



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**

**“CUIDADO ESPECIALIZADO A UN PREESCOLAR
CON DEPENDENCIA EN SUS NECESIDADES”**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA:

LIC. ENF. ADRIANA MORALES MAZA

ASESORA:

E.E.I. VERÓNICA ESPINOSA MENESES

MÉXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción	1
Objetivos	2
1. Marco teórico	
1.1. Estudios relacionados a la aplicación de la propuesta de Virginia Henderson y el proceso de Enfermería.....	3
1.2. Proceso del cuidado	7
1.3. Propuesta teórica de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	26
1.4. Aspectos éticos del estudio de caso.....	38
1.5. Factor de dependencia de las necesidades	42
2. Metodología	
2.1. Presentación del caso en estudio.....	50
2.2. Proceso de valoración para el estudio de caso	56
2.3. Proceso de elaboración de diagnósticos de Enfermería	57
2.4. Proceso de planeación de intervenciones de Enfermería	63
3. Resultados	114
4. Conclusiones y sugerencias	117
5. Referencias.....	119
6. Anexos	121

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la profesión de Enfermería se ha fortalecido con la creación de modelos y teorías que dan bases científicas al ser y hacer de la enfermera, y permite situarla como una carrera importante y necesaria para el bienestar de la población en general.

El presente estudio de caso se realizó durante la especialización en Enfermería infantil con sede en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, aplicando el Proceso Atención de Enfermería con el enfoque de las necesidades fundamentales a un paciente preescolar con alteración de sus necesidades detectando además el nivel de dependencia-independencia según la propuesta hecha por Phaneuf.

Este caso clínico busca establecer cuidados de Enfermería a un preescolar con alteración en sus necesidades que permitan llevarlo a un estado de salud o independencia como lo plantea Virginia Henderson. El mismo está conformado por seis partes, en la primera parte se describe el marco teórico que incluye estudios relacionados con la propuesta teórica de Virginia Henderson, la teoría como tal, aspectos éticos y el Tumor de Wilms como factor de dependencia. En la segunda parte se presenta la metodología, en la cual se describe el caso en estudio, la valoración del caso, el proceso de elaboración de diagnósticos de Enfermería y el proceso de planeación de intervenciones de Enfermería.

En la tercera parte se describen los resultados del estudio de caso; en la cuarta parte se abordan las conclusiones y sugerencias y en la quinta y sexta parte la referencia bibliográfica y los anexos respectivamente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr la independencia de un preescolar con alteración de sus necesidades a través del proceso del cuidado orientado con la propuesta teórica de las necesidades de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar valoración focalizada de cada necesidad básica del preescolar para determinar el grado de independencia-dependencia y las fuentes de la dificultad.
2. Estructurar diagnósticos de Enfermería de las necesidades.
3. Planear y ejecutar intervenciones de Enfermería con base en las necesidades detectadas, orientando el plan al logro de la independencia del preescolar.
4. Evaluar los resultados obtenidos.

1. Marco Teórico

1.1 Estudios relacionados a la aplicación de la propuesta de Virginia

Henderson y el proceso de Enfermería

Los avances científicos, tecnológicos y farmacológicos de los últimos años han conseguido un alto índice de supervivencia en pacientes con enfermedades hasta hace poco tiempo incompatibles con la vida.

Paralelamente a estos avances científicos Enfermería intenta tener un terreno de ejercicio propio, considerando a las distinguidas enfermeras que han realizado bases teóricas que guíen la práctica de la profesión al mismo tiempo explicar los objetivos, fines y razón de ser de las intervenciones de Enfermería.

Algunas de las destacadas enfermeras que han trabajado teorías son: Florence Nightingale, Hidergad Peplau, Callista Roy, Margaret Newman, Dorotea Orem, Virginia Henderson (por mencionar solo algunas).

Virginia Henderson presenta un modelo humanista centrado en la persona, a la que considera un ser bio-psico-social y espiritual, un sistema con 14 necesidades. Para Henderson todas las necesidades son fundamentales para la vida y mantener un estado de salud óptimo. El objetivo del modelo es conseguir que la persona sana o enferma sea independiente en la satisfacción de sus necesidades. A continuación se describen algunos estudios de caso donde se tomó como modelo para la realización de los mismos la teoría de Virginia Henderson.

En un estudio realizado en el 2003, en un Hospital de tercer nivel de México, cuyo objetivo al realizar el trabajo fue aplicar los conceptos propuestos de Virginia Henderson a través del proceso atención de Enfermería en el cuidado de un lactante mayor con neumonía, utilizaron un instrumento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la especialidad en enfermería infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), basado en las necesidades básicas del niño de 0-5 años. Determinaron además el grado de dependencia de cada necesidad considerando la propuesta de Phaneuf a través del continuum independencia-dependencia. Concluyendo en este trabajo que lograron el objetivo al beneficiar al paciente mediante el cuidado integral con alto sentido humano, al

mismo tiempo servir como evidencia-base de los cuidados enfermeros basados en conocimientos científicos.¹

En otro trabajo realizado en el año escolar de la especialidad de Enfermería infantil en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, se aplicó el proceso Enfermería a un preescolar con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con alteración de la necesidad de seguridad y protección, bajo el modelo de Virginia Henderson. Analizan también el grado de dependencia o independencia y la prioridad de las actividades. Este trabajo destaca la filosofía de Virginia Henderson con el proceso de Enfermería al mismo tiempo ofrece al individuo una atención integral y específica.²

En el 2003 publicaron un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) a una niña con pancreatitis; durante el estudio el objetivo fue elaborar un plan de atención de Enfermería individualizado, aplicando el proceso atención de Enfermería individualizado desarrollado por necesidades según el modelo conceptual de Virginia Henderson utilizando además la taxonomía de diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Este trabajo alcanzo su objetivo al reducir la ansiedad inicial de los padres, se incrementó parcialmente la autonomía de la madre en los cuidados de la niña. Al mismo tiempo permitió al personal de Enfermería no sólo centrar sus actividades en problemas de colaboración sino también incluir a los padres en la planificación de cuidados.³

En 2001 presentaron un caso clínico que originalmente surge de la experiencia de las autoras en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en la cual abordan aspectos teóricos de la enfermedad del neonato con encefalopatía hipóxico-isquémica, historia clínica y valoración de Enfermería tomando como modelo algunas de las necesidades de Virginia Henderson para llegar a diagnósticos de Enfermería. Todo lo anterior contribuyo a satisfacer la necesidad

¹ Espinosa MV., Franco OM. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante mayor con neumonía. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2003; 11(1): 24-29

² Franco OM., Benítez TM. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. *ENEO-Enfermería Universitaria*. 2004.

³ Partera LC., et al. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(5): 313-320

alterada a la vez que, contemplan aspectos preventivos en la sala de partos que contribuirán a mejorar la calidad en la atención del recién nacido.⁴

En un estudio publicado en el 2001 sobre cuidados básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, aplican el modelo conceptual de Virginia Henderson orientado con el proceso de Enfermería como método científico de resolución de problemas. Dicho estudio permitió a la enfermera sistematizar los cuidados, a la vez que la metodología aplicada cambio radicalmente la práctica tradicional de Enfermería y el uso de asesoría tutorial es un método que favoreció el aprendizaje.⁵

Un estudio observacional de prevalencia descriptivo con seguimiento retrospectivo del 21-oct-1999 al 21-feb-2000 realizado en el servicio de lactantes del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera del complejo hospitalario Juan Canalejo de A. Coruña; determinaron la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuantificando los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad además de identificar la relación entre sexo y edad. Se analizaron un total de 176 informes de Enfermería de alta, concluyendo que el combinar el modelo de Virginia Henderson con el proceso de Enfermería utilizando la taxonomía de diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) permite planificar y valorar resultados así como orientar tanto las actuaciones hospitalarias como derivación y seguimiento extrahospitalario.⁶

En un estudio de caso del 2003 en una unidad de psiquiatría infantil, se aplico el modelo de Virginia Henderson para determinar el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de las 14 necesidades a una adolescente con “desadecuación en la nutrición”. Este trabajo permite contemplar el proceso de Enfermería con el modelo de Virginia Henderson como un sistema

⁴ Salazar AC., y Col. El valor del cuidado al neonato con encefalopatía hipoxico-isquémica. Desarrollo Científico de enfermería. 2001; 9(9): 277-279

⁵ Sánchez LV. Cuidados básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enfermería IMSS. 2001; 9(2): 91-96

⁶ Rodríguez BA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería clínica. 2002;12(6):255-261

dinámico que evalúa continuamente las acciones planeadas y resultados obtenidos, reorientando en su caso la planeación.⁷

En otro estudio se desarrolla un plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla, aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson y la metodología del proceso de Enfermería identificando diagnósticos de Enfermería de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Este trabajo ayuda a unificar criterios entre los profesionales a la vez que guía en cada situación sin olvidar que cada persona es un ser individual y requiere cuidados individualizados que finalmente evaluarán y garantizarán la calidad de la atención proporcionada.⁸

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez sobre la importancia de la Enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico establecen la guía de atención integral del mismo cuyo objetivo es favorecer el cuidado completo con base en la filosofía de Virginia Henderson a fin de atender todas las necesidades del paciente y facilitar su máxima independencia.⁹

Finalmente un estudio clínico realizado como práctica del quinto semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), utilizan al método de valoración, elaboración de diagnósticos e intervenciones de Enfermería desde el modelo conceptual de Virginia Henderson en el cual permite al estudiante de Enfermería tener una perspectiva más amplia del ejercicio profesional al mismo tiempo favorece la adquisición de conocimientos y habilidades en la aplicación del proceso de Enfermería con un enfoque teórico.¹⁰

Después de analizar estos estudios puedo concluir que la utilización del modelo conceptual de Virginia Henderson en el cuidado la persona sana o enferma permite ver a la persona como un ser único integrado a un entorno familiar que al

⁷ Estudio de caso. Nursing. 2003;21(10): 54-56

⁸ Riera JA., Bioxadera VM. Plan estandarizado de cuidados al paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Enfermería Clínica. 2003; 13(4): 246-250

⁹ Jiménez VM. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería cardiológico. 1999:7(1-4): 28-35

¹⁰ Márquez MM., Enríquez GB., Benítez QS., Sánchez ET. Proceso atención de enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y alteración de sus diferentes necesidades. ENEO-Enfermería Universitaria.

verse alterado por la enfermedad de uno de sus miembros indudablemente se afecta a la dinámica de la propia familia; este modelo favorece la reintegración familiar en el logro de la independencia, al mismo tiempo sirve como evidencia-base de los cuidados enfermeros basados en conocimientos científicos.

1.2 Proceso del cuidado

Quien por primera vez propuso un proceso lógico y ordenado de planificación de cuidados fue L.E. May, en una publicación de 1955, "Quality of Nursing Care" en Public Health News. En un principio este proceso comprendía tres etapas cuya definición anunciaba ya la que iba a ser la cuarta con Helen Yura y Mary B. Walsh hacia 1967. En 1976 Callista Roy y M: J: Aspinall añadían una quinta etapa. Desde entonces, se han publicado varias obras y el concepto del proceso cuidado se reconoce ahora como uno de los fundamentos de los cuidados de Enfermería. Este proceso se ha utilizado para formular criterios de competencia profesional, establecer estándares de calidad para la evaluación del trabajo de enfermería, y determinar unos niveles para la obtención del título.¹¹

El proceso enfermero - consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación- es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.

El proceso enfermero es:

- Sistemático. Consta de 5 pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
- Dinámico. A medida que se adquiere más habilidades, se puede mover hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades.

¹¹ Phaneuf M. la planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana: 1999.p. 56

- Humanístico. Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia y comunidad). Como enfermeros debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.
- Centrado en los objetivos (resultados). Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.¹²

Finalidad del proceso enfermero:

- Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de Enfermería.
- Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de las personas.
- Describir y maximizar los recursos de la persona tanto los personales como los externos.
- Planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.
- Coordinar el trabajo del equipo indicando lo que hay que hacer y quién lo debe hacer.
- Asegurar la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las situaciones.¹³

Las ventajas profesionales del proceso de cuidados.

El proceso de cuidados supone también unas ventajas profesionales importantes:

- Pone de manifiesto la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos. Una planificación bien hecha, que responda a las necesidades de la persona, demuestra claramente la intervención de la enfermera en la relación con el enfermo.
- Contribuye al desarrollo de todo un abanico de conocimientos propios de los cuidados de Enfermería y favorece las intervenciones autónomas.

¹² Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Masson; 2005.p.4

¹³ Phaneuf M. Op. Cit. P.57

- Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.
- Puede servir como instrumento para la evaluación de los cuidados y de la carga de trabajo.¹⁴

VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso enfermero e incluye la recogida, organización y validación de los datos.

Hay cuatro distintas clases de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo. Estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del cliente.

Métodos de valoración:

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, las entrevistas y las exploraciones.

La observación. Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos; y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

La entrevista. Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. Hay dos sistemas de entrevista: el dirigido y el no dirigido. **La entrevista dirigida** está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, haciendo preguntas cerradas que buscan un número específico de datos.

En cambio, en la **entrevista no dirigida**, o entrevista para “crear una relación de compenetración”, la enfermera permite al cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas. La enfermera utiliza la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

¹⁴ Idem p.58

Clases de preguntas en la entrevista. Las *preguntas cerradas*, usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos.

Las *preguntas abiertas*, propias de la entrevista no dirigida, son las que se dirigen o invitan al cliente a descubrir y a profundizar en sus ideas y sentimientos.

Una *pregunta neutra*, es una pregunta en la que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta.

En cambio una *pregunta inductora* orienta la respuesta del cliente.

Etapas de una entrevista. Una entrevista tiene tres etapas principales: el comienzo o introducción, el tema o idea principal y la finalización.

El comienzo. Es un proceso que consta de dos pasos: la creación de una relación de compenetración y la orientación del entrevistado.

El tema principal. Al abordar el tema principal de la entrevista, el cliente transmite lo que piensa, siente, sabe y percibe en respuesta a las preguntas de la enfermera.

La finalización. La conclusión de la entrevista es importante para mantener las relaciones de compromiso y confianza creadas durante la misma y facilitar los contactos futuros.

La exploración. La exploración física es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación. La enfermera utiliza los métodos de la inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática. Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos/sistemas.

EL PROCESO DE VALORACIÓN

El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas: recolección de datos, organización de datos, validación de datos y registro de datos.

La recolección de datos. Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para

evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente.

Una base de datos es toda la información que se disponga de un cliente, comprende la historia y la exploración física de enfermería.

Clases de datos. Los datos pueden ser subjetivos y objetivos. Los **datos subjetivos** también conocidos como síntomas o datos no visibles, son evidentes solo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona. Los **datos objetivos**, también llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler, y se obtienen mediante la observación o la exploración física.

Fuentes de los datos. Las fuentes de los datos son *primarias o secundarias*. El cliente es la primera fuente de información. Los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas.

Organización de datos. La enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como historia de Enfermería o valoración de Enfermería.

Hay muchos modelos o esquemas disponibles para la recogida de datos. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente.

Validación de los datos. La validación consiste en un “doble examen” o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibido.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

Los indicios son datos subjetivos y objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera. Las deducciones son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios.

Registro de los datos. Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los datos se recogen de forma objetiva y la enfermera no los interpreta.¹⁵

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso de Enfermería. En esta etapa las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

La literatura profesional recoge varias definiciones del término diagnóstico enfermero. Cada una de ellas hace hincapié en aspectos distintos, pero todas son similares. En 1990, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) adoptó la siguiente definición oficial del diagnóstico de Enfermería:

“el diagnóstico de enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.

Tipos de diagnósticos.

1. Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de Enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

¹⁵ Kozier B. Fundamentos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 96- 112

2. Un diagnóstico de Enfermería potencial o de riesgo, según definición de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
3. Un diagnóstico de Enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Consta de dos componentes; formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
4. Un diagnóstico de salud se refiere a una persona saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

EL PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico consta de tres etapas:

- a) Análisis de los datos. Que a su vez consta de tres pasos: 1) comparación de los datos con los estándares (identificar los que son significativos), 2) agrupación de datos (generar hipótesis provisionales) y 3) problemas interdependientes. Estas actividades tienen lugar de forma continuada, y secuencial.
- b) Identificación de problemas de salud, riesgos y factores favorables. Una vez analizados los datos, la enfermera y el cliente pueden identificar juntos los factores favorables y los problemas. Esto es, un proceso de toma de decisiones. La enfermera determina si el paciente necesita ayuda para afrontar el problema. Juntos, pueden emitir alguno de los juicios siguientes: 1. no hay problema alguno, 2. hay un problema potencial (el paciente tiene factores de riesgo); 3. hay un problema posible (la enfermera sospecha que

hay un problema, pero necesita más datos para confirmarlo), 4. hay un problema real (el paciente tiene signos y síntomas, y necesita ayuda para resolver el problema).

- c) Formular enunciados diagnósticos. El formato básico del enunciado de un diagnóstico es “problema relacionado con etiología”. Sin embargo, las enfermeras deben ser capaces de escribir enunciados de diagnósticos consistentes en una parte, dos partes, tres partes y cuatro partes, así como algunas variaciones de cada uno de ellos.

