa palpable en colon terminal, abdomen distendido y dolor en fosa iliaca izquierda a la palpación, esfuerzo y dificultad al evacuar y presencia de heces formadas, café y duras.

Fecha de identificación 201004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Estreñimiento relacionado con inmovilidad física y baja ingesta de líquidos manifestado por disminución en la frecuencia del hábito intestinal y evacuaciones duras y secas.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza física

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel** 5

Prioridad Alta **Rol de enfermería** Ayuda

Objetivo del paciente. El niño recuperará su función de eliminación intestinal las próximas 24 horas mediante la aplicación de medidas que la favorezcan.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>1. Valorar diario en el hábito intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Frecuencia, descripción de las heces y cambios recientes- Ingesta y cantidad de alimentos fibrosos y líquidos, fármacos actuales y estilo de vida.	<p>La valoración de la función intestinal permite conocer los hábitos intestinales usuales y los patrones normales de defecación, su frecuencia y la descripción del color, olor y consistencia de las heces (duras, blandas o líquidas), problemas como sangre, pus o moco, uso de laxantes, ingesta de fibra y líquidos, toma de medicamentos, ejercicio y situaciones estresantes (Dugas p.325, 1986)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>2. Valorar la función intestinal mediante exploración física del abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Inspeccionar el contorno, color, estado de la piel y movimiento del abdomen en busca de anomalíasa) Auscultar el abdomen en busca de las características y frecuencia de los ruidos peristálticos en cada cuadranteb) Palpar el abdomen para detectar la presencia de masas durasc) Percutir el abdomen a nivel de las áreas del colond) Examinar el recto y ano a través de la inspección y palpación	<p>El abdomen aparece blando cuando el niño esta en posición supina, de color de la piel del paciente con una piel íntegra uniforme tensa y con movimientos visibles en el niño delgado. Asimismo, se examina el tamaño, higiene y evidencia de anomalías del ombligo. La peristalsis es el movimiento colónico que incluye una onda de contracción muscular produciendo ruidos que avanzan a lo largo del colon en dirección al ano. Los ruidos intestinales aparecen cada 5-15 segundos y duran de uno a varios segundos. El colon sigmoideo puede palparse como una masa blanda en forma de salchicha en el cuadrante inferior izquierdo. La sensibilidad de</p>

	<p>masas duras en los cuadrantes inferiores puede indicar heces La percusión detecta lesiones, líquido o gas dentro del abdomen. El gas o la flatulencia, emite un sonido timpánico y las masas emiten sonido opaco (Potter 2002, p.1475-6). Durante el examen de la región anal se inspecciona la firmeza de los glúteos y simetría de pliegues. Se determina el tono del esfínter anal provocando el reflejo anal, una contracción rápida obvia del esfínter externo del ano (Whaley & Wong 1995, p. 135-7)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 3. Vigilar la presencia de molestias en abdomen: distensión y meteorismo</p>	<p>La masa fecal o el gas formado llegan al intestino y distienden las paredes del intestino incrementado la motilidad del colon, que conduce a dicha masa al recto e inicia el reflejo de la defecación (Potter 2002, p.1465)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 4. Comentar con el niño los efectos de los líquidos, dieta rica en fibra, ejercicio, de los cambios en las actividades cotidianas, uso de laxantes y de otros medicamentos sobre la función intestinal</p>	<p>Ser consciente de los factores personales que afectan a la función intestinal puede dar lugar a cambios de conductas que reduzcan los problemas (Kozier 1999, p. 1259)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 5. Enseñar al paciente medidas dietéticas para promover una defecación regular considerando su capacidad gástrica (1500 ml) y requerimientos a través de las siguientes acciones: a) Aumentar la ingesta de líquidos con una frecuencia de 6-8 vasos de agua al día y/o jugos combinados con: -Manzana y ciruela -Papaya con naranja -Agua con tamarindo b) Ofrecerle líquidos claros calientes antes del desayuno c) Proporcionar dieta rica en fibra y residuos con alimentos con alto contenido de: -Salvado, cereales integrales, de frutos</p>	<p>El tratamiento dietético para el estreñimiento en los niños consiste en mantener el intestino vacío de heces a través de la ingesta de aumento en la ingesta de líquidos y una dieta con alto contenido de fibra. Regularmente, el agua necesaria es de 75 ml/Kg/día, con un total entre 1500 a 3000 ml según la edad del niño (Whaley & Wong 1995, p.722) Una inadecuada ingesta de líquidos afecta las características de las heces, retardando el paso de los alimentos por el intestino y originando un endurecimiento del contenido fecal. El incremento en la ingesta de líquidos y zumo de frutas, reblandece las heces e incrementa el peristaltismo. Los líquidos claros en</p>

<p>secos, 2 raciones de verduras crudas y frutas con piel -Evitar el pan y los cereales refinados.</p>	<p>ayunas estimulan los reflejos gastrocólicos y duodenocólicos favoreciendo la evacuación intestinal. Una alimentación diaria equilibrada ayuda a mantener un ritmo regular del peristaltismo del colon. La fibra absorbe agua y aumenta el volumen de las heces, estimulando el peristaltismo y la evacuación intestinal (Kozier 1999, p.1272)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 6. Realizar ejercicios abdominales que favorezcan el tránsito del colon: -Dar masaje en el abdomen cada 8 horas de forma circular sobre la línea del colon, comenzando en la fosa iliaca derecha y desplazándose a lo largo del colon ascendente, transverso y descendente durante 15 minutos</p>	<p>El masaje abdominal estimula el peristaltismo debido a que la inmovilidad debilita la musculatura del colon resultando ineficaz para aumentar la presión intraabdominal durante la defecación (Dugas 1986, p.326)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Interdependiente</i> 7. Solicitar la prescripción de laxantes suaves y su administración cuando sea necesario (leche de magnesia, supositorios de glicerina, citrato de magnesio, etc)</p>	<p>Los laxantes son fármacos que inducen la defecación normal, su uso crónico de estos inhibe los reflejos naturales de defecación causando estreñimiento (Kozier 1999, p.1260)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 8. Animar al niño para que responda inmediatamente a la necesidad de defecar</p>	<p>La respuesta inmediata a la necesidad de defecar evita la retención y su posterior resequecedad y dureza de las heces (Kozier 1999, p. 1259)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 9. Exhortar al niño a establecer un horario regular para defecar, de preferencia 20-30 minutos después de una comida</p>	<p>La presencia de alimentos en el estómago desencadena el reflejo gastrocólico (Kozier 1999, p.1260)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 10. Ayudar al paciente a colocarse en posición cómoda que favorezca la evacuación intestinal</p>	<p>Una vez que la persona se sienta en el retrete o en el cómodo, relaja de manera voluntaria el esfínter anal externo, lo cual se facilita con la contracción de los músculos expulsando las heces (Kozier 1994, p. 675)</p>

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 11. Proporcionar intimidad durante la defecación recorriendo las cortinas alrededor de la unidad del paciente</p>	<p>Se ayudará al paciente a relajarse y a no tener interrupciones ya que se inhibe el reflejo de la defecación en forma consciente por contracción del esfínter anal externo desapareciendo la necesidad de defecar (Kozier1994, p.674)</p>
--	---

Evaluación El niño al inicio se encontró en dependencia ligera transitoria de algunos días nivel 5, se realizaron 2 seguimientos durante su estancia en el hospital observándose aumento en la ingesta de líquidos hasta 6 vasos al día y la ingesta de frutas favoreciendo la disminución del malestar abdominal al defecar, por lo que se modificó y se mantuvo en dependencia ligera transitoria nivel 3. Al egresar a domicilio y después de 4 seguimientos refirió solución del problema. Los cuidados del personal de enfermería fueron orientados hacia la ingesta de la dieta con alimentos fibrosos y aumento en los líquidos, y el servicio de dietología aportó el tipo de dieta adecuada a la condición del niño.

Necesidad alterada Comunicación

Datos subjetivos Refiere tristeza, fastidio, cansancio por hospitalización prolongada. La relación que mantiene con sus padres y hermanos es afectiva en especial con su hermano gemelo. Fuera de su casa sostiene una relación cordial con sus compañeros de escuela y amigos cercanos a su casa con quienes comparte sus juegos. Cuando se encuentra preocupado por situaciones que le son incómodas se acerca con su mamá a quien le tiene confianza.

La madre comenta que el paciente es un niño sensible, amable y muy amigable, pero lo observa triste por la falta de la presencia de su gemelo con deseos de verlo por lo que se muestra callado y reservado.

Datos objetivos Es un escolar que coopera al interrogatorio con facies de tristeza se muestra reservado e inquieto. Presenta inmovilidad de los miembros inferiores por tracción cutánea. A la exploración de los diferentes órganos de los sentidos se encuentran sin alteraciones, por lo que no utiliza aparatos de apoyo. Se expresa en términos sencillos y entendibles de acuerdo a su edad y declara sentirse triste por la falta de su hermano gemelo. Durante la visita conversa con sus padres y hermanos, demuestra poco interés con los niños internados en el mismo cubículo y con el personal del área.

Fecha de identificación 221004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Disminución de la comunicación verbal relacionado con ausencia de su hermano gemelo manifestado por inquietud, tristeza, desánimo y expresión verbal de añorarlo.

Fuentes de la dificultad Falta de fuerza psicológica

Dependencia grado-duración Ligera-Transitoria **Nivel 3**

Prioridad Media **Rol de enfermería** Ayuda

Objetivo El paciente experimentará bienestar emocional durante su hospitalización.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<i>Tipo de intervención: Independiente</i>	