Enunciados básicos en una parte. Algunos enunciados diagnósticos, como los diagnósticos de salud y los diagnósticos de síndromes, sólo constan de una etiqueta de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Enunciados básicos en dos partes. Se utiliza para diagnósticos enfermeros reales, potenciales o de riesgo, y posibles. Consta de los siguientes componentes: 1. Problema (P), enunciado de la respuesta del paciente. 2. Etiología (E), factores que contribuyen a la respuesta o causas probables de las mismas. Las dos partes están unidas por la expresión *relacionado*, en lugar de *debido a*:

Enunciados básicos en tres partes. Se denomina formato PES y consta de los componentes siguientes: 1. Problema (P) enunciado de la respuesta del paciente. 2. Etiología (E) factores que contribuyen a la respuesta o que son causa probable de ella. 3. Signos y síntomas (S) características definitorias manifestadas por el paciente.

Taxonomía de diagnósticos enfermeros. Una taxonomía es un sistema de clasificación de grupos, clases o conjuntos. La primera clasificación alfabética no jerarquizada fue considerada, por algunos, poco científica y se buscó una estructura jerarquizada. Tras los perfeccionamientos, las revisiones y la aceptación de nuevos diagnósticos, la taxonomía se denomina ahora taxonomía revisada (NANDA 1990). Todos los diagnósticos enfermeros aceptados son ahora subcategorías de estos nueve patrones de respuesta humana.¹⁶

¹⁶ Kozier B. Op. Cite. P.116-139

PLANEACIÓN

La planeación inicia con el primer contacto con el paciente y prosigue hasta que la relación enfermera-cliente termina, por lo general cuando el paciente recibe el alta.

Planificación inicial. Por lo general, es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados. Esta enfermera tiene la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del paciente, así como obtener información intuitiva de las que no se dispone sólo con los datos escritos. La planeación debe iniciarse lo antes posible después de la valoración inicial, sobre todo por la tendencia de acortar las estancias hospitalarias.

Planificación continua. La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente. A medida que obtienen una nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la enfermera planifica los cuidados que deben presentarse ese día. Ateniéndose a los datos que van actualizándose, la enfermera traza el plan diario con los objetivos siguientes:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado durante el turno.
2. Establecer las prioridades en el plan de cuidados del cliente durante el turno.
3. Decidir en qué problemas concentrarse durante el turno.
4. Coordinar las actividades de la enfermera para que abordar más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación de alta. La planificación de alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. Una planificación eficaz del alta comienza en el momento del ingreso. En todo cliente deben valorarse las necesidades potenciales de cuidados, la disponibilidad y capacidad de la red de apoyo del cliente para satisfacer sus necesidades y cómo el entorno domiciliario respalda al cliente.

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Comprende las siguientes actividades:

- Establecer las prioridades

- Establecer los objetivos del cliente/criterios de resultados
- Seleccionar las estrategias de enfermería
- Desarrollar planes de cuidados de enfermería.

Establecer prioridades. Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de Enfermería. La enfermera y el paciente empiezan a planificar decidiendo que diagnóstico enfermero es el primero en necesitar atención, cuál en segundo y así sucesivamente. En lugar de ordenar los diagnósticos de forma sucesiva, las enfermeras pueden agruparlos en tres categorías: prioridad alta, media o baja. Los problemas de riesgo vital, como la detención de la función respiratoria o cardíaca, se consideran de *prioridad alta*. Los que suponen una amenaza para la salud, como una enfermedad aguda o retraso del desarrollo o causar alteraciones físicas o emocionales destructivas; por tanto, se les suele asignar una *prioridad media*. Un problema de *prioridad baja* es aquel que surge de necesidades normales del desarrollo o que sólo requiere un apoyo mínimo de enfermería. Las prioridades asignadas no permanecen inmutables; al contrario, van cambiando a medida que cambian las respuestas del cliente, los problemas y los tratamientos.

Establecer los objetivos del cliente y los criterios de resultados. Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Conseguir el objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero.

Fines de los objetivos/criterios de resultados:

1. Orientar en la planificación de las intervenciones de Enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente.
2. Proporcionar un plazo para las actividades planificadas.
3. Servir como criterios para evaluar los progresos del paciente.
4. Permitir al paciente y a la enfermera determinar cuándo se ha resuelto un problema.
5. Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro.

Objetivos a largo y a corto plazo. Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Un objetivo a corto plazo puede ser “el paciente levantará el brazo derecho hasta el hombro el viernes”. En el mismo contexto un objetivo a largo plazo podría ser “el paciente levantará el brazo derecho en 6 semanas”.

Componentes de los enunciados de objetivos/criterios de resultado. Por lo general los enunciados de objetivo/criterios de resultados constan de los cuatro componentes:

1. Sujeto: es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo, como el pulso o la producción de orina.
2. Verbo: denota una acción que el paciente debe realizar. Se emplean verbos que denotan conductas observables directamente, como administrar, demostrar, mostrar, caminar, etc.
3. Condiciones o puntualizaciones: pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explican el qué, el dónde, el cuándo o el cómo.
4. Criterio de resultado esperado: Indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta específica. Estos criterios pueden concretar el tiempo o la rapidez, la precisión, la distancia y la calidad.

Selección de estrategias de Enfermería. Tras considerar las consecuencias de las distintas estrategias de Enfermería posibles, la enfermera elige aquella o aquellas que pueden ser más eficaces. Aunque basa esta decisión en sus conocimientos y experiencia, la información que recibe del paciente es muy importante. La acción planificada debe ser:

1. Segura y adecuada para la edad, la salud, etc., del individuo.
2. Alcanzable con los recursos de los que se dispone.
3. Congruente con los valores y creencias del paciente.
4. Congruente con otros tratamientos.
5. Basada en los conocimientos y la experiencia de enfermería o en los conocimientos de ciencias relacionadas.

6. Respetuosa de los estándares de cuidados establecidos, según determinen las leyes estatales, las asociaciones profesionales (American Nurses Association) y las normas de actuación del centro.

Tipos de estrategias de Enfermería:

- a) Intervenciones independientes: son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.
- b) Intervenciones derivadas: son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión o bien según procedimientos sistematizados. Las órdenes médicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnóstico, tratamiento, dietas y actividad. La enfermera es responsable de comprender y valorar la necesidad de las órdenes médicas y llevarlas a cabo.
- c) Intervenciones interdependientes: son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.¹⁷

Clasificación de intervenciones de Enfermería:

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) debe utilizarse para comunicar las intervenciones que los profesionales de Enfermería utilizan con los pacientes.

La elección de una intervención de Enfermería para un paciente concreto forma parte de la toma de decisiones clínicas del profesional de Enfermería. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: resultados deseados del paciente, características del diagnóstico de enfermería, la base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptabilidad para el paciente y la capacidad del profesional.

- a) Resultados deseados en el paciente: los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la intervención. Servirán de criterio

¹⁷ Kozier B. Op. Cit. P. 140-152

comparativo para juzgar el éxito de una intervención de Enfermería determinada. Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados.

- b) Características del diagnóstico de Enfermería: los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de Enfermería concretos. La intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos asociados con el diagnóstico. Si la intervención resulta exitosa en la modificación de la etiología, puede esperarse que el estado del paciente mejore. Para los diagnósticos potenciales o de alto riesgo, la intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico.
- c) Base de investigación de la intervención: el profesional de Enfermería que utiliza una intervención debe estar familiarizado con su base de investigación. La investigación indicará la eficacia al usar la intervención con cierto tipo de pacientes. Los profesionales conocen la investigación relacionada con una intervención en particular por sus programas educativos y por la actualización de sus conocimientos. Si no hubiera ninguna base de investigación de una intervención que ayudara al profesional a elegir una intervención, éste debería utilizar principios científicos o consultar con un experto acerca de las poblaciones específicas en las que puede funcionar la intervención.
- d) Factibilidad de realizar la intervención: incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de Enfermería como las de otros proveedores de cuidados sanitarios. Otras inquietudes de factibilidad, son el costo de la intervención y el tiempo de puesta en práctica.
- e) Aceptabilidad para el paciente: una intervención debe ser aceptable para el paciente y su familia. Para cada intervención, con objeto de facilitar una elección informada, se debe dar información al paciente acerca de lo que se espera de su participación. Al elegir una intervención deben considerarse los valores, las creencias y la cultura del paciente.

- f) Capacidad del profesional de Enfermería: el profesional debe estar en condiciones de llevar a cabo la intervención. Bulechek y McCloskey han descrito tres áreas en las que éste debe ser competente: ha de (1) tener conocimientos del fundamento científico de la intervención, (2) poseer las necesarias habilidades psicomotoras e interpersonales y (3) ser capaz de trabajar en cada caso para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios.¹⁸

Desarrollo de los planes de Enfermería. El plan de cuidados de Enfermería es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los diagnósticos enfermeros del cliente y alcanzar los objetivos marcados.

Los **planes de cuidados estandarizados** son guías preplanificadas y preimpresas para los cuidados de Enfermería a grupos de pacientes con necesidades comunes. Sin embargo, no deben confundirse con los estándares de cuidados.

Los **estándares de cuidados** son directrices detalladas que representan los cuidados previstos indicados en una situación determinada, como un diagnóstico médico, una prueba o un problema interdependiente.

Formato para los planes de cuidados. Aunque los formatos difieren de un centro a otro, en términos generales, el plan se organiza en cuatro columnas o categorías: a) diagnósticos de Enfermería o lista de problemas; b) objetivos y criterios de resultados; c) órdenes de Enfermería, y d) evaluación.¹⁹

EJECUCIÓN

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de Enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. El proceso de ejecución normalmente incluye:

- ✓ Una nueva valoración del cliente.
- ✓ Determinar la necesidad de cuidados de Enfermería.

¹⁸ McCloskey JC, Bulechek GM. Proyecto de intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Mosby; 1999 p. 43-46

¹⁹ Kozier B. Op. Cit. P. 140-159

- ✓ Ejecutar las estrategias de Enfermería.
- ✓ Comunicar las acciones de Enfermería.

Nueva valoración del cliente. Justo antes de la ejecución la enfermera valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria. Aunque exista una orden escrita en el plan de cuidados, la situación o el estado del cliente pueden haber cambiado.

Determinar la necesidad de cuidados de Enfermería. Al ejecutar algunas estrategias de enfermería, la enfermera puede necesitar ayuda por uno de los siguientes motivos:

1. La enfermera es incapaz de ejecutar la estrategia de Enfermería ella sola.
2. Para disminuir el estrés del cliente.
3. La enfermera carece de conocimientos o habilidades necesarios para ejecutar una actividad de Enfermería.

Ejecución de las estrategias de enfermería. Las actividades de Enfermería suelen incluir cuidar, comunicar, ayudar, enseñar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente, guiar y tratar. Además de las actividades de Enfermería, las enfermeras: a) asignan y delegan cuidados a otro personal de Enfermería y b) supervisan y evalúan las actividades de Enfermería en otros.

Comunicar las acciones de Enfermería. La enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de Enfermería.²⁰

Después de haber dispensado unos cuidados, la enfermera debe documentar sus intervenciones, es decir, realizar el informe de las acciones que ha llevado a cabo e indicar la reacción de la persona describiendo su estado y refiriendo sus palabras. Además, debe añadir sus notas de observación a la historia clínica y rellenar diferentes formularios (hojas de informe de incidente/accidente, de error en la medicación, formularios especiales para las perfusiones y diversos medicamentos; insulina, anticoagulantes, quimioterapia, etc., formularios pre y postoperatorio, formulario para los signos vitales, signos neurológicos, peso, eliminación, etc.).

²⁰ ibidem p. 164- 167

La importancia de los informes escritos:

Desde hace mucho tiempo, las enfermeras consideran que la documentación de los cuidados es esencial para el ejercicio de su profesión, y la importancia que se le concede, desde 1970, refleja muy bien la evolución de los cuidados enfermeros. Actualmente, la documentación ocupa una parte importante del trabajo de la enfermera.

Hay muchas razones que explican la utilidad de la documentación:

- Permite comunicar la información esencial al equipo de cuidados.
- Se ha convertido en una obligación profesional y ofrece a la enfermera la ocasión de mostrar sus responsabilidades.
- Permite evaluar el trabajo de la enfermera.
- Constituye un documento legal permanente: todo lo que ocurre en torno a la persona cuidada se consigna en ella (tratamientos, medios de investigación, visitas de profesionales, etc.).
- Se muestra como una importante base para la evaluación de los cuidados.
- Facilita la continuidad de los cuidados.
- Proporciona información para seguir la evolución de la persona en de un día a otro (quejas, manifestación de complicaciones, etc.).
- Asegura una protección legal tanto para el enfermo como para la enfermera. En caso de una queja, la persona puede demostrar, con la historia clínica en la mano, las medidas que se han tomado y las que se han descuidado. Por su parte, la enfermera puede defenderse con la ayuda de las notas que ha redactado.
- Facilita el diálogo entre los profesionales.
- Puede convertirse en objeto de investigación enfermera.²¹

En el marco de las funciones autónomas, esta etapa permite a la enfermera desempeñar su función de cuidados, de educación y de relación de ayuda.

Función de cuidados (o función terapéutica). Esta función atañe a las intervenciones que se dirigen a los cuidados físicos: cuidados de higiene, cuidados

²¹ Phaneuf M. la planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p.222-224

técnicos relativos al tratamiento y vigilancia de diferentes parámetros. Es importante poner de relieve los que tienen como finalidad garantizar el confort y la seguridad de la persona y los que tratan de aliviar el dolor.

Función de educación (o función pedagógica). Una de las funciones más importantes de la enfermera es informar al enfermo sobre su enfermedad, su tratamiento y el medio hospitalario. Asimismo, es posible que tenga que transmitir conocimientos más formales que exigen una serie de aptitudes y una organización especial. Pero, como dice Patricia Benner (1995, p.74), no haremos más que simplificar este rol si sólo buscamos la transmisión de informaciones o la enseñanza de principios formales, porque el aprendizaje más significativo reside en la manera como un enfermo se enfrenta a su enfermedad y se esfuerza por curarse. Así las enfermeras no sólo deben facilitar la información, también deben mostrar formas de ser y de enfrentarse a una situación.

Función de apoyo emocional. Siempre se ha querido hacer de la Enfermería una profesión de ayuda. Esta voluntad está inscrita en nuestro inconsciente colectivo. Aparte de los cuidados físicos, esta profesión atañe a todo un abanico de intervenciones dirigidas a animar y motivar a la persona cuidada. Esta función de apoyo emocional se ejerce estableciendo un clima terapéutico a partir de una relación acogedora con la persona y de la voluntad de la enfermera de ponerse a su escucha, de acoger su experiencia de sufrimiento y de manifestar su comprensión. Este clima debe traducir la confianza y, si ya no hay la posibilidad de curación, debe reflejar la esperanza de un mayor bienestar y de un alivio.

La relación de ayuda, concepto importante de los cuidados enfermeros, se identifica en estos momentos como una condición de calidad de los cuidados. La aceptación, el respeto, la consideración positiva y la empatía, que son sus características fundamentales, hacen de ella un importante medio de intervención para la enfermera.²²

²² Phaneuf M. la planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p.221-222

EVALUACIÓN

Es la quinta y última fase del proceso de Enfermería. La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de Enfermería.

La evaluación puede ser continua, intermitente o terminal. La **evaluación continua** se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de Enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención. La **evaluación intermitente** realizada a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades. La **evaluación final** indica el estado del cliente en el momento que se da de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

El proceso de evaluación tiene seis componentes:

- ❖ Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos.
- ❖ Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- ❖ Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- ❖ Relacionar las acciones de Enfermería con la evolución del cliente.
- ❖ Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
- ❖ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.²³

El uso sistemático de los resultados de pacientes para evaluar la atención sanitaria empezó cuando Florence Nightingale registró y analizó las condiciones sanitarias y los resultados de los pacientes durante la guerra de Crimea.

El uso de los resultados de los pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de los años sesenta, cuando Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y conducta de los enfermos para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros.

²³ Ibidem p. 166- 173

En la actualidad se utilizan o se están desarrollando dos sistemas de resultados importantes en Enfermería. El Grupo de Información de Valoración de Resultados (Outcome assessment Information Set [OASIS]), desarrollado en el Centro de Investigación Sanitaria de la Universidad de Colorado, contiene medidas centrales que se aplican a todos los grupos de clientes y medidas específicas para aquellos con un diagnóstico o problemas concretos. Cada resultado se mide en una escala específica para determinar si el paciente ha mejorado, estabilizado o deteriorado.

El otro sistema de clasificación importante en Enfermería es la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (Internacional Classification for Nursing Practice [ICNP]). La Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera se está desarrollando como un sistema multiaxial para la clasificación de fenómenos enfermeros, en los que la clasificación del resultado se sustituye por juicios diagnósticos enfermeros sobre el estado del paciente realizado en diferentes momentos. Los juicios diagnósticos utilizan términos tales como alterado, inquieto, estimulado y disfuncional aplicados a enfocar la práctica enfermera. Al juicio diagnóstico se aplica un rango de cinco medidas (extremadamente, sustancialmente, moderadamente, levemente o no).²⁴

La identificación de los resultados enfermero, más que depender del uso de resultados interdisciplinarios desarrollados principalmente para la práctica médica, es importante para el control de la calidad asistencial y el desarrollo de los cuidados enfermeros. El consenso en los resultados enfermeros estandarizados permitirá a las enfermeras estudiar y comparar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del tiempo entre los diversos ámbitos asistenciales. Los resultados estandarizados proporcionarán los datos para elucidar el conocimiento enfermero y el desarrollo de la teoría evolutiva, así como también la información sobre la efectividad enfermera para el planteamiento de la política asistencial sanitaria.