<p>1. Valorar e identificar con el paciente y la familia los recursos para resolver su inquietud ante la falta de comunicación con su hermano</p> <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>2. Favorecer un clima de confianza, aceptación, comprensión y respeto al paciente para que pueda encontrar en su interior fuerza para sí mismo por medio de técnicas de comunicación terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escuchar activamente al paciente -Ayudarlo a identificar sus sentimientos y emociones -Mostrar empatía -Utilizar el tacto con discreción en el hombro del niño <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>3. Ofrecer una atmósfera de calidez y aceptación al niño y a la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hablar con voz tranquila, no apresurada y segura -Adecuar la terminología científica y médica a la edad del paciente que le sean entendibles -Explicar los motivos para realizar los procedimientos <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>4. Escuchar con atención cuales son las necesidades y sentimiento de tristeza/ira del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> -Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional -Permanecer con el niño durante los momentos de consuelo -Proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más tristeza -Observar la conducta del niño y si es necesario canalizarlo con psicología 	<p>La enfermera en su rol de ayuda puede colaborar con el paciente a analizar posibilidades respecto a la solución de problemas identificados considerando los diversos factores al tratar de resolverlos (DuGas 1986, p.15)</p> <p>Las técnicas de comunicación terapéutica son respuestas específicas que animan a la expresión de sentimientos e ideas y transmiten la aceptación y respeto hacia la enfermera (Potter 1997, p.470)</p> <p>La enfermedad y hospitalización suelen ser las primeras situaciones estresantes con las que los niños se enfrentan y de acuerdo a su crecimiento y desarrollo tienen aún un número limitado de mecanismos de resolución, por lo que los niños en edad escolar necesitan y desean orientación de los padres o el apoyo de otras figuras adultas, el estrés impuesto por la enfermedad o la hospitalización aumenta su necesidad de seguridad (Whaley&Wong 1995, p.470)</p> <p>Si los sentimientos no se expresan, el estrés y la enfermedad pueden empeorar, por lo que se debe ayudar a la persona a expresar sus emociones, reconocer sentimientos para modelar la auto expresión emocional saludable (Potter 1997 p.472)</p>
---	--

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>5. Fomentar la comunicación con la familia y los amigos a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La visita constante de los padres, hermanos u otros parientes cercanos -Ayudarlo a conservar comunicación por teléfono, escrita o grabada con su hermano gemelo relatando acontecimientos caseros -Alentar al niño a hablar sobre los miembros de la familia -Exhortar a los padres a que le demuestren su apoyo y cariño al niño -Permitirle tener sus objetos personales favoritos como son la radio, juguetes, libros, colores, fotografías de su familia 	<p>La capacidad del niño para tolerar la falta de los padres es muy limitada, por lo que las visitas de los padres deben ser frecuentes y su ausencia será resuelta por la presencia de otras personas significativas que le sean consoladoras (tíos, primos, abuelos, etc) Así también, contar con artículos propios puede ayudarlos a sentirse más cómodos en un ambiente extraño (Whaley&Wong 1995, p.563)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>6. Diseñar un plan de actividades determinando horarios para realizar funciones de asistencia que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar los cuidados básicos de enfermería al niño -Proveer su dieta y respetar la hora para ingerir sus alimentos -Seleccionar una hora antes de la comida para conversar con el niño -Interaccionar con la familia durante la visita con el objeto de conocer cuales son las preocupaciones del niño y la familia 	<p>La alteración de las costumbres cotidianas y la pérdida de ritos resultan preocupantes en el niño hospitalizado, ya que en la edad escolar su rutina diaria se estructura en horarios para comer, vestir, jugar, asistir a la escuela, hacer tareas, y dormir, la cual desaparece durante su hospitalización, una técnica que puede minimizar la estructuración de tiempo implica planificar la jornada de manera que se incluyan todas las actividades importantes para el niño y la enfermera que deberán ser escritas o programadas en el calendario (Whaley & Wong 1995, p.565)</p>
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>7. Estimular la interacción con otros niños compatibles en edad, sexo y capacidades físicas</p>	<p>La hospitalización ofrece a los niños una aceptación social, ya que durante su estancia se encuentra con distintos niños en tratamiento médico. La enfermera puede estructurar el ambiente para formar un grupo infantil de apoyo (Whaley y Wong, 1995, p.575)</p>

Evaluación. El paciente se encontró en un nivel de dependencia ligera transitoria nivel 3. Las intervenciones planeadas permitieron mantener una interacción cordial a través de las conversaciones con el niño mostrando disminución de momentos tristes. El personal de enfermería a su cuidado permitió que el niño estuviera en contacto con su hermano gemelo a través del teléfono modificándose la dependencia

a nivel 2. El problema se resolvió al egresar el niño a domicilio y reencontrarse con su hermano gemelo.

Necesidad alterada Protección y seguridad

Datos subjetivos El niño refiere que asistió acompañado de su hermano a una fiesta subiendo al aparato del “brincolin” con varios niños y al estar brincando se rompe el aparatp cayendo sobre él paciente los niños que ahí se encontraban ocasionándole fractura del fémur. Por lo regular, acostumbra jugar en la calle fútbol, anda en bicicleta sin protección y en compañía de sus amigos algunos de ellos mayores a él. La madre refiere tener cartilla de vacunación completa la cual no presenta, niega enfermedades infecciosas frecuentes, otros accidentes y cuando enferma asiste al seguro social

Datos objetivos Presenta fractura de fémur en extremidad inferior izquierda causada durante el juego, cuenta con escasa información acerca de los diversos riesgos que existen en casa, escuela, en la calle, con la gente y desconoce que precauciones debe tomar para no ser lastimado. Su piel se encuentra integra y limpia, actualmente su sistema de defensa se encuentra sin datos de infección (11mil leucocitos)

Fecha de identificación 281004 **Tipo de diagnóstico** Real

Diagnóstico enfermero Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con desconocimiento de las medidas de seguridad manifestado por verbalización de contar con insuficiente información para evitar accidentes en el hogar, escuela, vía pública y lugares de recreación

Fuentes de la dificultad Falta de conocimientos

Dependencia grado-duración Total-Transitoria **Nivel** 3

Prioridad Alta **Rol de enfermería** Compañía

Objetivo El niño junto con sus padres identificarán y señalarán los diversos factores de riesgo en su entorno que le pueden causar lesiones en su integridad física por medio de un programa de prevención de accidentes que pondrá en práctica en el hogar, escuela, vía pública y lugares de recreación durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i> 1. Valorar la edad y etapa de desarrollo del niño identificando: -Funcionamiento de movimientos corporales -Orientación temporo-espacial del niño -Historia de traumatismos -Estilo de vida diaria: actividades físicas (deportes), juegos, deberes, etc -Preguntar como enfrenta los peligros y como actúa ante éstos -Indagar que medidas de seguridad toma para prevenir un accidente</p>	<p>Los niños en edad escolar (6 a 10 años) tienen una coordinación y control muscular más refinado con mayores destrezas físicas y pueden aplicar sus capacidades cognitivas para actuar de forma más juiciosa disminuyendo los accidentes en comparación con la primera infancia (Whaley y Wong 1995,p.411) La seguridad en sí mismo con frecuencia supera a su capacidad física ya que se interesan por adquirir nuevas destrezas y perfeccionar las adquiridas siendo desafiantes y aventureros especialmente con sus amigos. A menudo juega en</p>

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>2. Realizar con el niño y los padres un programa de prevención de accidentes por escrito que explique los diversos peligros que llevan a un accidente en:</p> <p>a) el hogar, b) la escuela c) la vía pública y, d) lugares de diversión</p>	<p>lugares peligrosos e intenta proezas temerarias. www.spapex.org/spapex/salud/escolar.htm</p> <p>A los 10 años de edad los niños aceptan mejor las normas cuando participan en su elaboración, razonan y comprenden hechos concretos de su vida diaria, conocen los posibles efectos de ciertas conductas de riesgo, aunque no por ello dejen de practicarlas pero precisan conocer de forma clara cuáles son los límites y normas que deben seguir tanto para preservar su integridad física como la de los demás. Los padres deben educar esta conciencia, mediante el ejemplo, la supervisión y el refuerzo positivo. Éste debe ser un trabajo sistemático para cada ámbito de riesgo: la calle, los deportes, la playa, la piscina, etc. La presencia constante de los padres enmarca la seguridad del niño de ahí que no se dejara nunca a un niño sólo (http://www.mp.com.uy/prevención.html)</p>
<p>a) En el hogar:</p> <p>-La existencia de barreras arquitectónicas, escaleras sin barandal y con escalones altos y estrechos, iluminación y ventilación insuficientes, suelos resbaladizos, muebles y objetos mal ubicados, bañera(ahogamiento), ropa y calzado inadecuado, camas altas. La cocina es la zona más peligrosa de la casa, por quemaduras (estufas, los mangos de los utensilios al fuego, caminar con líquidos calientes), enchufes eléctricos, electrodomésticos, objetos punzocortantes (cuchillos, tenedores. objetos de cristal)</p> <p>-Limitar la convivencia con animales domésticos como los perros, gatos, tortugas, etc.</p> <p>-Evitar el contacto con productos tóxicos (venenos, productos de limpieza, plantas</p>	<p>A los niños de 10 años les encanta ayudar con las tareas en el hogar que significa un entorno seguro para el niño/a, en el existen diversos riesgos a los cuales no son capaces de discernir en su totalidad, por lo que se debe insistir a los padres en eliminar en lo posible los riesgos que le rodean. Los cuchillos de cocina, tijeras y armas blancas de decoración deben estar fuera del alcance de los niños. Las armas en casa pueden llegar a ser manipuladas por los niños sin tener conciencia del peligro. Las mascotas son causantes de lesiones y/o enfermedades transmisibles en los niños durante el juego con éstas. Los productos domésticos para el aseo de casa se mantendrán fuera del alcance de los niños. Los niños pequeños que empiezan</p>