²⁴ Jonson M. Clasificación de Resultados de Enfermería. Antecedentes y usos. España: Harcourt; p. 3-7

La clasificación actual es una lista de 260 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida. En la clasificación, los resultados son para su uso a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional.²⁵

La clasificación puede utilizarse en la práctica, investigación y educación enfermera. Proporciona un vocabulario estándar y las medidas relacionadas para evaluar el estado del paciente y puede utilizarse para demostrar los cambios en el estado del paciente tras las intervenciones de enfermería.²⁶

1.3 Propuesta teórica de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson, es una enfermera americana mundialmente conocida. Trabajo en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta.

La propuesta de V. Henderson, está influida por la corriente de pensamiento de la integración, y según Meleis (1997) se incluye dentro de la escuela de necesidades. Las componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget) para conceptuar la persona, y porque el deseo de aclarar la función propia de las enfermeras las impulsó a desarrollar sus modelos. Con este modelo Virginia Hernderson, intenta responder a la pregunta “qué hacen las enfermeras” y determinar en qué se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el doble objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos interdisciplinarios y de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas.²⁷

POSTULADOS.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades

²⁵ Ibidem. P. 45

²⁶ Ibidem. P. 72

²⁷ Luis RM., Fernández FC., Navarro GM. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998. p. 33

fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicados de la siguiente manera:

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

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 bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.²⁸

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la

²⁸ Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993. p.3

fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”²⁹

VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición mencionada anteriormente. Si nos referimos al ejercicio de la profesión enunciado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería.

A partir de la definición mencionada con anterioridad, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. Persona: necesidades básicas.
2. Salud: independencia, dependencia.
3. Rol profesional: cuidados básicos de enfermería, relación con el equipo de salud.
4. Entorno: factores ambientales y factores socioculturales.

LA PERSONA: Como un ser integral, con componentes biológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. Es un todo con 14 necesidades básicas que requiere independencia y se esfuerza por lograrla, y cuando no satisface una necesidad no es independiente.

14 NECESIDADES BÁSICAS: El concepto de necesidad no representa el significado de carencia o problema sino de requisito. Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo. Cada necesidad es un todo un compuesto por los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona. Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y

²⁹ Fernández FC., Novel MG. El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería. En: cárdenas JM., Balán GC. Antología teorías y modelos de enfermería. México: ENEO-UNAM; 2004. p. 333-334

capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación existente entre las diversas necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones restantes, las 14 necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantenerse en una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8. Higiene.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse.
11. Valores y creencias.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recreación.
14. Aprender.

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

NECESIDAD DE BEBER Y COMER: Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente

para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

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

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR: Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual en los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES: Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura mas o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1° C y 36.5° C y en el pediátrico entre 36.5° C y 37.5° C) para mantenerse en buen estado.

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

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS: Es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.

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

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES: Es una necesidad de todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE: Es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

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

NECESIDAD DE APRENDER: Es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.³⁰

³⁰ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 32-51

LA SALUD. INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA.

INDEPENDENCIA: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud. Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena. Como enfermeras nos ayuda a determinar, en cada caso si la persona ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene, etc.) necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.

NIVELES DE MOTIVACIÓN EN LA INDEPENDENCIA:

- La ausencia total de motivación.
- La motivación suscitada por miembros del equipo de cuidados. Puede durar algún tiempo y después desaparecer.
- La motivación producida por el miedo. Suele estar presente mientras hay peligro inminente de una enfermedad grave o de una complicación.
- La motivación intrínseca es la que proviene de la propia persona, de su convicción para actuar. Es la única realmente duradera.³¹

DEPENDENCIA: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida y salud. Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirán, en función de su estado, alcanzar un

³¹ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 15-18

nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. Está causada por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad de la persona.

LAS CAUSAS DE DIFICULTAD: Son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- Falta de fuerza: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.³²

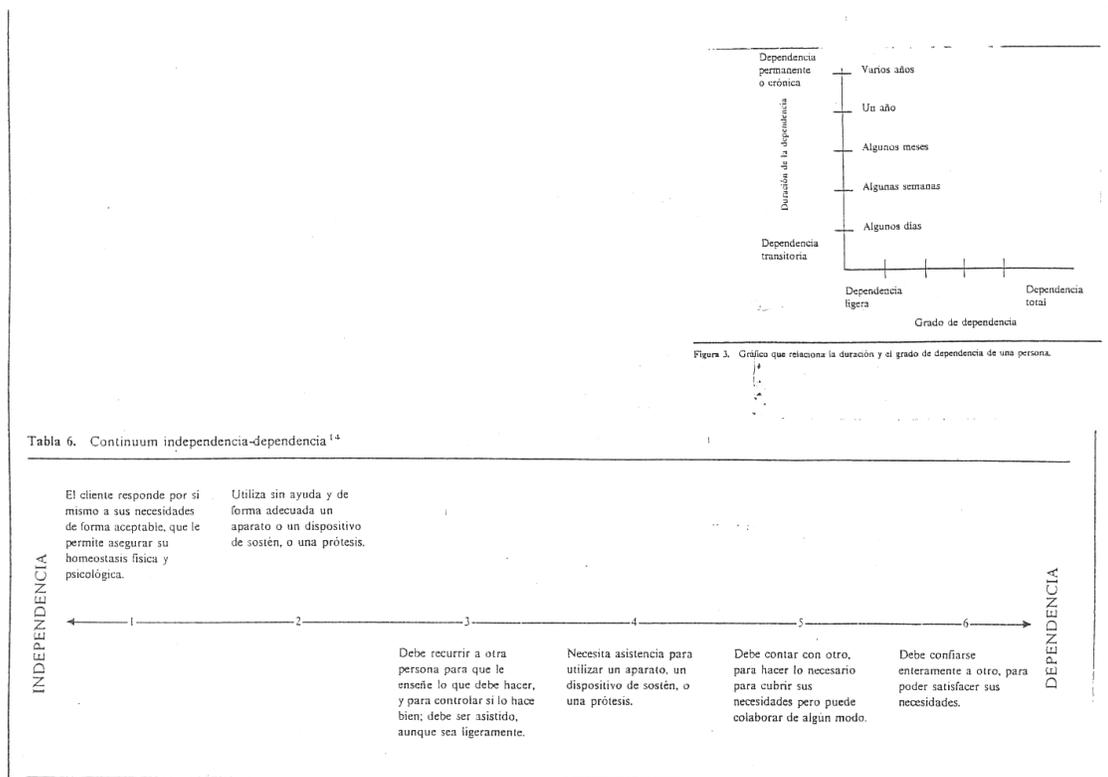
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA:

Algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia. Estas manifestaciones pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo de que sea la propia persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera. Se traducen por quejas, signos y síntomas que indican una perturbación de orden físico, psicológico, social o espiritual. La dependencia también puede manifestarse por hábitos que dañan la salud (tabaquismo, alimentación pobre en fibra, sedentarismo, etc.).

³² Fernández FC., Novel MG. El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería. En: Cárdenas JM., Balán GC. Antología teorías y modelos de enfermería. México: ENEO-UNAM; 2004. p. 337-338

LOS NIVELES DE DEPENDENCIA:

No basta con descubrir la dependencia de la persona cuidada, es necesario también determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias. El nivel de dependencia varía según la importancia de ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades. La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. La figura siguiente permite ver esta relación:



Para distinguir mejor estos niveles, se presenta el siguiente cuadro. El cuadro está dividido en 6 niveles, el nivel 1, es del de la independencia, que presenta dos aspectos: lo que la persona realiza por sí mismo para satisfacer sus necesidades de modo aceptable y 2 lo que realiza también de manera independiente, pero con la ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o un tratamiento.

Los otros 4 niveles señalan una graduación progresiva de la dependencia de la persona, que va desde la prestación de una pequeña ayuda a que otra persona tenga que encargarse por completo de ella.^{33 34}

INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA

INDEPENDENCIA	INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	DEPENDENCIA
NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5	NIVEL 6
La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

TIPOS DE DEPENDENCIA

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

³³ Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Nueva York: Interamericana McGraw-Hill; 1993. p. 29-32

³⁴ Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 17

Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como **potencial**, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente. Sin embargo, cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia **actual**, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

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

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

LOS CUIDADOS BÁSICOS: en este modelo conceptual la finalidad de los cuidados consiste, en primer lugar, en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y llevarla a continuación a recuperar su independencia frente a sus necesidades, hay que prever las diversas formas de dependencia. Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su propia función, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descrito anteriormente en el sentido de que, los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA: Es un servicio que ayuda al usuario del servicio enfermero y se orienta específicamente a suplir su autonomía o a completar lo que le falta (fuerza, conocimiento, voluntad) para que logre su independencia, es suplir la autonomía de la persona. Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud (o asistirle en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos. En resumen, que toda persona tiende a la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, y si el rol inmediato de la enfermera es ayudar a la persona a satisfacerlas, a más largo plazo, consiste en ayudarla a conservar o recuperar un nivel óptimo de independencia para llegar a ello.

LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA: Incluye 2 elementos:

- El centro de intervención: son las áreas de dependencia de la persona, es decir, los conocimientos, la fuerza y la voluntad.
- Los modos de intervención: Se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

Las consecuencias de la intervención, en función de la situación del usuario pueden ser la satisfacción de sus necesidades básicas o morir de forma apacible.

ENTORNO

Si se analiza el contenido del modelo de Virginia Henderson, vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales,...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

La valoración de las 14 necesidades básicas incluye los datos objetivos y subjetivos los cuales son necesarios para hacer la historia de Enfermería y para satisfacer las necesidades básicas. El proceso atención enfermero nos ayuda en esta actividad y nos permite detectar las necesidades y/o problemas en nuestro

paciente, elaborando por medio de la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación el estado general de salud de nuestro paciente y ayudarlo a detectar sus necesidades y/o problemas y a lograr su independencia, por medio de nuestra ayuda y a través de una atención profesional y personalizada.³⁵

1.4 Aspectos éticos del estudio de caso

Durante la formación de la enfermera adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la profesión, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional.

El profesional de Enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento.³⁶

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado.³⁷

La profesión de Enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional. Así cualquier

³⁵ Fernández FC., Novel MG. El modelo de Henderson y el proceso de Atención de enfermería. En: Cárdenas JM., Balán GC. Antología teorías y modelos de enfermería. México: ENEO-UNAM; 2004. p. 33338-340

³⁶ Secretaria de Salud, Subsecretaria de innovación y calidad, Comisión interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.2001; p. 2

³⁷ Idem p. 5

intervención de Enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo la Secretaria de Salud a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, definen los principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto de todas las intervenciones de Enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basados en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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

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

Autonomía. Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de Enfermería.

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

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

Fidelidad. Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

Veracidad. Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

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

Solidaridad. Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

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

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

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

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.^{38 39}

³⁸ Secretaría de Salud. Op cit. P. 11- 14

³⁹ Griffin PA., Potter P. Fundamentos de enfermería. Harcourt/Océano; 2002 p. 413-417

Finalmente, la observancia del Código de Ética, para el personal de Enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de la persona.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de Enfermería libre de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de Enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de Enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁴⁰

Es así como la ética toma importancia en la práctica profesional de Enfermería proporcionando guías para una atención segura y compasiva que involucra el

⁴⁰ Secretaria de Salud. Op. Cit. P. 19

pensamiento crítico, valores personales de la enfermera, valores personales del cliente que algunas veces crean conflictos sobre la atención prestada, sien embargo, al contar con un código de ética puede definirse la práctica y ofrecer a la población un estándar práctico profesional que no afecte la autonomía del cliente ni la calidad de vida.

1.5 Factor de dependencia de las necesidades

TUMOR DE WILMS (TW)

Concepto y generalidades.

Es el tumor maligno renal más frecuente en niños también llamado nefroblastoma, presente a cualquier edad, siendo el promedio los 3 años. Afecta ambos sexos por igual. Se manifiesta como una masa abdominal y en menor proporción dolor, hematuria e hipertensión arterial. El diagnóstico se confirma mediante urografía excretora, ultrasonido y tomografía axial computarizada que demuestra un tumor sólido de origen renal. El tratamiento incluye cirugía, quimioterapia y radioterapia. El pronóstico se relaciona con la etapa de extensión de la enfermedad y la variante histológica (favorable o desfavorable). La supervivencia es del 100% para las etapas I y III.

En Estados Unidos de Norteamérica la incidencia es de 7.9 casos por millón de niños menores de 15 años. Se presenta por igual en ambos sexos. La edad media en el momento del diagnóstico es 36.5 meses para varones y de 42.5 meses para mujeres.

El tumor de Wilms probablemente nace del blastema metanéfrico, en respuesta a estímulos que ocurren durante la vida intrauterina, la extrauterina temprana o en ambas.

El blastema nodular (resto nefrógeno persistente) es una lesión que suele presentarse en acúmulos a nivel de la corteza subcapsular renal aunque puede observarse más profundamente dentro de la sustancia del riñón.

Los tumores de Wilms están compuestos por tres elementos: blastema, epitelio y estroma. La proporción varía de un tumor a otro. Algunos autores han sugerido que el grado de diferenciación epitelial tiene significación pronóstica. Lo que es definitivo es determinar si existe o no anaplasia ya sea focal o difusa y en este

caso se considera histología desfavorable. Los cambios sarcomatosos incluyen dos tipos histológicos, el de células claras y el rabdoide que por su comportamiento clínico diferente ha sido excluido del tumor de Wilms. El crecimiento del nefroblastoma es silencioso, generalmente afecta un polo renal y crece progresivamente hasta tener dimensiones considerables; se disemina por contigüidad afectando inicialmente la cápsula y la grasa perirrenal, estructuras vecinas y ganglios regionales y más tarde su diseminación es hematológica, afectando primeramente los vasos venosos renales, siendo posible detectar trombos tumorales en cava inferior, aurícula derecha y metástasis pulmonares. La hematuria sugiere infiltración a la pelvis renal y la hipertensión arterial está condicionada por compresión y activación del sistema renina-angiotensina.

Manifestaciones clínicas.

La manifestación clínica más frecuente es la distensión abdominal ocasionada por una masa palpable en el flanco y fosa renal afectados. Es un tumor liso, de consistencia firme con lobulaciones, no doloroso que puede rebasar la línea media cuando tiene dimensiones considerables. El dolor abdominal está ocasionado por compresión a estructuras anatómicas vecinas. La fiebre, cuando está presente, sugiere necrosis tumoral o infección urinaria agregada.

La hipertensión arterial se presenta entre el 25 y 63% en Estados Unidos de Norteamérica y en México en el 23%. Las cifras normales de la presión arterial varían de acuerdo a la edad, por lo que es conveniente consultar las tablas de valores normales en pediatría.

En forma ocasional los pacientes pueden presentarse con datos de insuficiencia cardíaca o respiratoria debido a trombos tumorales en aurícula derecha y metástasis pulmonares. La hepatomegalia sugiere infiltración por contigüidad o hematológica.

El padecimiento es mortal cuando se deja a su evolución natural. Los casos avanzados, con enfermedad metastásica hematológica, mueren por compromiso respiratorio, cardíaco y hepático. El pronóstico depende del estadio clínico al momento de su diagnóstico.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico clínico empieza por la obtención de la historia clínica completa que incluye la investigación de antecedentes familiares de cáncer, la evolución del padecimiento con los síntomas y signos señalados arriba, así como la presencia de patologías agregadas. Por laboratorio debemos contar con biometría hemática completa, tiempo de protombina y de tromboplastina parcial, pruebas de función hepática y renal, examen general de orina. Si la radiografía de abdomen señala la presencia de una opacidad retroperitoneal, debe practicarse ecosonograma para identificar si se trata de una masa sólida que apoye el diagnóstico y ver permeabilidad de la vena cava inferior, para posteriormente proceder a indicar un urograma excretor que muestre distorsión o deformidad del sistema pielocalicial o exclusión renal, teniendo un 95% de certeza de la existencia de tumor renal. La venocavografía inferior debe efectuarse en todos los pacientes con sospecha de trombo tumoral o donde es posible observar la cava inferior por ultrasonido.

En la actualidad, debe tomarse tomografía axial computarizada (TAC) abdominal simple y contrastada en todos los pacientes ya que permite la exploración contralateral con un grado de precisión muy alto. La radiografía de tórax posteroanterior (PA) y lateral (L) es indispensable para descartar metástasis a este nivel cuyas imágenes son de tipo numular. La resonancia magnética nuclear (RMN) en un futuro próximo va a desplazar muchos de los métodos tradicionales radiológicos, ya que no es invasiva y su resolución muy alta.