<p>domésticas, etc.)</p> <p>b) En vía publica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicarle las reglas básicas de circulación y la necesidad de respetarlas. -Procurar no ir sólo por la calle, enseñarle cómo y por dónde cruzar una calle, cuándo cruzarla, dónde debe de ir dentro del vehículo, no asomar parte del cuerpo por la ventanilla del vehículo -Usar casco en las motos y en las bicicletas. siendo conveniente el uso las protecciones de codos, rodillas, etc -El niño no debe pasear solo por calles abiertas al tráfico si es menor, se le señalará que es peligroso y no necesario correr en exceso, ir metiéndose entre los coches, en calles prohibidas aunque sus amigos lo hagan - No deberán viajar en la caja abierta de camionetas, ni sobresalir por ventanas y techos. -Evite dejar al niño solo dentro del auto - En el auto su lugar es el asiento trasero y con cinturón de seguridad. <p>c) En la escuela:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indicar al niño y la familia que en la escuela los accidentes suelen presentarse durante las horas de recreo, actividades deportivas, a la salida de la escuela. - Al ir de excursión, con el colegio o con sus amigos, explicarle con ayuda de dibujos y láminas que existen plantas y setas de apariencias normales pero que son peligrosas para la salud y que no deben comerlas. 	<p>a caminar deberán de mantenerse a la vista de los padres para prevenir la ingesta de plantas u objetos pequeños que estén a su alcance.</p> <p>(http://www.saludinfantil.com/prevenc_accidentes.htm)</p> <p>Los niños en edad escolar les gusta arriesgarse, pero no están preparados para calcular los riesgos, por lo que necesitan supervisión de los padres ya que los accidentes ocurren con mayor frecuencia fuera del hogar, de ahí la importancia de que el escolar adquiera conciencia respecto a donde están los riesgos de accidentes, la importancia de su prevención y las conductas personales más seguras frente a estos riesgos</p> <p>(http://www.mp.com.uy/prevención.html)</p> <p>En la escuela las opiniones de sus amigos son cada vez más importantes, quizá más que las opiniones de sus padres, por lo cual, es importante hablar con el niño acerca de cómo tomar buenas decisiones cuando está en compañía de sus amigos. Durante las horas de recreo y en actividades deportivas, los encuentros entre los distintos niños son más rudos llegando a los golpes, los cuales suelen ser más contundentes a más edad, resultando en lesiones mayores. Los niños hiperactivos son más propensos a sufrir accidentes dentro de la escuela o al salir en grupo, por lo que, la función del maestro es informarles como</p>
---	---

<p>d) Lugares de recreación:</p> <p>-Valorar que las atracciones estén bien mantenidas y cuidadas (los columpios, los toboganes, etc.).</p> <p>-Advertir que los columpios; resbaladillas y demás aparatos recreativos pueden causar lesiones graves (contusiones, fracturas, abrasiones, golpes en el ojo con pérdida de la visión, etc) por lo que señalará al niño a utilizarlos adecuadamente y evitar que se suban a aquellos que presenten pocas garantías de seguridad</p> <p>-Recomendar a los padres que cuando asistan a parques acuáticos revisen que la piscina tenga valla protectora, el acceso no esté libre, no perder de vista nunca al niño, seguir las instrucciones de los socorristas, no confiar en los flotadores, o en los manguitos, no bañarse sólo, no arrojar al agua sin reconocer previamente la profundidad o si hay alguien dentro, etc.</p> <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>3. Advertirle sobre las conductas consideradas peligrosas y que él desconoce, que situaciones es capaz de afrontar y orientarlo en la forma para conducirse para enfrentar con la máxima seguridad a los riesgos</p> <p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>4. Indicar a los padres que es muy importante que la autoestima del niño sea positiva a esta edad</p>	<p>deberán guiarse durante el paseo www.spapex.org/spaex/salud escolar.htm</p> <p>No todos los recintos infantiles reúnen las condiciones necesarias para que el niño juegue sin riesgos. Un mobiliario deficiente, una limpieza inadecuada o la falta de una cerca que aisle el parque de otras áreas peligrosas para los pequeños (calles, avenidas, piscinas), son motivos más que suficientes para dudar de la seguridad del recinto. Pero aún cuando todo esté en perfectas condiciones, un accidente inesperado se puede producir por el uso inadecuado de las instalaciones del parque. Por eso, sin llegar a estar constantemente encima del niño, conviene indicarle los posibles riesgos de los juegos al aire libre y vigilara a distancia todos sus movimientos (http://www.salud infantil.com/prevenc_accidentes.htm)</p> <p>Es frecuente el comportamiento imprudente en el agua a esta edad, por lo que se debe prestar especial atención a todas las normas establecidas en cuanto a juegos en el agua y lugares autorizados, procurando que el niño siempre haga pie y esté dotado de salvavidas. (http://www.salud infantil.com/prevenc_accidentes.htm)</p> <p>Los niños de 10 años de edad deberían hacerse responsables por sus actos y esperar un comportamiento responsable por parte de sus amigos y compañeros (http://www.salud infantil.com/prevenc_accidentes.htm)</p> <p>Reforzar la importancia de su propia opinión a través de frecuentes comentarios sobre la necesidad de saber decir no cuando él piense que puede ser</p>
---	---

<p><i>Tipo de intervención: Independiente</i></p> <p>5. La información proporcionada se apoyará con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pláticas frecuentes con retroalimentación de la información y, -Fomentando la formulación de preguntas o expresión de dudas y preocupaciones con respecto al tema 	<p>un juego peligroso o persona no fiable, aunque sus amigos opinen lo contrario arriesgando su integridad física. (http://www.mp.com.uy/prevención.html)</p> <p>El niño y la familia necesitan participar de manera activa en el programa de prevención realizado para identificar los diversos factores de riesgo y que conducta seguir para reducirlos.(Potter 2003, p. 1068)</p>
--	---

Evaluación El niño se encontró con dependencia total transitoria nivel 3 inicialmente, durante su hospitalización se orientó al niño y a la madre acerca de los cuidados que debe tener para evitar más accidentes en lugares de diversión y durante el juego, estos fueron identificados a través de pláticas. La estancia del niño en el hospital fue corta por lo que no se implementó formalmente el programa de prevención de accidentes. Se realizaron 4 seguimientos posteriores al egreso del niño en la consulta externa, permitiendo estructurar el programa de prevención sin ser posible aplicar y evaluar su eficacia, continuando el niño en dependencia total transitoria nivel 3. Las acciones del personal de enfermería involucrado en el cuidado del niño fueron insuficientes para orientarlo en la prevención de accidentes; las instalaciones para tratar el tema fueron adecuadas faltando material didáctico para difundir la prevención de accidentes en el hogar, escuela, vía pública y lugares de recreación.

Plan de alta.

Nombre G.E.G **Edad**10 años **Sexo** Masculino **Servicio** Ortopedia
Registro775171 **Diagnostico médico** Fractura diafisaria de fémur izquierdo

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable debe realizar (o el niño si es posible):
 - a. Conservar limpio el aparato inmovilizador tipo espica
 - b. Mantener la piel limpia y seca principalmente en región sacra y espalda.
 - c. Vigilar la aparición de enrojecimiento e irritación de la piel
 - d. Evitar que el niño introduzca objetos dentro del aparato
 - e. Enseñar a los padres a valorar el estado neurovascular del niño: color, temperatura, llenado capilar, movilidad y sensibilidad
 - f. Dar masaje en zonas de presión

2. Orientación dietética:

- a) Alta ingesta de líquidos con una frecuencia de 6-8 vasos de agua al día y/o jugos combinados como: manzana y ciruela, papaya con naranja, agua de tamarindo
- b) Proporcionar dieta rica en fibra y residuos con alimentos con alto contenido de salvado, cereales integrales, de frutos secos, 2 raciones de verduras crudas y frutas con piel
- c) Disminuir la ingesta de pan y los cereales refinados

3. Medicamentos indicados

Medicamento. Paracetamol

Dosis. 400 miligramos

Horario. Cada seis horas

Vía. Oral

4. Registro y signos de alarma.

- Presencia de dolor intenso y parestias
- Disminución de la sensibilidad, movilidad, palidez a cianosis, frialdad, edema.

5. Cuidados especiales en el hogar.

- Realizar ejercicios activos y pasivos en toda la amplitud de movimiento de las regiones no afectadas

Fecha de su próxima cita. 081105

Observaciones. Se proporcionó orientación para el manejo del niño en casa con el aparato en espica en actividades de: baño diario, vestido, cuidado personal, eliminación y movilización de las articulaciones.

VI. Resultados

6.1. Análisis de las variables

El presente estudio de caso fue realizado bajo la propuesta filosófica de Virginia Henderson valorando las 14 necesidades en el niño, las cuales permitieron detectar las manifestaciones de dependencia e independencia y las fuentes de la dificultad que afectaron la satisfacción de algunas necesidades.

Con respecto a lo anterior, en este estudio se identificaron 5 necesidades principalmente afectadas siendo *Moverse y mantener buena postura; Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos; Eliminar; Comunicarse con los semejantes y; Evitar los peligros*, para éstas se elaboraron los diagnósticos enfermeros y se estableció el plan de intervenciones evaluando su eficacia.

Para la necesidad de *Moverse y mantener buena postura*, se elaboraron dos diagnósticos principales, uno relacionado con la inmovilización por aparatos restrictivos de las extremidades inferiores (tracción cutánea) por fractura de fémur de la extremidad inferior izquierda, encontrándose inicialmente en dependencia ligera transitoria de algunas semanas de nivel 5, la cual fue apoyada durante la hospitalización mediante ejercicios de las articulaciones no afectadas. El niño presentó mejoría de la fractura por lo que egresó a su domicilio con un aparato inmovilizador tipo espica de fibra de vidrio. Se realizaron 4 seguimientos observando limitación del movimiento durante el primer seguimiento ya que presentaba el aparato inmovilizador con apoyo de la marcha en muletas conservando adecuada movilización de las articulaciones no afectadas; una vez retirado el aparato y las muletas presentó marcha claudicante la cual se modificó hacia el cuarto seguimiento logrando el niño la independencia en ésta necesidad con arcos de movimiento de las articulaciones en su totalidad con una marcha autónoma y normal.

Es importante mencionar que durante la hospitalización el niño con la alteración de ésta necesidad presentó disminución de los arcos de movimiento del cuerpo y repercutió sobre el estado de perfusión sanguínea de la extremidades inferiores en cuanto se agregaba peso a la tracción cutánea, lo cual se resolvió en cuestión de horas a días dirigiendo las intervenciones de enfermería a disminuir éstos problemas

a partir de la valoración continua y eliminación de aquellos factores que contribuyeron a limitar el movimiento de las articulaciones no afectadas a través de la práctica de ejercicios pasivos, así como a mejorar la irrigación neurovascular de las extremidades favoreciendo el bienestar del paciente.