♪ *Tratamiento quirúrgico.* Terminado el estudio integral, se procede a intervenir quirúrgicamente, realizando una nefroureterectomía del lado afectado con revisión contralateral y toma de ganglios sospechosos. El tratamiento va encaminado a la excisión completa del tumor.

♪ *Sistema de clasificación por etapas.* De acuerdo a los hallazgos quirúrgicos y el reporte histopatológico, se procede a hacer la clasificación del estado de la enfermedad de acuerdo al Grupo Nacional de Estudio del Tumor de Wilms (NWTS) de los Estados Unidos de Norteamérica.

Etapa I: tumor limitado al riñón extirpado por completo. No hay invasión a cápsula ni ruptura.

Etapa II: tumor que se extiende más allá del riñón, pero extirpado por completo, existe infiltración a cápsula, tejidos blandos perirrenales, ganglios linfáticos para – aórticos y trombo en la renal, sin tumor en los bordes de resección.

Etapa III: tumor no hematógeno residual limitado al abdomen, con uno o más de los siguientes fenómenos: 1. Biopsia o ruptura previa o durante la cirugía; 2. Implantes en serosa peritoneal; 3. Ganglios linfáticos afectados más allá de la cadena para-aórtica abdominal; 4. el tumor no pudo resecarse por infiltración local de estructuras vitales.

Etapa IV: metástasis hematógena (pulmón, hígado, hueso y cerebro).

Etapa V: afección renal bilateral al diagnóstico o durante su evolución.

♪ *Quimioterapia y radioterapia.* De acuerdo al estadio y variedad histológica se establece un esquema como el descrito en el cuadro siguiente:

Etapa	Variedad histológica	Radioterapia	Quimioterapia	Tiempo
I	Favorable y desfavorable	No	VCR, ACTD	3 meses
II	Favorable <ul style="list-style-type: none"> • Sin ruptura • Con ruptura 	No Sí	VCR, ACTD	6 meses
II	Favorable	Sí	VCR, ACTD, EPI	9 meses
IV	Favorable	Sí	VCR, ACTD, EPI	12 meses
II,III,IV	Desfavorable	Sí	VCR, ACTD, EPI	18 meses

VCR= Vincristina; ACTD= Actinomomicina D; EPI= Epirrubicina⁴¹

⁴¹ Martínez MR. Pediatría la salud del niño y del adolescente. México: JCH editores; 1995 p. 924-927

*Sobrevida según estadio y la histología.*⁴²

Histología/Estadio	Núm. pacientes	2 años %	4 años %
HF/ I	546	98	97
II	281	96	94
III	290	91	88
IV	126	88	82
Anaplásica I	20	89	89
Anaplásica II-IV	40	56	54

La histología desfavorable (HD) corresponde a los casos de anaplasia (focal o difusa): el resto de los casos se considera histología favorable (HF).

De D'Angro GJ: Wilm's tumor status report. *Joncol* 9:877, 1990 Datos de NTWS-3

Todos los pacientes sometidos al manejo descrito antes deben ser vigilados periódicamente ante la posibilidad de que presenten efectos colaterales tanto de la quimioterapia como de la radioterapia. Los medicamentos utilizados tienen efectos neurotóxicos, cardiopéxicos y gastrointestinales que deben ser monitoreados en forma constante.⁴³

Principales efectos secundarios de la quimioterapia:

Por lo que respecta a la quimioterapia en el siguiente cuadro se recogen los cuadros clínicos más frecuentes, así como la cronología de aparición, destacando la variación de cuadros y la posibilidad de afectación de distintos órganos y sistemas, no sólo temprana, sino después de meses, e incluso años, desde el momento en que se administró la quimioterapia.

⁴² Berhman R., Kliegman R., Jonson H. Nelson Tratado de pediatría. México: McGraw-Hill interamericana; 2001 p. 1699

⁴³ Martínez MR. Pediatría la salud del niño y del adolescente. México: JCH editores; 1995 p. 927

Cronología	Cuadro clínico
Inmediata (horas o días)	Emesis Reacciones anafilácticas Fiebre Necrosis por extravasación Fallo renal agudo Flebitis Hipocalcemia Cistitis hemorrágica Teratogenia
Temprana (días o semanas)	Leucopenia Trombocitopenia Mucositis Hiperglucemia Hipomagnesemia Alopecia
Retardada (semanas o meses)	Ataxia cerebelosa Neuropatía periférica Miocardiopatía Ototoxicidad Pigmentación cutánea y ungueal Síndrome hemolítico-urémico Fibrosis pulmonar
Tardía (meses o años)	Retraso del crecimiento Alteraciones gonadales Alteraciones hepáticas Carcinogénesis

Aguilar CM. Tratado de Enfermería Infantil. España: Océano/Mosby; 2003 p.498

Aspectos psicológicos del niño oncológico y de su familia

Cuando a un adulto se le diagnostica un cáncer, sufre un gran impacto emocional y psicológico; se ve enfrentado bruscamente a diversos problemas, como pérdida de capacidad física, alteración de su autoestima, cambios laborales y económicos, de relación laboral o personal y de índole religiosa o existencial, sin dejar de tener en cuenta la proximidad ante la cercanía de la muerte o de la muerte inminente.

Si se trata de un niño, este impacto recae, sobre todo, en sus seres más cercanos, esto es, su familia. Por ello, es impensable abordar la enfermedad oncológica del niño sin tener en cuenta las repercusiones sobre sus familiares, tanto por el impacto de la enfermedad sobre ellos, como por el apoyo, el manejo del niño y las respuestas afectivas, entre otras.

Características del niño oncológico.

- ❖ Es un enfermo crónico. La enfermedad tiene un impacto continuado, pues se enfrentan a una reiterada ansiedad de separación, agotamiento de energías físicas, incremento de las sensaciones somáticas, et. Ello conlleva a que algunos niños desarrollen mecanismos defensivos tan adecuados que parecen haberse adaptado bien a su estado físico y a las hospitalizaciones prolongadas o reiteradas. Sin embargo, la regresión, el retraimiento, la ansiedad, la depresión, la cólera, etc. Son reacciones habituales de estos niños.
- ❖ Está sometido a tratamientos traumáticos. Todos los efectos indeseables descritos afectan a su imagen corporal y sufren alteraciones sensitivo-motoras, sufrimiento físico, miedo y ansiedad ante el tratamiento.
- ❖ El niño y su familia suelen tener sensación de muerte próxima o inminente. En nuestra sociedad, hablar de cáncer es todavía sinónimo de muerte, por lo que, como han descrito algunos autores, se vive “una ejecución”. Los niños pequeños no tienen esa sensación de muerte pero, al tenerla su familia, el niño percibe que algo grave está pasando.
- ❖ Suele tener una gran dependencia del personal de la unidad de Enfermería. Este tipo de niños son muy bien aceptados por parte del personal de Enfermería que les atiende. Del mismo modo, el personal de la unidad es parte de la vida del niño; son muy importantes sus profesores y sus amigos, pero la enfermera también goza de un lugar preferente en su entorno.

Características de la familia del niño oncológico.

- Respecto a los padres. La dedicación plena al niño enfermo conlleva la desatención de otras esferas sociales y familiares. Llama la atención, sin embargo, la buena predisposición y colaboración de los niños cuando su madre transmite tranquilidad y seguridad. De ahí parte la base fundamental e imprescindible de la hospitalización madre-hijo, afortunadamente cada vez más habitual en todos los hospitales.
- Respecto a los hermanos. Aparición de trastornos de la conducta motivados por la falta de dedicación de los familiares (habitualmente los padres), que

están volcados con el niño enfermo. El abandono de los padres para dedicar mayor atención al niño enfermo, desatendiendo a los otros familiares como abuelos, tíos, etc., repercute en la alta incidencia de trastornos de conducta, fracaso escolar, trastornos depresivos y otras patologías psiquiátricas, consecuencia de la vivencia de la enfermedad del hermano y que en muchas ocasiones son desconocedores de ella.⁴⁴

⁴⁴ Aguilar CM. Tratado de Enfermería Infantil. España: Océano/Mosby; 2003 p.498-500

2. Metodología

2.1 Presentación del caso en estudio

Se trata de paciente preescolar de 4 años 8 meses masculino que proviene de familia nuclear originario del estado de Veracruz. Familia integrada por padre de 33 años, aparentemente sano escolaridad preparatoria terminada, actualmente desempleado; madre de 28 años de edad aparentemente sana, escolaridad secundaria terminada dedicada al hogar, profesan religión católica. Habitan casa propia construida de concreto que consta de sala, comedor, cocina, 2 habitaciones y patio, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios básicos de urbanización. Las relaciones familiares se dicen fuertes.

Ingresa por primera vez al Hospital Infantil de México Federico Gómez en marzo de 2004 por tumor de Wilms, realizándole nefrectomía radical izquierda el 23 de marzo de 2004; posteriormente el 31 de marzo de 2004 presento cuadro de suboclusion intestinal por bridas realizan laparotomía exploradora con resección intestinal secundaria a perforación, presentando además recaída de sitio primario en junio del mismo año realizándole resección de tumor hilio-esplénico. Último ingreso a urgencias el 05 de agosto de 2005 por neutropenia y fiebre. Ultima quimioterapia 28 de septiembre de 2005 con vincristina, ciclofosfamida y VP-16. El día 15 de diciembre de 2005 presenta hipertensión arterial con cefalea, disminución de la fuerza y movimiento del hemitórax izquierdo así como desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo, presentando deterioro neurológico por lo cual realizan intubación orotraqueal, tomografía axial computarizada encontrando hemorragia intraparenquimatosa y el día 16 de diciembre de 2005 realizan cirugía de cráneo para extraer coagulo y toma de biopsia.

A la exploración se encontró con los siguientes signos vitales: T/A: 90/60mmHg
FC: 112x' FR: 30x' Temp.: 36.7°C

Somatometría: peso: 16kgs. Talla: 1.06

Laboratorios del 29-11-05

Hb 10.7

Urea BUN 13

Calcio 7.7

Hto. 30.7

Ac.Urico 1.5

Fósforo 3.7

Cloro 99mEq/L

Plaq. 83000 Creatinina 0.5 Trigliceridos 151mg Sodio 134meq/L
Leucocitos 6300 Glucemia 86mg/dl Potasio 3.9mEq/L
Bandas 1% Colesterol 201
Segmentados 28%
Linfocitos 61%
Monocitos 10%
Tiempo trombina 2.1/100%
Tiempo tromboplastina parcial 24seg.
Bilirrubinas directa 3.37mg indirecta 0.80mg total 4.17mg
Proteínas totales 6.3 Albúmina 2.9gm Globulina 3.4
Transaminasa glutámico-oxalacetina 99U
Glutámico piruvica 116U DHL 273U/L FA 469U/L

Se trata de preescolar masculino de 4 8/12, de edad aparente igual a la cronológica, con fascies características de paciente oncológico, en posición libremente escogida, con alteración de la integridad cutánea por presencia de herida quirúrgica abdominal dehiscente así como catéter doble lumen en yugular derecha; aparentemente bien conformado con movimientos espontáneos deambulación asistida por familiar. Orientado en sus tres esferas, conciente, cooperador al interrogatorio. Vistiendo ropa hospitalaria en cuarto de hospitalización.

La necesidad de **oxigenación** se ve alterada el 15 de diciembre de 2005 cuando presenta datos de deterioro neurológico referido por el cuidador primario por cefalea, irritabilidad, vómitos en proyectil, confusión mental y agitación al respirar, por lo cual colocan mascarilla facial con oxígeno nebulizado al 100%; sin embargo, al no haber mejoría pasa a fase 3 de ventilación con apoyo de ventilación mecánica modo asisto-control. A la exploración física focalizada se encontró en dependencia total transitoria grado 6 con los siguientes datos:

Nariz pequeña, simétrica, sin malformaciones evidentes, puente nasal íntegro, narinas permeables. Presencia de sonda nasogástrica 12Fr en narina izquierda drenando líquido biliar.

Boca. Con tubo orotraqueal 5Fr fijado en el número 13.

Cuello. Cilíndrico, corto, en ligera hiperextensión, presencia de catéter central doble lumen en yugular externa derecha. A la palpación traquea central desplazable, pulsos carotídeos rítmicos y saltones sincrónicos con pulso radial y femoral.

Tórax. Simétrico, normolíneo, movimientos amplexión y amplexación dependientes de la ventilación mecánica, así como la frecuencia respiratoria. A la percusión ruido claro pulmonar en ambos hemitórax. A la auscultación de campos pulmonares murmullo vesicular continuo durante la inspiración. A la auscultación cardiaca ruidos rítmicos en todos los focos cardiacos sin fenómenos agregados.

La necesidad de **nutrición** se encuentra en dependencia crónica total grado 6, ya que el preescolar permanece en ayuno por suboclusion intestinal recibiendo Nutrición Parenteral Total ciclada 10-11 40ml/hr, 11-12 20ml/hr, 12-18 cero, 18-19 40ml/hr, 20-10 70ml/hr; lípidos 6.8ml/hr para 18 horas todo por catéter centrar doble lumen instalado el 03 noviembre de 2005 en yugular externa derecha. A la exploración física focalizada del 30 de noviembre de 2005 se encontró:

Cabello: quebradizo, débil y opaco a expensas de la alopecia secundaria a quimioterapia.

Ojos: conjuntiva rosada, esclerótica icterica.

Boca: simétrica, labios de textura seca con grietas en labio inferior, encías rosadas íntegras. Piezas dentales en número de 24 con curación en 2 incisivos superiores y primer premolar izquierdo. Lengua con movimientos en todas direcciones. Paladar duro y blando íntegro. Reflejo nauseoso presente.

Abdomen. Plano con herida quirúrgica en línea media longitudinal dehiscente, drenando material serohemático, a la auscultación ruidos intestinales disminuidos en número e intensidad. A la percusión sonido timpánico en región epigástrica. A la palpación piel hidratada con tinte icterico, refiere dolor a la palpación media en cuadrante superior derecho, sin hepatomegalia.

Ano. Hendidura anteroposterior con pliegues convergentes, sin lesiones en la periferia.

La necesidad de **movimiento y postura** se ve alterada el día 19 de diciembre de 2005, encontrándose en dependencia total grado 6 al disminuir los movimientos

espontáneos y disminución de la fuerza muscular lo que impide que el niño pueda moverse a voluntad dentro de su entorno físico y la deambulacion. A la exploración física focalizada se encontró:

Orientado en sus 3 esferas, pares craneales sin alteración, Glasgow 15/15, prueba de Romberg positiva, pérdida de coordinación del hemicuerpo izquierdo

Cabeza: normocefalo, con herida quirúrgica afrontada en parietal derecho, sin datos de irritación local.

Cara: simétrica, expresión facial alerta.

Cuello: cilíndrico, corto. Con movimientos de flexo-extensión y rotación.

Extremidades superiores. Simétricas, pulso axilar, humeral y radial presentes y sincrónicos. Arcos de movilidad espontáneos, fuerza 5/5 en miembro toracico derecho; no así en el izquierdo donde se encuentra disminución de la fuerza 1/5 y del movimiento 0/5. Llenado capilar 2”.

Extremidades inferiores: simétricas, extremidad inferior derecha con arcos de movilidad conservado, fuerza muscular 5/5; extremidad inferior izquierda con movimientos limitados a momentos nulo 0-1/5 y fuerza muscular 1/4. Pulso femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio presentes y sincrónicos. Llenado capilar 2”.

La necesidad de **descanso y sueño** se determina en dependencia ligera transitoria grado 3 el día 28 noviembre de 2005 cuando se detecta que duerme 11 horas en total, una siesta al día de aproximadamente 1 hora por las tardes, sin interrupción del mismo no necesita enseres para conciliar el sueño. Aunque durante la hospitalización tiene interrupciones del sueño por las actividades del personal de salud y los constantes cambios en el ambiente hospitalario (luces a toda hora, ruidos, etc.). A la exploración física focalizada se encontró:

Ojos: parpado con piel íntegra, conjuntiva rojiza, irritada.

Durante la exploración se observa bostezos constantes así como verbalización de despertarse antes de lo deseado.

La necesidad de **realización** se ve afectada sobre todo en los padres ya que al padecer una enfermedad crónica el hijo primogénito y único sus aspiraciones se ven dependientes de la evolución del niño y refieren que desde el inicio de la

enfermedad de su hijo los planes han cambiado radicalmente. En la segunda valoración focalizada realizada el 07 de diciembre de 2005 se detecta a la madre angustiada y hasta cierto punto aprehensiva sobre los cuidados que recibe el preescolar manifestando que los cuidados proporcionados no son los adecuados; durante el día realizaron una preposada en el hospital para pacientes a la cual el preescolar no asistió porque el cuidador primario piensa que al salir de su habitación se enfermara de algo nuevo. Durante la valoración focalizada el 15 diciembre de 2005 se observa al cuidador primario con expresión facial de sufrimiento, ansiedad ante la perdida potencial de su hijo por estar en la unidad de terapia intensiva; por lo anterior se determina que esta en dependencia ligera grado 5.