Lo anterior indica que al apoyar con ejercicios a un paciente con inmovilidad conserva la funcionalidad de las articulaciones sanas favoreciendo una recuperación en menor tiempo, este resultado es similar al reportado por Sánchez León (2001) quien observó en un adolescente afectado en la necesidad de moverse y mantener buena postura en 5º grado de dependencia modificándose hacia un 2º grado de independencia.

En cuanto a la necesidad de *Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos* afectada, el niño recibió los cuidados a la piel ulcerada favoreciendo la cicatrización de la zona dañada y al colocarse el aparato espica la úlcera se encontraba en grado I, por lo que el paciente se mantuvo en dependencia grado 4. Durante el primer seguimiento se retiró el aparato en espica y se observó cicatrización total del área dañada por lo cual quedo en independencia nivel 1. Este resultado es similar al reportado por Sánchez León (2001), indicando que la valoración y los cuidados proporcionados conducen a la mejoría de estas lesiones.

En esta necesidad el niño manifestó verbalmente participar en su baño siendo posible debido a que se había fomentado el ejercicio de las articulaciones. El niño alcanzó la independencia al 4º seguimiento comentando la madre que el se bañaba solo en casa, dicho resultado es similar con estudio de caso reportado por Sánchez León (2001) refiriendo la participación del niño en su cuidado.

Con respecto a la necesidad de *Eliminar*, el niño modificó su actitud hacia los alimentos durante su estancia hospitalaria observando aumento en la ingesta de líquidos hasta 6 vasos al día y dio importancia a la ingesta de fruta favoreciendo la disminución del malestar abdominal al defecar, por lo que se modifico y se mantuvo en dependencia transitoria alcanzando la independencia una vez que egreso a su casa.

En cuanto a la necesidad de *Comunicación* afectada, se realizaron intervenciones planeadas orientadas a través de las conversaciones a mantener una

interacción del niño con el personal de enfermería, los niños de la sala y la familia, observando que esta última en todo momento apoyo al niño logrando su confianza y favoreciendo su participación. Así también, la familia fortaleció el estado emocional del niño al proporcionar los medios para comunicarse con su hermano gemelo, quién es una persona significativa, lo cual permitió que se mantuviera en independencia grado 2 y resolviéndose al regresar a su casa y convivir con su hermano y demás familia.

Al valorar la necesidad de *Evitar los peligros*, la valoración inicial indicó una falta de conocimientos del niño para detectar los peligros en diversos lugares públicos, de ahí que el niño se ubicó en dependencia transitoria grado 3. En esta necesidad se estructuro el plan de intervenciones después del egreso del niño ya que su estancia fue corta, sin embargo, se realizo su valoración en los seguimientos posteriores, observando que el niño aún continúa con dependencia transitoria grado 3, lo cual aumenta su exposición de riesgo a sufrir accidentes en su entorno aunándose a esto sus características de ser un niño en edad escolar.

VII. Conclusiones y sugerencias

- En el presente estudio de caso se aplicaron las cinco etapas del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), utilizando como base teórica la propuesta filosófica de las 14 necesidades básicas de V. Henderson.
- La metodología aplicada favoreció la obtención de las necesidades alteradas del paciente a través de la historia clínica y reporte diario realizando una valoración exhaustiva y focalizada, conduciendo al análisis de la información lo cual permitió identificar las fuentes de la dificultad (falta de fuerza física, falta de conocimientos y falta de voluntad) y se elaboraron los diagnósticos de enfermería identificándose en reales, de riesgo y posibles para este estudio de caso, en los cuales se reconoció el nivel y grado de dependencia e independencia en el niño. Una vez que se jerarquizaron las necesidades alteradas del paciente se implementó el plan de los cuidados de acuerdo a las características propias del paciente y se consiguió el alcance de los objetivos planteados de las necesidades alteradas llevando a la disminución del grado de dependencia o bien a su independencia al niño y a la integración de la familia como parte fundamental para proporcionar los cuidados en casa.
- En contraste con otros estudios, en el presente caso se observó que el niño en edad escolar se encuentra en dependencia para la necesidad de *Evitar los peligros* debido a la exposición de múltiples riesgos en su entorno y carecer de información para controlarlos por lo que fue necesario advertirle de las conductas inseguras y prevenirlo de accidentes en casa, escuela, vía pública y lugares de recreación.

- Este estudio de caso para la práctica de enfermería en el área pediátrica demostró que el conocimiento del niño de forma holística y la aplicación del proceso de atención de enfermería llevo a establecer un plan de cuidados individualizado en beneficio del paciente.

Se sugiere lo siguiente:

- La difusión de la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson en conjunción con el proceso enfermero para orientar los cuidados en las áreas clínicas de pediatría
- La participación de enfermeras con experiencia en el manejo de dicha propuesta en eventos académicos para enseñanza al grupo de enfermería
- Realizar publicaciones de los estudios de caso para promover el cuidado especializado bajo dicha propuesta.

Referencias

1. García-Gómez MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997.p.9, 33-8, 41.
2. Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p.1-3.
3. Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson;1998.p.4-15, 36-8
4. Wertman DD, Lauer T, Marriner-Tomey A, Neal SE, Williams S. Virginia Henderson: Definición de la enfermería. En: Marriner-Tomey editores. Teorías y modelos de enfermería. Madrid: Mosby-Doyma;1994.p.103, 106-9
5. Sánchez-León V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. RevEnferm IMSS 2002; 9(2):91-6.
6. Franco-Orozco M, Benítez-Trejo MA. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Enfermería Universitaria ENEO 2004;(3):13-21.
7. Espinosa-Meneses V, Franco-Orozco M. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía. Desarrollo Cientif Enferm 2003; 11(1):24-9.
8. Arroyo-Ortiz MJ. Atención de enfermería al paciente pediátrico con tumor cerebral con la aplicación de la perspectiva de Virginia Henderson. Acta Pediatr Mex 2002;23 (6):398-410
9. Parra-Basurto A, Heredia-Guerrero EN. Proceso de atención de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11(2):66-71
10. Ortega-Vargas MC. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9(1-4):18-23.
11. Castillo E, Domínguez M. Planificación del alta de un enfermo con trasplante renal. Enfermería clínica 1993; 3(4):163-66.
12. Franco-Orozco M, Espinosa-Meneses V. Valoración de la necesidad de alimentación en los niños. Desarrollo Cientif Enferm 2003; 11(4):115-9.

13. Rodríguez Bestillerio AM, Ferrer-Pardavila PMA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (6):253-9
14. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill; 1999. p.9,16
15. Phaneuff M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.p.30-2, 50-2, 74
16. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2ª.ed. Barcelona: Doyma; 1992. p.6-7, 32, 58, 71,118-19, 130,146.
17. Potter P. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. 5ª ed. Barcelona: Harcourt-Océano; 2001.p. 125-126, 146-52, 413, 423.
18. Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El manual moderno; 1993. p. 195
19. Fraile-Duvicq CG. Ciencia, ética y enfermería. p.2 internet (en línea) (consulta 2/05/05);(4 pags). Disponible en <http://www.fing.uach.mx./MatDidáctico/Legislación/ética.htm-8k>
20. Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería clínica* 1999;9(1): p.21
21. Ley General de Salud. Recopilado por Enciso J. Ley General de Salud. Título quinto. México: Distribuidora y editora mexicana; 2002. p. 43
22. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. Secretaría de Salud. Subsecretaría de innovación y calidad 2001.p.14-15
23. Navarro-Gómez MV. Enfermería. Movimiento y postura. España: Masson; 2000.p. 219, 230-32
24. Tadjian MO. Ortopedia pediátrica. 7a ed. Madrid: Interamericana; 1995. p.1666-7, 1673, 1680-87
25. Hospital Infantil de México. Urgencias en pediatría. 5ª ed. México: McGrawHill; 2002. p.1222-23
26. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2004. p. 287
27. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 5ª ed. Vol 1 y 2, México: Mc Graw Hill;1999

28. DuGas BW. Enfermería práctica. 5ª ed. México: Interamericana; 1987. p. 15, 325, 504-9
29. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 3ª ed. México: Interamericana; 1992. p. 464
30. Tortora GJ, Anagnostakos N. Principios de anatomía y fisiología. 5ª ed. México: Harla; 1992. p. 233
31. Morgan SK. Cuidados de enfermería en pediatría. Barcelona: Doyma; 1993. p. 150
32. Whaley FL, Wong LD. Tratado de Enfermería pediátrica. 3ª ed. México: Interamericana; 1995. p. 135-7, 411, 557-560, 563-5, 575, 722
33. McHale DL. Cuidados intensivos. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2003. p. 707
34. Beare M. Enfermería médico quirúrgica. 3ª ed. México: Interamericana; 2000. p. 1774
35. Henderson V, Nite G. Enfermería teórica y práctica. 3ª ed. México: Prensa médica mexicana; 1978. p. 235
36. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería. 2ª ed. Madrid: Interamericana; 1994. p. 318, 294, 295
37. La salud del niño en la escuela (en línea) (consulta 19/05/05); (5 pags). Disponible en [www.spapex.org/spapex/salud escolar. htm](http://www.spapex.org/spapex/salud_escolar.htm)
38. La prevención de accidentes en el niño escolar. (consulta 20/05/05); (12 pags). Disponible en [http://www.salud infantil.com/prevenc_accidentes.htm](http://www.salud_infantil.com/prevenc_accidentes.htm)
39. Como prevenir accidentes del niño en la vía pública (en línea) (consulta 20/05/05); (4 pags). Disponible en [http://www. mp.com.uy/prevención.html](http://www.mp.com.uy/prevención.html)

ANEXOS

Anexo 4

Plan de intervenciones de enfermería.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Servicio _____ Registro _____

Diagnostico médico _____

Necesidad alterada _____

Datos subjetivos _____

Datos objetivos _____

Diagnóstico enfermero _____

Fecha de identificación _____ Tipo de diagnóstico _____

Dependencia grado-duración _____ Nivel _____

Fuentes de la dificultad _____

Prioridad _____ Rol de enfermería _____

Objetivo del paciente _____

Intervenciones de enfermería	Fundamentación

Evaluación _____