La **recreación** se detecta alterada el 28 de noviembre de 2005 al realizar valoración focalizada encontrándose en dependencia ligera grado 3, con fascies de irritabilidad, llanto y poca convivencia con los otros niños con quienes comparte la habitación; al paciente le gusta jugar con pelotas y carros, así como correr, además refiere sentirse aburrido y extrañar a su prima con quien siempre jugaba en casa. El juguete preferido es un camión de volteo que llena de otros juguetes y el juego de mesa preferido es la lotería. El programa favorito es el “chavo del 8”, aunque solo lo ve cuando los niños de la habitación también quieren verlo ya que solo hay una televisión y en la habitación hay tres niños más y no coinciden en las preferencias de programas.

La necesidad de **aprendizaje** se realiza valoración focalizada el 28 de noviembre de 2005 encontrándose en dependencia ligera grado 3; refiere el cuidador primario que en la historia de desarrollo el preescolar se sentó a los 7 meses de edad, camino al año 7 meses, aún no se ata los zapatos, monta bicicleta aun con apoyo de las dos ruedas traseras extras. En cuanto al desarrollo del lenguaje comenzó a balbucear entre los 5 y 7 meses, dijo las primeras palabras articuladas a los 2 años. A la exploración física focalizada se encontró:

Oído: pabellones auriculares simétricos, bien implantados, sin lesiones externas o abscesos, sin dolor a la palpación y flexibilidad de ambos pabellones auriculares.

A la inspección instrumentada presencia de cerumen, membrana timpánica íntegra semitransparente. Localiza origen de ruido y obedece órdenes sencillas.

Ojos: cejas y pestañas con alopecia, párpados con piel íntegra con movimientos de abrir y cerrar simétricamente, aparato lagrimal sin edema ni lagrimeo. Reflejo fotomotor, motomotor, consensual y rojo presente. Visión de 20/30.

Nariz: pequeña, simétrica sin malformaciones evidentes, puente nasal íntegro, narinas permeables, identifica olores distintos.

Boca: mucosa oral rosada, hidratada. Labios simétricos, de textura seca con grietas en labio inferior. Lengua con movimientos en todas direcciones. Úvula central sin edema, amígdalas rosadas.

Tacto: distingue entre objetos de diversa textura con los ojos cerrados, así como identificar lo agradable de lo desagradable.

El 28 de noviembre se valora la necesidad de **eliminación** encontrándola en dependencia total grado 6, al tener sonda nasogástrica drenando líquido biliar. Presenta evacuaciones de consistencia formada color verde 1-2 veces al día, sin dolor al evacuar. Micciones espontáneas 6-7 veces al día, color amarillo ámbar sin dolor al miccionar. A la exploración física focalizada se encontró:

Nariz: con presencia de sonda nasogástrica 12Fr en narina izquierda drenando líquido biliar en cantidad de 50ml aproximadamente.

Abdomen: plano con herida quirúrgica dehiscente en línea media, drenando material serohemático; a la auscultación ruidos intestinales disminuidos en número e intensidad. A la percusión sonido timpánico en región epigástrica. A la palpación piel hidratada e icterica, refiere dolor a la palpación media en cuadrante superior derecho. Sin hepatomegalia.

Genitales: fenotípicamente masculinos, se omite palpación.

Ano: hendidura anteroposterior con pliegues convergentes, sin lesiones en la periferia.

La necesidad de **seguridad y protección** se encuentra en dependencia total grado 6, en la exploración física focalizada se encontró:

Preescolar en posición libremente escogida, necesitando ayuda para la deambulación y usa férulas en extremidades del hemicuerpo izquierdo, vistiendo

ropa hospitalaria, con fascias de indiferencia, en ayuno terapéutico, con sonda nasogastrica 12Fr en narina izquierda drenando material biliar, a nivel abdominal presencia de herida quirúrgica en línea media longitudinal dehiscente con salida de material serohemático no fétido, así como catéter central doble lumen en yugular externa derecha por el cual recibe Nutrición Parenteral Total. Al mismo tiempo los cuidadores primarios refieren temor por probables complicaciones por la enfermedad de base. Si tomamos en cuenta que la misma enfermedad y el tratamiento a base de quimioterapia así como la estancia hospitalaria prolongada afectan por si solas la necesidad de seguridad y protección.

Encontrándose independencia en las necesidades de: termorregulación, higiene, comunicación, vestido y desvestido, creencias y valores.

2.2 Proceso de valoración para el estudio de caso

Para la realización del estudio de caso se utilizó como método el Proceso de cuidado de Enfermería bajo la propuesta de Virginia Henderson.

La recolección de datos se realizó a través de fuentes primarias y secundarias. La fuente primaria fue la exploración física y las fuentes secundarias utilizadas fueron la entrevista con los padres, el expediente clínico, bibliografía y otros profesionales.

La valoración de Enfermería, se realizó de dos formas, valoración inicial y focalizada. La valoración inicial se hizo mediante entrevistas a los padres del niño y de exploración siguiendo el método clínico. Los datos obtenidos se registraron en el formato llamado “valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años” (ver anexo No. 1), que consta de 8 partes: I. datos de identificación, II. Antecedentes familiares, III. Orientación de la hospitalización, IV. Antecedentes individuales, V. Valoración de las 14 necesidades, VI. Jerarquía de las necesidades, VII. Jerarquía de los diagnósticos de Enfermería y plan de intervenciones de Enfermería, y VIII. Plan de alta.

La valoración focalizada se realizó a las 14 necesidades básicas, aplicando las escalas de grado y nivel de dependencia propuesta por Phaneuf. La valoración se realizó a través de la exploración física y entrevista; utilizando el instrumento “Hoja de reporte diario” (ver anexo No. 2), que consta de cinco partes: datos subjetivos,

objetivos, fuentes de la dificultad (física, conocimientos, voluntad), diagnósticos de Enfermería y comentarios de la necesidad.

Como parte de las consideraciones éticas se pidió a los padres la firma del consentimiento informado para realizar el estudio de caso, previa lectura de dicho documento (ver anexo No. 3).

Se realizaron 10 seguimientos donde se valoraron las necesidades dependientes jerarquizándolas de acuerdo a su importancia, comenzando con aquellas que son prioritarias para la vida y siguiendo con las de más alto nivel:

- Oxigenación.
- Nutrición.
- Movimiento y postura.
- Seguridad y protección.
- Descanso y sueño.
- Realización.
- Recreación.
- Aprendizaje.
- Eliminación.

Las necesidades de termorregulación, higiene, comunicación y creencias y valores no presentaron manifestaciones de dependencia, sin embargo las necesidades dependientes influyen en todas las demás ya que se relacionan entre si.

2.3 Proceso de elaboración de diagnósticos de Enfermería

La elaboración de diagnósticos de Enfermería se realizó utilizando la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en los cuales se identifican diagnósticos reales, potenciales, de riesgo, de bienestar, posibles y de los problemas interdependientes.

Para la redacción de los diagnósticos reales se utilizó el formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas), aplicando el modelo de Virginia Henderson, el problema se centro en el problema de dependencia, la etiología en las fuentes de la dificultad de la necesidad.

Los diagnósticos de riesgo constan de dos partes, el problema y la etiología. Los diagnósticos de bienestar compuesto solo por una parte.

A continuación se enlistan los diagnósticos de acuerdo a la jerarquización realizada en base a la necesidad alterada y al tipo de prioridad otorgada.

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Nombre: J.L.S.Z. Reg.: 774157 Edad: 4 8/12 Peso: 16kgs. Talla: 1.06

Necesidad alterada	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha identificación	Fecha de resolución
Oxigenación	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con imposibilidad para expectorar secreciones manifestado por frecuencia respiratoria de 38x', variaciones en la saturación de oxígeno de 92 a 86% y a la auscultación estertores bilaterales	Física	Dependencia total transitoria. Grado 6	Suplencia	Alta	15-dic-05	22-dic-05
Nutrición	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para absorber nutrientes manifestado por cabello débil, opaco, quebradizo, palidez de tegumentos y peso por debajo de percentil 50	Física	Dependencia crónica total. Grado 6	Suplencia	Alta	30-11-05	26-dic-05

Necesidad alterada	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha identificación	Fecha de resolución
Movimiento y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y sensibilidad del hemicuerpo izquierdo manifestado por incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico y la deambulaci3n	Física	Dependencia cr3nica total. Grado 6	Suplencia	Media	19-12-05	En proceso de resoluci3n
Descanso y sueño	Alteraci3n del patr3n de sueño: sueño interrumpido relacionado con cambios en el entorno físico manifestado por verbalizaci3n de despertarse antes de lo deseado, ojos irritados, bostezos	Física	Dependencia ligera transitoria. Grado 3	Ayuda	Media	28-11-05	09-enero-06

Necesidad alterada	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha identificación	Fecha de resolución
Realización	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador primario relacionado con estancia hospitalaria prolongada del hijo.	Física y conocimiento	Dependencia ligera. Grado 5	Ayuda	Media	07-12-05	09-enero-06
Recreación	Alteración de las actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por verbalización de no poder realizar actividades habituales, llanto, irritabilidad	Física	Dependencia ligera. Grado 3	Ayuda	Media	28-11-05	10-enero-06
Aprendizaje	Dependencia en el aprendizaje del cuidador primario relacionado con desconocimiento sobre el tratamiento manifestado por falta de familiaridad con las medidas de asistencia	Conocimiento	Dependencia ligera. Grado 3	Ayuda	Baja	28-11-05	En proceso de resolución

Necesidad alterada	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha identificación	Fecha de resolución
Eliminación	Riesgo de disminución de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por sonda nasogastrica	Física	Dependencia total. Grado 6	Suplencia	Alta	28-11-05	26-dic-05
Seguridad y protección	Riesgo de infección sistémica relacionado con procedimientos invasivos (catéter central, sonda nasogastrica)	Física	Dependencia total. Grado 6	Suplencia	Alta	28-11-05	En proceso de resolución

Necesidad alterada	Diagnóstico	Fuente de la dificultad	Grado y nivel de dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha identificación	Fecha de resolución
Termorregulación	Independencia en la termorregulación	Independencia		Ayuda	Baja	28-11-05	
Higiene	Conducta generadora de salud sobre la higiene	Independencia		Ayuda	Baja	28-11-05	
Comunicación	Conducta generadora de salud sobre la comunicación	independencia		Ayuda	Baja	28-11-05	
Vestido y desvestido	Conducta generadora de salud en el vestido y desvestido	Independencia		Ayuda	Baja	28-11-05	
Creencias y valores	Potencial de aumento del bienestar espiritual	Independencia		ayuda	Baja	28-11-05	

2.4 Proceso de planeación de intervenciones de Enfermería

Para la planeación de las intervenciones de Enfermería se hizo jerarquía de las mismas de tal manera que favorezcan la satisfacción de la necesidad alterada, integrando tanto al paciente como a los cuidadores primarios.

Las directrices que se utilizaron para planear las intervenciones fueron: establecer prioridades, establecer objetivos del paciente, seleccionar las estrategias de Enfermería y finalmente desarrollar el plan de Enfermería.

Las intervenciones se clasificaron en independientes es decir, aquellas que la enfermera realiza con autonomía; intervenciones dependientes aquellas que derivan de una indicación médica o del personal de salud, y por ultimo intervenciones interdependientes que se realizan en conjunto con otras especialidades del área de la salud.

El formato de planeación de intervenciones de Enfermería esta compuesto a saber de: ficha de razón social, ficha de identificación, datos subjetivos y objetivos, diagnóstico de Enfermería, objetivo del diagnóstico de Enfermería, nivel de dependencia, grado de dependencia, prioridad, tipo de asistencia, posteriormente se incluye un cuadro de dos columnas; una para las intervenciones y acciones de Enfermería y por otra parte la fundamentación de dicha intervención, finalmente la evaluación. Elaborándose un total de 14 planes de cuidado.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**

Nombre del paciente: J.L.S. Z.

Servicio: Pediatría I

Edad: 4 8/12

Registro: 774157

Valoración focalizada de la necesidad de: Oxigenación.

DATOS SUBJETIVOS: refiere el cuidador primario que durante la madrugada del día de hoy el preescolar presenta cefalea, irritabilidad, vómitos y observa confusión y se encuentra agitado al respirar. Ante el deterioro progresivo colocan mascarilla de oxígeno con FiO₂ 100% pero al no haber mejoría pasa a fase 3 de ventilación en modo asisto control.

DATOS OBJETIVOS:

FC: 132 x' FR: 38x' T/A: 130/90 Temp.: 36.7°C

Masculino preescolar de 4 años 9 meses de edad aparente igual a la cronológica con fascies características de paciente oncológico, con postura forzada por sujetadores en las 4 extremidades, con pérdida de la integridad oral por presencia de sonda orotraqueal 5Fr fijado a labio superior en el número 13, así como pérdida de la integridad cutánea por presencia de catéter central doble lumen en yugular externa derecha, así como herida quirúrgica abdominal dehiscente, de constitución media, sin movimientos espontáneos; bajo efectos de sedantes y relajantes musculares, vistiendo pijama hospitalaria, con oxímetro de pulso marcando niveles de saturación de 86 a 92%. Llenado capilar de 2 segundos.

Nariz. Presencia de sonda nasogastrica 12Fr en narina izquierda drenando líquido biliar.

Boca. Con sonda orotraqueal 5Fr fijado en el numero 13.

Cuello. Cilíndrico, corto en ligera hiperextensión, presencia de catéter central doble lumen en yugular externa derecha. A la palpación tráquea central desplazable, pulsos carotídeos rítmicos y saltones sincrónicos con pulso radial y femoral.

Tórax. Simétrico, normolíneo, movimientos de amplexión y amplexación dependientes de la ventilación mecánica, así como la frecuencia respiratoria. A la percusión ruido claro pulmonar en ambos hemotórax. A la auscultación estertores bilaterales. A la auscultación cardíaca ruidos rítmicos en todos los focos cardíacos sin fenómenos agregados.

Laboratorios.

Gasometría arterial:

Ph 7.38

PCO2 38.7

PO2 102

HCO3 22.8

SaO2 98%

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con imposibilidad para expectorar secreciones manifestado por frecuencia respiratoria de 38x', variaciones en la saturación de oxígeno de 92 a 86% y a la auscultación estertores bilaterales.

Fecha de identificación: 15 diciembre 2005

Fecha de resolución: 22 diciembre 2005

OBJETIVO:

El preescolar tendrá permeable la vía aérea libre de secreciones durante la estancia hospitalaria.

Nivel y grado de dependencia: nivel 6, total transitoria.

Fuente de dificultad: física

Prioridad: alta

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de oxigenación cada 2 horas mediante: (independiente)</p> <p>a) Valoración de signos vitales: T/A, FC, FR, Temp.</p> <p>b) Inspección, palpación y auscultación de campos pulmonares y cardíacos.</p> <p>2. Terapia respiratoria inhalada mediante: (interdependiente) Salbutamol 0.8mg aforado a 3ml de solución fisiológica 0.9% inhalado cada 6 horas.</p> <p>3. Fisioterapia pulmonar posterior a nebulizaciones mediante: (independiente)</p> <p>a) Golpeteo: en esta técnica puede utilizarse un dispositivo de plástico blando, o bien la palma de las manos. Los movimientos aplicados deben ser firmes, rítmicos y suaves evitando las prominencias óseas como esternón y las clavículas. La duración del procedimiento varía según la tolerancia del paciente.</p> <p>b) Vibración: la vibración de baja intensidad ayuda a movilizar las secreciones y evita traumatismos. Se utilizan vibradores pequeños portátiles, con accesorios blandos para protección de la piel.</p>	<p>La valoración y vigilancia frecuente del estado respiratorio facilita la detección precoz de complicaciones, y proporciona datos basales para evaluar las intervenciones de enfermería. (Kozier, 2002)</p> <p>Los broncodilatadores como el salbutamol alivian los síntomas como jadeo, falta de aliento, tos y restauran la capacidad del paciente para respirar cómodamente. Los broncodilatadores actúan de varias formas; algunos influyen en el sistema nervioso simpático que regula la dilatación de tubos bronquiales. Otros interfieren con la actividad de enzimas o células pulmonares que relajan los músculos contraídos de las vías respiratorias. (Farrera, 1995)</p> <p>La fisioterapia respiratoria consiste en mantener la permeabilidad de las vías aéreas, procura mantener la integridad de la función pulmonar y de proporcionar una mejor ventilación. (Tamez, 2003)</p>

<p>4. Aspiración de secreciones de la sonda orotraqueal posterior a terapia respiratoria y fisioterapia pulmonar: (independiente)</p> <p>a) Lavarse las manos.</p> <p>b) La persona responsable de la ventilación deberá aumentar la concentración de oxígeno 10 a 20% por encima del valor que el paciente esta recibiendo en los pacientes estables y que toleren bien el procedimiento. En los casos de pacientes inestables y que no toleran el procedimiento, este porcentaje puede aumentarse hasta el 100%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconectar el respirador y proceder a la ventilación con el reanimador manual conectado a la fuente de oxígeno al 100%. • Introducir 3 a 5 gotas de suero fisiológico o de agua destilada, reconectar el reanimador manual y proceder a la ventilación procurando respetar el mismo ritmo o frecuencia respiratoria impuesta por el respirador. <p>c) Persona responsable de la aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conectar la sonda de aspiración al aspirador, con los cuidados correspondientes para mantener en todo momento la esterilidad de la sonda. • Ajustar la presión del aspirador entre 60 y 80mmH₂O. • Calzarse guantes, procurando mantener estéril la mano que tocará la sonda de aspiración. 	<p>La aspiración de secreciones tiene como objetivo la remoción de las secreciones retenidas en la cánula orotraqueal, lo que favorece la ventilación y la oxigenación.</p> <p>La frecuencia de la aspiración debe ser determinada por los cambios en el estado del paciente, como la disminución de la saturación de oxígeno, agitación del paciente, aumento del requerimiento de oxígeno y los ruidos respiratorios que demuestren presencia de secreciones bronquiales. (Tamez, 2003)</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la sonda con movimientos rotatorios, al tiempo que aspira secreciones. • Limitar a 5 segundos cada pasada de aspiración. • Interrumpir la aspiración cuando ocurra caída significativa de la saturación de oxígeno y/o cianosis y ventilar con el reanimador manual conectado al 100% de oxígeno hasta que haya estabilización de la oxigenación. • Proceder a la aspiración de la cavidad oral después de la aspiración traqueal. • Limpiar la extensión de la aspiración con agua estéril al final. • Lavarse las manos. • Realizar anotaciones en las hojas de enfermería, refiriendo características y cantidad de secreciones. <p>5. Realizar cambios de posición 2 veces por turno cada 3-4 horas: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • posición decúbito lateral izquierda y derecha. • Posición decúbito supino. 	<p>Los cambios de posición aumentan la comodidad, mejoran la ventilación, disminuyen las posibilidades de dolor, contractura muscular o subluxación. (Potter, 1996).</p>
---	--

EVALUACIÓN: El preescolar permaneció libre de secreciones durante la estancia hospitalaria, previo a la aspiración de secreciones se ministró terapia respiratoria y fisioterapia pulmonar correspondiente. Se contó en todo momento con el apoyo del personal de enfermería a cargo para la valoración de la necesidad así como durante el procedimiento. En el seguimiento posterior realizado el 19 de diciembre de 2005 se encontró con dependencia ligera transitoria grado 3 ya que aún estaba en fase 1 de ventilación con mascarilla y oxígeno nebulizado con FiO2 a 28% a 2Ltsx' con reflejo tusígeno presente lo que permite la expectoración de secreciones; posteriormente en la valoración del 22 de diciembre de 2005 se encuentra en independencia únicamente con tos seca no productiva.

Valoración focalizada de la necesidad de: Nutrición.

DATOS SUBJETIVOS: el cuidador primario (madre) refiere que antes de que se hospitalizará “comía bien”, los alimentos que prefería era el consomé y el arroz, rechazando las verduras. Actualmente se encuentra en ayuno por que presentó dolor abdominal y distensión abdominal. Refiere además que esta enojado porque tiene hambre.

DATOS OBJETIVOS:

Peso: 16kgs. Talla: 1.06cms. T/A: 90/60 FC: 118x´ PA: 46cms.

Masculino de 4 8/12 de edad aparente igual a la cronológica, con fascies características de paciente oncológico, postura libremente escogida, con pérdida de la integridad cutánea por herida quirúrgica dehiscente en línea media abdominal así como catéter central en yugular externa derecha. De constitución media, aparentemente bien conformado, movimientos espontáneos, deambulando en la habitación con apoyo del familiar. Orientado en las 3 esferas, conciente, cooperador con procedimientos, vistiendo ropa hospitalaria, se observa también sonda nasogástrica en narina izquierda fijada a mejillas, drenando líquido biliar.

Cabello: débil, quebradizo y opaco a expensas de alopecia por quimioterapia.

Ojos: simétricos, conjuntiva rosada, esclerótica icterica.

Boca: simétrica, labios de textura seca con grietas en labio inferior. Encías rosadas integras, piezas dentales en número de 24 con curación en 2 incisivos superiores y primer premolar izquierdo. Lengua con movimientos en todas direcciones. Paladar duro y blando integro. Reflejo nauseoso presente.

Abdomen: plano con herida quirúrgica dehiscente en línea media, drenando material serohemático, a la auscultación ruidos intestinales disminuidos en número e intensidad. A la percusión, sonido timpánico en región epigástrica. A la palpación piel hidratada, refiere dolor a la palpación media en cuadrante superior derecho, sin hepatomegalia.

Ano: hendidura anteroposterior con pliegues convergentes, sin lesiones en la periferia.

Laboratorios: 29-11-05

<i>Biometría hemática</i> :	Tiempo trombina 12.1/100%	<i>Bilirrubina</i> :
Hb 10.7	Tiempo tromboplastina parcial 24”	directa: 3.37mg
Hto. 30.7		indirecta: 0.80mg
		total: 4.17mg

Electrolitos sericos:

Cloro 99mEq/L	Calcio 7.7
Sodio 134mEq/L	Fósforo 3.7

Potasio 3.9mEq/L

Glucemia 86mg/Dl

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para absorber nutrientes manifestado por cabello débil, opaco, quebradizo, palidez de tegumentos y peso por debajo de percentil 50.

Fecha de identificación: 30-11-05

Fecha de resolución: 26-12-05

OBJETIVO:

El preescolar recuperará un estado nutricional acorde con la edad por medio del plan nutricional, durante su estancia hospitalaria.

Nivel y grado de dependencia: nivel 6, crónica total.

Fuente de dificultad: física

Prioridad: alta

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración nutricional cada 24 horas mediante: (interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none">a) peso, talla, perímetro braquialb) Exploración física de: (independiente)<ul style="list-style-type: none">*Cabello débil, opaco, quebradizo*Piel seca, escamosa, pálida, pigmentada e irritada.*labios secos, lesiones en la comisura labial, fisuras o cicatrices (estomatitis)*Ojos con conjuntiva pálida, sequedad de la mucosa o enrojecimiento y fisura de la comisura palpebral.c) valoración a través de pruebas de laboratorio como: albúmina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero.	<p>La evaluación nutricional es una parte esencial de la exploración de salud completa. Su objetivo es evaluar el estado nutricional del niño, es decir, el estado de equilibrio entre la ingesta y el gasto o necesidades de nutrientes. La exhaustiva evaluación nutricional incluye información sobre la dieta suministrada, la evaluación clínica del estado nutricional y el estado bioquímico. (waley & Wong, 1993)</p> <p>El reconocimiento temprano de los clientes malnutridos o en riesgo de malnutrición, tiene una influencia sobre la evolución sanitaria tanto a corto como a largo plazo. (Potter p. 1372)</p> <p>La malnutrición proteica producen un descenso del recuento leucocitario y anemia, además de los niveles de albúmina sérica reflejan el estado proteico del organismo. (Cardenito, 1994)</p>

<p>2. Valoración hemodinámica del preescolar: (independiente)</p> <p>a) Controlar signos vitales. b) Registro de ingresos y egresos. c) Comprobar glucosa capilar. d) Comprobar glucosa en orina.</p> <p>3. Comprobar que en la solución de Nutrición Parenteral Total (NPT) se han incluido los nutrientes correctos, según indicación: (interdependiente)</p> <p>NPT: 1800/22/2/1.6/40/100/150/120/0.3/10 Sol. Gluc. 50% 484ml. Levamine 330ml. NaCl 9ml. KCl (1:4) 11.8ml. KPO4 (1:2) 10.3ml. Gluc. Ca. 24.8ml. Sulf. Mg. 19.8ml. Tracefusin 5ml. MVI 10ml. Agua 202.9ml. Lípidos: 122.4ml.</p> <p>4. Vigilar adecuada infusión de Nutrición Parenteral Total: (independiente)</p> <p>a) Utilizar bomba de infusión para el aporte de la Nutrición Parenteral Total</p>	<p>Los signos vitales reflejan los cambios en la función corporal que de otra manera no podrían ser observados. Los datos obtenidos de la medición de los signos vitales se usan para planear y realizar las intervenciones de enfermería apropiadas. (Kozier p. 497).</p> <p>Dentro de las complicaciones de la NPT se encuentran la hipoglucemia y la hiperglucemia por lo cual se debe prevenir dichos eventos a través de la medición de glucosa en sangre periférica y detectar glucosuria. (Potter p. 1399)</p> <p>La Nutrición Parenteral Total (NPT) es una forma de soporte nutricional especializado, en el que los nutrientes se aportan por vía intravenosa. Antes de comenzar la perfusión, la enfermera compara la prescripción del médico con la solución preparada por la farmacia y comprobar que no existan partículas ni gotitas de lípidos. (Potter p. 1395)</p> <p>Siempre se utiliza bomba de infusión, la velocidad de flujo debe ser constante; la administración demasiado rápido puede conducir a diuresis osmótica y deshidratación. La interrupción súbita de la solución puede causar hipoglucemia. (Potter p. 1395)</p>
--	---

<p>b) Mantener índice de flujo constante de la Nutrición Parenteral Total, bajo la indicación siguiente (interdependiente): 10-11 hr---- 40ml/hr 11-12 hr---- 20ml/hr 12-18 hr---- cero 18-19 hr---- 40ml/hr 20-10 hr---- 70ml/hr</p> <p>c) Administrar lípidos 20% 122.4ml en 18 horas a 6.8ml/hr. (dependiente)</p> <p>d) Homogenizar la mezcla antes de instalarla (independiente).</p> <p>e) Mantener una técnica estéril al instalar la Nutrición Parenteral Total (independiente).</p> <p><i>Material y equipo:</i> Gasas estériles chicas (10piezas) Guantes estériles Cubre bocas Alcohol 70% Iodopovidona solución Micropore</p> <p><i>Procedimiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - preparación del material y equipo. - traslado a la unidad del paciente. - colocación de cubreboca - lavado de manos. - abrir el equipo. - remover con alcohol la gasa que cubre la conexión del catéter y retirarla. - calzarse un guante con la mano diestra. - cerrar la pinza de seguridad del catéter. 	<p>La nutrición parenteral brinda un aporte de 75kcal/kg/día. La alimentación parenteral ciclada evita principalmente hepatotoxicidad. (Urgencias en pediatría, 2000)</p> <p>Los lípidos son esenciales en la nutrición parenteral pediátrica por ser una fuente concentrada de energía que se compone de triglicéridos, aportando 11Kcal/g, se infunde de 12 a 18 horas ya que se ha reportado crecimiento bacteriano si se administra en 24 horas. (Urgencias en pediatría, 2000)</p> <p>Para evitar infecciones, el tubo de infusión debe cambiarse cada 24 horas. Durante los cambios siempre se utiliza cubreboca y guantes estériles, y los puntos de inserción se deben valorar en busca de signos y síntomas de infección. (Potter p. 1398)</p> <p>El Center Disease Control (CDC) señala ciertas recomendaciones en relación al tiempo en que deben cambiarse los equipos de conexión, por ejemplo: los equipos de administración de soluciones parenterales deben ser sustituidos cada 72 horas, el quipo para la aplicación de nutrición parenteral debe cambiarse cada 24 horas. (Desarrollo científico de enfermería, 1999)</p>
---	--

- realizar asepsia y antisepsia, tres tiempos de alcohol y tres de iodopovidona solución en sitio de conexión del catéter.

-desconectar el equipo anterior y conectar el equipo nuevo protegiéndolo con una gasa estéril y micropore.

- retirar el equipo y dejar en posición cómoda al paciente.

f) Cuidados del catéter según lineamientos hospitalarios (independiente).

Material y equipo:

Cubre bocas

Guantes estériles

Alcohol etílico 70%

Gasas estériles medianas (6piezas), chicas (3piezas)

Iodopovidona solución

Aplicadores (3piezas)

Apósito adhesivo transparente

Tijeras

Torundas de alcohol

Riñón estéril

Técnica

1. Lavado de manos, previamente
2. Preparación del material y equipo, y trasladarlo a la unidad del paciente.
3. Preparación física y psicológica del paciente.
4. Colocarse y colocar cubrebocas al paciente.
5. Lavado de manos.
6. Remover la curación anterior con alcohol.

7. Observar algún cambio importante como es: coloración, aspecto de la piel, evidencia de sangrado o datos de infección (secreción purulenta).
8. Abrir el equipo.
9. Calzarse un guante con la mano diestra.
10. Humedecer los hisopos y realizar asepsia y antisepsia, tres tiempos con alcohol y tres tiempos con iodopovidona del punto de inserción a la periferia con movimientos rotatorios.
11. Colocar una gasa seca en el sitio de inserción por un minuto (para que actúe la iodopovidona).
12. Realizar el cambio de guantes y retirar con la gasa el exceso de iodopovidona.
13. Colocar una gasa pequeña por debajo del sitio de inserción del catéter y otra por encima.
14. Coloque el apósito adhesivo, ponerle fecha de curación y nombre de la persona que efectuó el procedimiento.
15. Retirar el equipo.
16. dejar cómodo al paciente.
17. Retirarse y desechar cubrebocas.
18. Lavado de manos.

EVALUACIÓN: El preescolar se mantuvo en dependencia total grado 6 durante 3 seguimientos, sin embargo al realizar la valoración focalizada el 26-12-05 se encontró en dependencia grado 1 considerando que recibe el aporte de nutrientes por vía oral; pero se encuentra aún con peso por debajo de percentil 50.

Valoración focalizada de la necesidad de: Movimiento y postura.

DATOS SUBJETIVOS: el cuidador primario refiere que José Luis perdió la movilidad del lado izquierdo del cuerpo desde el día 15 de diciembre de 2005, cuando empezó a sangrar de la cabeza, posteriormente se le dificulta moverse dentro de la cama y le impide la deambulaci3n a pesar de que 3l quiere hacerlo.

DATOS OBJETIVOS:

Peso: 16kgs. Talla 1.06 T/A: 90/65mmHg FC: 118x' FR: 30x' Temp.: 36.5°C

Preescolar masculino de 4 a1os 9 meses de edad aparente igual a la cronol3gica con fascies caracteristicas de paciente oncol3gico, postura libremente escogida, con p3rdida de la integridad cut3nea a nivel de parietal derecho por herida quir3rgica afrontada sin datos de irritaci3n y abdominal por herida quir3rgica dehiscente con salida de material serohem3tico, de constituci3n media, bien conformado, movimientos limitados a ratos nulos del hemicuerpo izquierdo. Orientado en sus tres esferas, conciente, Glasgow 15/15, pares craneales sin alteraci3n, vistiendo ropa hospitalaria en cama de hospital.

Extremidades superiores: sim3tricos, pulso axilar, humeral y radial presentes sincr3nicos en ambas extremidades. Miembro tor3cico derecho con arcos de movilidad espont3neos, fuerza 5/5 y movimiento 5/5. En miembro tor3cico izquierdo se encontr3 con disminuci3n de la fuerza 1/5 y del movimiento 0/5, llenado capilar 2".

Extremidades inferiores: sim3tricas; extremidad inferior derecha con arcos de movilidad conservados, fuerza 5/5. Extremidad inferior izquierda con movimientos limitados a momentos nulo 0-1/5 y fuerza muscular 1/5. Pulso femoral, popl3teo, tibial posterior y pedio presentes y sincr3nicos en ambas extremidades. Llenado capilar 2".

DIAGN3STICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la movilidad f3sica relacionado con disminuci3n de la fuerza y sensibilidad del hemicuerpo izquierdo manifestado por incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno f3sico y la deambulaci3n; as3 como fuerza 1/5 y movimiento 0/5 en miembro tor3cico izquierdo y fuerza 1/4 con movimiento 0-1/5 en miembro p3lvico izquierdo.

Fecha identificaci3n: 19 diciembre 2005

fecha de resoluci3n: en proceso de resoluci3n.

OBJETIVO:

El preescolar recobrar3 la m3xima capacidad de movilizaci3n a trav3s de un plan de rehabilitaci3n en colaboraci3n con los cuidadores primarios, durante su estancia hospitalaria.

Nivel y grado de dependencia: nivel 6, cr3nica total.

Fuente de dificultad: f3sica

Prioridad: media.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración del preescolar en la necesidad de movimiento y postura una vez al día mediante:</p> <p>a) Toma de somatometría (talla, peso, perímetro cefálico).</p> <p>b) Signos vitales una vez por turno (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial).</p> <p>c) Observar: forma y tamaño de la cabeza, la simetría, la presencia de lesiones y su integridad.</p> <p>d) Valoración de los pares craneales mediante:</p>		<p>Es preciso realizar la valoración para establecer la base de la capacidad del niño en ese momento, para poder comparar más adelante y evaluar el progreso del paciente. (Morgan, 1993)</p> <p>Controla la agudeza visual y visión principal. El aumento de la presión intracraneal produce presión directa sobre el nervio, afectando a su función. (Appling, 1989)</p> <p>Son los encargados de los movimientos oculares. Además, el III par es el responsable de la constricción pupilar y del control de los músculos que elevan el párpado. (Appling, 1989)</p>
Par craneal	Prueba	
I. Olfatorio	Pedir al niño que identifique con los ojos cerrados, olores como café, alcohol de una torunda u otros olores. Estudie cada fosa nasal por separado.	
II. Óptico	Compruebe la percepción de la luz, la agudeza visual, la visión periférica, la visión de los colores y la normalidad de la papila óptica.	
III. Motor ocular común (músculos extraoculares)	Indique al niño siga u objeto o una luz en las seis direcciones cardinales.	
IV: Patético	Pida al niño que mire hacia arriba y hacia abajo.	

V. Trigémino	Indique al niño que muerda fuerte y abra las mandíbulas; compruebe la simetría y la fuerza.	Este nervio controla la sensibilidad de la cara, es el responsable del reflejo corneal y controla los músculos masticadores. (García, 1996)
VI. Motor ocular común (músculo recto externo)	Haga que el niño mire hacia el temporal.	
VII. Facial	Pida al niño que sonría, ponga una cara simpática o enseñe los dientes para observar la simetría de la expresión.	Este nervio controla los músculos faciales además de encargarse de la percepción de sabores en la porción anterior de la lengua. (García, 1996)
VIII. Auditivo, acústico o vestibulococlear.	Compruebe la audición; busque cualquier pérdida de equilibrio o la presencia de vértigo.	Se encarga de la audición, el equilibrio, la posición y la orientación del espacio. (García, 1996)
IX. Glossofaríngeo.	Estimule la lengua posterior con un depresor lingual; en el niño debe presentar náuseas. Compruebe el sabor agrio o amargo en el segmento posterior de la lengua.	Este nervio controla la deglución y de él dependen la sensibilidad de la mucosa faríngea, la salivación y la percepción de sabores en el tercio posterior de la lengua. (García, 1996)
X. Vago	Observe la ronquera de la voz, el reflejo de náusea y la capacidad de deglución. Compruebe que la úvula está en la línea media; al estimularla con un	De este nervio depende la contracción de la faringe, los movimientos simétricos de las cuerdas vocales y el paladar blando.

<p>XI. Espinal.</p> <p>XII. Hipogloso.</p>	<p>depresor debe desviarse hacia arriba y hacia el lado estimulado.</p> <p>Indique al niño que levante los hombros mientras usted aplica una leve presión; con las manos sobre los hombros, pida al niño que gire la cabeza contra presión hacia cada lado; observe la simetría y la fuerza.</p> <p>Pida al niño que mueva la lengua en todas las direcciones; indíquele saque la lengua lo más lejos posible; observe cualquier desviación de la línea media. Compruebe la fuerza colocando un depresor a un costado de la lengua y pidiendo al niño lo desplace.</p>	<p>Este nervio controla el músculo esternocleidomastoideo y la porción superior de los trapecios.</p> <p>Este nervio es el responsable de los movimientos de la lengua. (García, 1996)</p>
<p>e) observar en la cara y cuello simetría con reposo y con movimientos voluntarios, expresión facial.</p> <p>f) Evaluar el estado de conciencia mediante:</p>		<p>Las escalas de coma se usan para medir de manera estandarizada el grado de falta de respuesta. La escala de coma de Glasgow valora el estado de conciencia en relación con tres respuestas: abrir los ojos (estado de alerta), respuesta verbal (contenido de conciencia) y respuesta motora (estado de alerta y contenido de la conciencia). A cada respuesta se le asigna un número varía entre 3 (la menor calificación) y 15 (la normal). Se han desarrollado varias escalas de cómo para evaluar a los niños y lactantes que todavía no hablan. (Slota, 2000)</p>
<p><i>Respuesta de apertura ocular:</i></p> <p>Espontánea: 4</p> <p>A la palabra: 3</p> <p>Al dolor: 2</p> <p>No respuesta: 1</p> <p><i>Respuesta verbal máxima:</i></p> <p>Orientado: 5 (tiempo/lugar/persona)</p> <p>Confuso: 4 (conversa, pero a veces tiene respuestas inadecuadas)</p> <p>Palabras inadecuadas 3 (responde Sí/No)</p> <p>Lenguaje incomprensible: 2 (gemidos/gritos)</p>		

Respuesta motora:

Obedece órdenes:	6
Localiza el dolor:	5
Retirada ante el dolor:	4
Flexión anormal:	3 (decorticación)
Extensión anormal:	2 (descerebración)
Ausencia de respuesta:	1
PUNTUACION:	normal: 15 mal pronostico (coma): <7 muerte cerebral: 3

Para la realización de la escala Glasgow se debe evaluar por separado el lado derecho y el izquierdo.

g) Orientación con respecto a personas, lugares y familia si es capaz de identificarlos.

h) Evaluar funcionamiento intelectual mediante identificación de objetos o colores, obediencia a órdenes.

i) Evaluación de la función motora mediante:

Equilibrio: se valora en la prueba de Romberg, para lo que se pide al paciente permanezca de pie con los ojos cerrados y los pies juntos. Si el paciente pierde el equilibrio se trata de un signo Romberg positivo.

Otras pruebas para valorar el equilibrio consisten en pedir al paciente que salte apoyándose en un pie o que camine de puntillas sobre ambos.

Coordinación: se valora pidiendo al paciente que lleva el talón de un pie sobre la pierna contraria (coordinación de extremidades inferiores); se toque la nariz con un dedo (coordinación de extremidades superiores). Esta prueba se puede realizar teniendo el paciente con los ojos cerrados o abiertos.

Se debe observar y valorar la debilidad muscular, ya que puede ser un signo temprano del aumento de la presión intracraneal por compresión de los haces corticoespinales. La debilidad muscular aparecerá en el lado contralateral al de la lesión cerebral. (Calderón, 1992)

Marcha: se pide al paciente que camine y se observan los siguientes aspectos:

Longitud-simetría de la calzada

Cadencia (simetría/ritmo)

Desplazamiento de tronco y pelvis

Distancia entre talones

Postura de tronco y pelvis

Balanceo de brazos.

Masa: se observa el contorno del músculo en relajación y en contracción.

Tono: estado de tensión moderada en que se encuentran los músculos en reposo. Se realiza palpación con contracciones isométricas y se valora el grado de resistencia existente a la movilidad pasiva.

Fuerza: su exploración se realiza mediante el estudio de la actividad muscular voluntaria, efectuada contra la resistencia del explorador. Los resultados de la prueba se registran con una escala del 0 al 5.

Grado 0: ausencia de contracción y movimiento.

Grado 1: contracción y cambio de tono pero no movimiento.

Grado 2: contracción y movimiento con ayuda, al eliminar la fuerza de la gravedad.

Grado 3: movimiento completo contra la gravedad.

Grado 4: contracción y movimiento completo contra la gravedad y moderada contra la resistencia del examinador.

Grado 5: movilidad completa contra gravedad y contra resistencia.

j) Evaluación de reflejos profundos:

Tendones (bíceps, tríceps y braquirradial, de rodilla y tobillo) y superficiales:

Abdominal: al estimular la superficie abdominal con un objeto

redondo se produce una contracción, desviándose el ombligo hacia el estímulo.

Cremásterico: al estimular la cara interna del muslo con un objeto como se eleva el testículo del mismo lado.

Anal: al rozar la región perianal se contrae el esfínter.

Flexión plantar: al rascar la zona lateral externa del pie, desde el talón hacia los dedos, éstos tienden a flexionarse → signo de Babinski negativo.

2. Mantener en todo momento una posición funcional mediante las siguientes posiciones:

Posición semifowler:

- a) elevar la cabecera de la cama de 45 a 60 grados.
- b) Reposar la cabeza contra el colchón o sobre una almohada pequeña.
- c) Utilizar almohadas para apoyar brazos y manos si el paciente no posee control voluntario o no puede utilizar las manos y los brazos.
- d) Colocar una almohada baja o un rollo bajos los muslos.
- e) Colocar una almohada baja o un rollo bajo los tobillos.

Posición lateral (decúbito lateral):

1. Bajar por completo el cabecero de la cama o dejarlo lo más bajo que tolere el paciente.

Las articulaciones que no se ejercitan desarrollan contracturas en tres a siete días, ya que los músculos flexores son más fuertes que los extensores. (Juall, 1994)

La posición semifowler aumenta la comodidad, mejora la ventilación e incrementa las posibilidades del paciente para relajarse y ser sociable. Previene el desarrollo de contracturas en flexión de las vértebras cervicales. (kozier, 1999)

2. Girar al paciente sobre el lado:
 1. para poder girar sobre el lado al paciente incapacitado, flexionar sus rodillas, de modo que no queden pegadas al colchón. Colocar una mano sobre la cadera y la otra sobre el hombro.
 2. dar la vuelta al paciente sobre su lado.
 3. Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello, asegurándose que el pabellón auricular no esté doblado.
 4. Colocar los brazos ligeramente flexionados. La parte alta del brazo se apoya sobre una almohada al nivel del hombro, el resto del brazo se apoya en el colchón.
 5. Colocar una almohada a lo largo de la espalda.
 6. Colocar una almohada debajo de la pierna semiflexionada que queda arriba, desde la ingle hasta el pie.

3. Realizar ejercicios físicos activos y pasivos una vez por turno de las 4 extremidades mediante los ejercicios siguientes:

Hombro:

Flexión: elevar el brazo desde el costado hacia delante, por encima de la cabeza.

La posición decúbito lateral constituye una postura cómoda para el paciente y elimina la presión sobre las prominencias óseas de la espalda. (Kozier, 1999)

Movilizar las articulaciones permite mejorar la rigidez o debilidad muscular; no obstante, un exceso de ejercicio puede acrecentar dolor. Es necesario consultar con el fisioterapeuta a fin de planificar un programa individualizado para el niño. (Morgan, 1993)

Extensión: volver con el brazo hasta colocarlo pegado al cuerpo.

Abducción: elevar el brazo lateralmente por encima de la cabeza, con la palma hacia abajo.

Aducción: bajar el brazo lateralmente y cruzarlo sobre el cuerpo tanto como sea posible.

Rotación interna: con el codo en flexión, rotar el hombro mediante un movimiento del brazo hasta que el dedo pulgar esté hacia adentro y hacia atrás.

Rotación externa: con el codo flexionado, mover el brazo hasta que el pulgar esté hacia arriba y en situación lateral con respecto a la cabeza.

Codo:

Flexión: inclinar el codo de manera que la parte inferior del brazo se desplaza hacia la articulación del hombro, colocándose la mano a la altura de éste.

Extensión: estirar el codo al mismo tiempo que baja la mano.

Hiperextensión: desplazar la parte inferior del brazo hacia atrás lo más posible.

Antebrazo:

Supinación: mover la palma hacia la cara medial del antebrazo.

Extensión: mover los dedos de manera que éstos, la mano y el antebrazo queden en el mismo plano.

Hiperextensión: tirar de la superficie dorsal de la mano hacia atrás lo más posible.

Flexión radial: inclinar la muñeca medialmente hacia el pulgar.

Flexión cubital: inclinar la muñeca en sentido lateral hacia el quinto dedo.

La inmovilidad prolongada y el deterioro de la función neurosensorial pueden producir contracturas permanentes. (Juall, 1994)

Dedos:

Flexión: cerrar el puño.

Extensión: estirar los dedos.

Hiperextensión: inclinar los dedos hacia atrás tanto como sea posible.

Abducción: separar los dedos entre sí.

Aducción: juntar los dedos entre sí.

Dedo pulgar:

Flexión: cruzar el pulgar sobre la superficie palmar de la mano.

Extensión: estirar el pulgar hacia fuera de la mano.

Abducción: extender el pulgar en sentido lateral (generalmente se realiza con los demás dedos en abducción y en aducción)

Aducción: mover el pulgar de nuevo hacia la mano.

Oposición: tocar con el pulgar cada uno de los otros dedos de la misma mano.

Cadera:

Flexión: mover la pierna hacia delante.

Extensión: mover la pierna hacia atrás, hasta la otra pierna.

Hiperextensión: mover la pierna hacia atrás.

Abducción: mover la pierna en sentido lateral, separándola del cuerpo.

Aducción: mover la pierna de vuelta hacia la posición medial y hacia delante si es posible.

Rotación interna: girar el pie y la pierna hacia la otra pierna.

Rotación externa: girar el pie y la pierna hacia fuera.

Circunducción: mover la pierna en círculo.

Los ejercicios de piernas favorecen el efecto de bombeo muscular sobre las venas profundas. (Juall, 1994)

<p><i>Rodilla:</i> Flexión: llevar hacia atrás el talón, hacia la parte posterior del muslo. Extensión: volver con el talón hasta el suelo.</p> <p><i>Tobillo:</i> Flexión dorsal: mover el pie de modo que los dedos apunten hacia arriba. Extensión plantar: mover el pie de manera que los dedos apunten hacia abajo.</p> <p><i>Pie:</i> Inversión: desplazar la planta del pie en sentido medial. Eversión: desplazar la planta del pie en sentido lateral.</p> <p><i>Dedos de los pies:</i> Flexión: encorvar los dedos de los pies hacia abajo. Extensión: estirar los dedos de los pies. Abducción: separar los dedos de los pies entre sí. Aducción: juntar los dedos de los pies.</p> <p>4. Consultar con el fisioterapeuta acerca de la utilidad de férulas. Establecer un horario de colocación y de retirar las férulas.</p>	<p>El paciente inmóvil corre el riesgo de desarrollar úlceras por presión: áreas localizadas de necrosis celular que tienden a aparecer cuando existe compresión tisular entre una prominencia ósea y una superficie plana, durante un tiempo prolongado si se evita una prolongada presión, se puede impedir la formación de úlceras por presión. (Juall, 1994)</p> <p>Las férulas se utilizan para prevenir contracturas. Deben retirarse de forma regular, para aliviar el dolor y prevenir el deterioro de la integridad cutánea. (Morgan, 1993)</p>
--	--

EVALUACIÓN: el preescolar se mantiene en dependencia crónica grado 6 ya que aún no moviliza adecuadamente el hemicuerpo izquierdo, requiriendo además de los ejercicios pasivos de amplitud de movimiento, la utilización de férulas para prevenir las contracturas y relajación de los músculos que no utiliza; durante la valoración y ejecución se contó no solo con el apoyo del personal de enfermería a cargo sino también de los profesionales en rehabilitación y sobre todo del cuidador primario quien finalmente es el encargado de realizar las acciones planeadas.

Valoración focalizada de la necesidad de: Descanso y Sueño.

DATOS SUBJETIVOS: el cuidador primario refiere que el preescolar duerme aproximadamente 11 horas en total, una siesta al día de aproximadamente 1 hora por las tardes, sin interrupción del mismo no necesita enseres para conciliar el sueño. Aunque durante la hospitalización tiene interrupciones del sueño por las actividades del personal de salud y los constantes cambios en el ambiente hospitalario (luces a toda hora, ruidos, etc.).

DATOS OBJETIVOS:

T/A: 90/65mmHg FC: 118x' FR: 30x' Temp.: 36.5°C

Ojos: parpado con piel íntegra, conjuntiva rojiza, irritada.

Durante la exploración se observa bostezos constantes así como verbalización de despertarse antes de lo deseado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del patrón de sueño: sueño interrumpido relacionado con cambios en el entorno físico manifestado por verbalización de despertarse antes de lo deseado, ojos irritados y bostezos.

Fecha de identificación: 28 noviembre 2005

fecha resolución: 09 enero 2006

OBJETIVO:

El preescolar dormirá de 10 a 12 horas en la medida de lo posible durante la noche, con el mínimo de interrupciones durante la hospitalización.

Nivel y grado de dependencia: nivel 3, ligera transitoria.

Fuente de la dificultad: física.

Prioridad: media.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de descanso y sueño una vez por día mediante: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interrogar patrón habitual de sueño, especificando horas de sueño y de despertar, horas de sueño imperturbado; calidad o satisfacción del sueño y hora y duración de las siestas. b) Rituales de cama realizados para ayudar a la persona a dormir. c) Ambiente del sueño (p.ej. habitación oscura, nivel de ruidos, luz de noche). d) Cambios recientes en el patrón de sueño o dificultad para dormir. e) Exploración física de: <ul style="list-style-type: none"> • ojos: zonas oscuras alrededor de éstos, párpados hinchados, conjuntiva enrojecida, ojos vidriosos o aspecto mate. f) Observar si durante la entrevista el preescolar se frota los ojos constantemente, bostezos frecuentes, comportamientos de irritabilidad o agitación. <p>2. Eliminar ruidos innecesarios durante el turno como: (interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Timbre de teléfonos celulares. b) Conversaciones privadas del personal cerca de la unidad del preescolar. c) Radios con volumen alto. d) Apagar sistemas de asistencia (aspiradores, nebulizadores, barboteadores) que no estén utilizando. 	<p>Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. El dormir y descansar físico y mental son necesidades básicas para el ser humano que si bien no ponen en riesgo la vida si influyen para aumentar los factores de riesgo de ciertas patologías ya sea perpetuando la enfermedad o bien favoreciendo la aparición de otras. (Riopelle, 1993)</p> <p>La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, incluye recolección, organización y validación de los datos provenientes de diversas fuentes de información con el fin de crear una base de datos sobre las respuestas de un cliente ante la salud o la enfermedad. (Kozier 1998)</p> <p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado, los niveles muy altos de ruido perjudican la audición e interfieren con el reposo y sueño, indispensable para la liberación de hormona de crecimiento, aumento de peso, entre otras. (Kozier, 1999).</p>

<ul style="list-style-type: none"> e) Evitar manejo brusco de objetos metálicos propios del área (carpetas metálicas, sillas, tripies) que ocasionan ruidos fuertes. f) Acudir oportunamente ante el sonido de las alarmas de los aparatos electromédicos. g) Evitar en lo posible, ruidos fuertes durante la realización de las acciones de enfermería con otros pacientes cercanos al preescolar. <p>3. Disminuir los ruidos ambientales propios del área mediante: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Disminuir el volumen del teléfono. b) Programar correctamente las alarmas de los aparatos que se estén utilizando. <p>4. Organización de las medidas asistenciales: (interdependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Agrupar las actividades asistenciales del equipo multidisciplinario en periodos breves y establecidos previamente. b) Mantener comunicación continua con el personal del área para respetar en lo posible los horarios establecidos. c) Respetar los horarios de descanso y sueño no interrumpiéndolas. 	<p>La disminución del ruido y la luz tienen efectos beneficiosos sobre el crecimiento y aumento de peso a corto plazo, disminuyen los días de hospitalización y favorecen el neurodesarrollo. (Fernández, 2006)</p> <p>La sobrecarga de estimulación y manipulaciones relacionadas con los cuidados muestra conductas de estrés en el paciente pediátrico, pueden ser señales físicas como irritabilidad, cara pálida, aumento de sensibilidad al dolor, malestar; y cambios fisiológicos como: enlentecimiento del pulso, disminución de la presión arterial. (Tamez, 2003) (Riopelle, 1993)</p>
--	---

EVALUACIÓN: el preescolar se mantuvo en dependencia ligera grado 3 durante un mes más desde que se detectó la alteración de la necesidad hasta el día en que se fue de alta a su domicilio y en la entrevista del 09 de enero se encuentra sin datos que apoyen la alteración en el patrón de sueño considerándolo en independencia, refiriendo además el cuidador primario que en casa duerme 12 horas durante la noche sin interrupción del mismo y una siesta de una hora diaria. Durante la hospitalización se cumplió parcialmente el objetivo, ya que en algunas ocasiones no fue posible llevar a cabo las acciones planeadas, considerando que en el cuarto donde estaba hospitalizado estaban 3 pacientes más que requerían medidas asistenciales diferentes a las del preescolar; sin embargo, cuando fue posible si se llevaron a cabo todas las intervenciones en colaboración con el personal involucrado.

Valoración focalizada de la necesidad de: Realización.

DATOS SUBJETIVOS: El cuidador primario refiere deseos de que su hijo se recupere pronto que pueda reintegrarse a la escuela, que aprenda cosas importantes para la vida y pueda ser independiente, ya que considera que es dependiente de ellos, no le gusta quedarse solo mostrándose irritable cuando despierta y no están cerca de él. Además se observa al cuidador primario (mamá) intranquila, angustiada y hasta cierto punto aprensible sobre los cuidados del preescolar, manifestando que los cuidados proporcionados no son los adecuados. Refiere además sentirse hasta cierto punto cansada por el tiempo que tienen en el hospital sin que su hijo tenga una mejoría evidente. Durante el día organizan una preposada para pacientes del hospital, a la cual no asiste el preescolar porque la mamá piensa que al salir de la habitación se enfermará de algo nuevo.

En cuanto al rol familiar refiere el cuidador primario que los dos progenitores se encargan de cuidar al preescolar, refiriendo que el papá en estos momentos se encuentra desempleado y los gastos derivados de la hospitalización son solventados con los ahorros familiares, por lo cual considera que el rol familiar está alterado.

El preescolar por su parte refiere sentirse bien de que sus padres estén junto a él, que está cansado de estar hospitalizado, refiere que desea ir a la escuela y tener amigos a parte de los que tiene en el hospital así como asistir a la preposada que se realiza en el hospital.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador primario relacionado con estancia hospitalaria prolongada del hijo.

Fecha de identificación: 07 diciembre 2005

Fecha de resolución: 09 enero 2006

OBJETIVO: El cuidador primario asimilará la enfermedad del preescolar y en la medida de lo posible se turnarán el cuidado entre ambos cuidadores primarios (padres) durante la hospitalización del preescolar.

Nivel y grado de dependencia: nivel 5, ligera transitoria.

Fuente de la dificultad: física y de conocimiento.

Tipo de prioridad: media.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de realización 1 vez por semana a través de: (Independiente)</p> <p>a) Entrevista con preguntas como: ¿Qué cambios ha observado en el aspecto y funciones de su hijo?, ¿Cómo ha reaccionado la familia ante estos cambios?, ¿de quien esta mas próximo en su familia?, ¿de quien esta mas distante en su familia?, ¿Cómo se siente ante la hospitalización de su hijo?</p> <p>b) Observación de señales no verbales como posturas corporales, movimientos, ademanes, tono del lenguaje, aspecto general de baja autoestima (espalda encorvada, falta de atención a la higiene o aseo, así como evitar el contacto visual, habla dubitativa o retraimiento en la interacción social.</p> <p>2. Alentar a los cuidadores primarios (mamá y papá) a turnarse cada semana el cuidado del preescolar mediante: (Independiente)</p> <p>a) De 7 a 20 horas estará la madre con el preescolar.</p> <p>b) De 20 a 7 horas estará el padre con el preescolar.</p> <p>3. Reconocer la preocupación de los padres y la necesidad de información mediante: (Interdependiente)</p> <p>a) Explorar los sentimientos de los padres respecto a los tratamientos.</p>	<p>La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, incluye recolección, organización y validación de los datos provenientes de diversas fuentes de información con el fin de crear una base de datos sobre las respuestas de un cliente ante la salud y la enfermedad. (Kozier 1999)</p> <p>El hacer que las personas allegadas participen en los cuidados indica aceptación del cliente. (Kozier 1999)</p> <p>La forma en la que los padres afrontan el estrés es el resultado de muchos factores, algunos luchan con la adversidad en cambio otros están acostumbrados a huir cuando se enfrentan al estrés. (Waechter, 1993)</p> <p>La expresión de sentimientos permite al cliente hacer frente a sus sentimientos y resolver los problemas.</p> <p>El proporcionar la información precisa reduce los conceptos erróneos, disminuye al mínimo los temores del cliente, y le ayuda a adaptarse a los cambios de su aspecto o de sus funciones.</p>

<ul style="list-style-type: none"> b) Alentar a los padres en la participación de los cuidados del niño. c) Explicar los procedimientos y tratamientos sugeridos. d) Responder a todas las preguntas de los cuidadores primarios o ayudarles a obtener respuestas. e) Repetir las veces que sea necesario la información. 	<p>El compartir preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos del cliente en cuanto a sentirse solo y abrumado por las situaciones estresantes. (Kozier 1999)</p>
---	---

EVALUACIÓN: el cuidador primario se mantuvo en dependencia ligera transitoria grado 3, durante la hospitalización se logró que los cuidadores primarios (papá y mamá) se turnarán el cuidado del preescolar evitando así el cansancio de los mismos, a la vez se logró que externarán sus preocupaciones a cerca de los procedimientos y tratamientos proporcionados; el día 09 de enero cuando es dado de alta y durante la valoración focalizada se observa al cuidador primario cooperador al interrogatorio, tranquilo y satisfecho con los cuidados proporcionados al preescolar refiriendo además que comprende la situación de la enfermedad de su hijo y esta conciente del pronostico de la misma.

Valoración focalizada de la necesidad de: Recreación.

DATOS SUBJETIVOS: al preescolar en estudio le gusta jugar con pelotas y carros, así como correr, además refiere sentirse aburrido y extrañar a su prima con quien siempre jugaba en casa. El juguete preferido es un camión de volteo que llena de otros juguetes y el juego de mesa preferido es la lotería. El programa favorito es el “chavo del 8”, aunque solo lo ve cuando los niños de la habitación quieren verlo también ya que solo hay una televisión y en la habitación hay tres niños más y no coinciden en las preferencias de programas. Le gustan los rompecabezas pero le disgusta no poder armarlos rápido.

DATOS OBJETIVOS: Preescolar de 4 años 8/12 de edad aparente igual a la cronológica con fascies de irritabilidad, llanto y poca convivencia con los otros niños con quienes comparte la habitación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración de las actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por verbalización de no poder realizar actividades habituales, llanto e irritabilidad.

Fecha de identificación: 28 de noviembre de 2005

Fecha de resolución: 10 de enero de 2006

OBJETIVO:

El preescolar participará en las actividades recreativas planificadas a través de los propios recursos y los del entorno durante la hospitalización.

Nivel y grado de dependencia: nivel 3 ligera, transitoria.

Fuente de la dificultad: física.

Tipo de prioridad: media.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de recreación una vez por semana mediante (Independiente):</p> <p>a) Observación de facies de: alegría, angustia, tristeza, preocupación, fatiga, aburrimiento o llanto. Postura, convivencia con otros niños, aislamiento, agresividad, participativo. Describir interés por juguete o algún juego. Características del área de juego.</p> <p>b) Interrogatorio: ¿Cuáles son los juegos que más te gustan?, ¿te gusta algún juguete en particular? ¿cuál?, ¿te sabes alguna canción? ¿cuál?, ¿te sabes algún cuento? ¿cuál es?, ¿te gusta jugar con otros niños?, ¿te gustan los rompecabezas?</p>	<p>La valoración del desarrollo de los niños se realiza en forma seriada, debido a que puede determinarse el progreso o regresión sólo después de un período de tiempo. (Marlow, 1990).</p> <p>La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, incluye recolección, organización y validación de los datos provenientes de diversas fuentes de información con el fin de crear una base de datos sobre las respuestas de un cliente ante la salud y la enfermedad. (Kozier 1999).</p> <p>A la edad de 3 años la coordinación crece y su imaginación también, sus habilidades se ponen al servicio del juego simbólico, que en esta etapa predomina, mezclándose con el de cooperación. Es creador e imaginativo. (Cuminsky, 1986).</p>

<p>2. Elaborar un listado de actividades entre las que pueda elegir: colorear dibujos, armar rompecabezas, jugar lotería, jugar dominó, escuchar la radio, ver televisión; planificando las actividades diarias e intercalar periodos de descanso, actividad y ocio de acuerdo a las preferencias del preescolar. (Independiente)</p>	<p>Los preescolares se entretienen con algunos programas de televisión y con frecuencia participan en juegos médicos si se les da el material para ello. (Slota, 2000).</p>
<p>3. Pedirle al cuidador primario que le traiga de casa sus juguetes favoritos, pero evitando abrumarle con un exceso de ellos. (Independiente)</p>	<p>Aún cuando un niño no pueda jugar de inmediato con sus juguetes favoritos, tenerlos a la vista le ayudará a sentirse mejor. (Lewandowski, 1992)</p>
<p>4. Evaluar conjuntamente con el cuidador primario la adecuación de las actividades elegidas y el grado de distracción y placer que proporcionan. (Independiente).</p>	<p>Las investigaciones demuestran que la angustia de los padres disminuye cuando se les toma en cuenta en la planeación de los cuidados generales del niño. (Curley y Wallace, 1992).</p>

EVALUACION. El preescolar se mantuvo en dependencia ligera 3 transitoria durante la hospitalización, con las intervenciones planeadas se logro que participará en las actividades de iluminar dibujos, jugar a la lotería y lotería; estableciéndose un patrón de juegos y descanso durante el día; al mismo tiempo se logró integrar al preescolar a las actividades del programa establecido en el hospital llamado “la ciudad de los niños” en el que realizó trabajos manuales como elaboración de móviles y rompecabezas de 8 piezas. El día 09 de enero de 2006 al realizar la valoración focalizada de la necesidad de recreación se encuentra en independencia.

Valoración focalizada de la necesidad de: Aprendizaje.

DATOS SUBJETIVOS: refiere el cuidador primario que en la historia de desarrollo el preescolar se sentó a los 7 meses de edad, camino al año 7 meses, aún no se ata los zapatos, monta bicicleta aun con apoyo de las dos ruedas traseras extras. En cuanto al desarrollo del lenguaje comenzó a balbucear entre los 5 y 7 meses, dijo las primeras palabras articuladas a los 2 años.

DATOS OBJETIVOS: se observa al preescolar en cama de hospitalización, vistiendo pijama hospitalaria coloreando libro de dibujos proporcionado por el programa “la ciudad de los niños”; durante la entrevista la mamá refiere sentirse inconforme con las intervenciones que realizan a su hijo considerando que algunas veces no entiende porque “tantos piquetes” y muestras de sangre, y que muchas veces no le explican el motivo de los procedimientos; observándose molesta ante esta situación. Referente a la exploración focalizada de la necesidad de aprendizaje en el preescolar no se encontró alteración alguna.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Dependencia en el aprendizaje del cuidador primario relacionado con desconocimiento sobre el tratamiento manifestado por falta de familiaridad con las medidas de asistencia.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

fecha de resolución: en proceso

OBJETIVO: explicar al cuidador primario todas y cada una de las intervenciones realizadas para restaurar la salud del preescolar durante la hospitalización.

Nivel y grado de dependencia: nivel 3 ligera transitoria.

Fuente de la dificultad: falta de conocimiento.

Tipo de prioridad: baja

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración de la necesidad de aprendizaje en el cuidador primario una vez por semana mediante: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interrogatorio sobre la percepción del problema de salud, así como la comprensión de las intervenciones realizadas para restaurar la salud. b) Observación de actitudes ante la realización de algún procedimiento (toma de glucosa periférica, toma de laboratorios, etc.) <p>2. Identificar la necesidad de información de los padres mediante: (Interdependiente)</p>	<p>La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. (Alfaro, 2005)</p> <p>Los padres necesitan saber el pronóstico para el futuro del niño.</p>

<p>a) Explicar procedimientos y tratamientos sugeridos.</p> <p>b) Responder a todas las preguntas de los cuidadores primarios o ayudarles a obtener respuestas.</p> <p>c) Repetir la información cuantas veces sea necesario.</p> <p>d) Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del cuidador primario y el punto de vista del equipo de salud y darle repuesta.</p> <p>3. Identificar expresiones no verbales de necesidad de aprendizaje como: expresión facial de enojo, ira o ansiedad. (independiente)</p> <p>4. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedirles que digan donde estarán cuando no están en el hospital y como contactarlos. • Preguntarles como sienten que el niño está evolucionando. Reconocer los buenos cuidados que recibe el niño de su familia. • Preguntarles que dijo el médico. Después de responder tratar de ver si entendieron o si sus respuestas fueron inadecuadas. <p>5. Pedir al cuidador primario anote y repita la información proporcionada.</p>	<p>Cuando los padres no tienen idea del pronóstico del niño la ansiedad con respecto a su salud y a su futuro aumentará. (Waechter, 1993).</p> <p>Los gestos han sido el primer medio de comunicación entre los seres humanos; acompañan a nuestras palabras o en su caso las reemplazan. Además el cuerpo entero por su tensión o posición expresa lo que sentimos. (Phaneuf, 1999)</p> <p>La confianza es indispensable para fomentar la comunicación. (Phaneuf, 2001)</p> <p>Algunos padres quieren que se les avise de cualquier cambio positivo o negativo del niño. Esto fortalecerá la relación de confianza entre la enfermera y los padres. Los familiares del niño pueden detectar cambios sutiles en la evolución de la enfermedad, esto les hace sentir que son importantes para el cuidado del niño. (Slota, 2000)</p> <p>Al tener conocimiento de lo que los padres saben de la enfermedad por parte de los médicos la enfermera podrá evaluar como los padres están entendiendo la situación del niño. (Slota, 2000)</p> <p>El compromiso activo del cliente en el proceso de aprendizaje hace más útil y facilita la capacidad de retención. (Kozier, 2002)</p>
---	---

EVALUACION: durante la hospitalización del preescolar se logró que el cuidador primario aceptará y comprendiera los procedimientos realizados al preescolar, permitiendo en la medida de lo posible su participación, por otra parte se contó con el apoyo del personal de salud a cargo del preescolar quienes respondieron a las preguntas del cuidador primario y

refirieron en su momento con el personal experto para responder a la inquietud expresada por éste; esta necesidad se encuentra aún en dependencia 3 ligera transitoria valorada el día 07 enero de 2006 puesto que el preescolar iniciará radioterapia y nuevamente las hospitalizaciones para quimioterapia por lo que estará ante nuevos procedimientos.

Valoración focalizada de la necesidad de: Eliminación.

DATOS SUBJETIVOS: el cuidador primario “mamá” refiere que el preescolar micciona 6-7 veces al día, orina de color amarillo ámbar sin dolor a la micción. Presenta evacuaciones de consistencia formada color verde 1-2 veces al día, sin dolor al evacuar.

DATOS OBJETIVOS:

Nariz: con presencia de sonda nasogástrica 12Fr en narina izquierda drenando líquido biliar en cantidad de 50ml aproximadamente.

Abdomen: plano con herida quirúrgica dehiscente en línea media, drenando material serohemático; a la auscultación ruidos intestinales disminuidos en número e intensidad. A la percusión sonido timpánico en región epigástrica. A la palpación piel hidratada e icterica, refiere dolor a la palpación media en cuadrante superior derecho.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de disminución de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por sonda nasogástrica.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

fecha de resolución: 26 diciembre de 2005

OBJETIVO: el preescolar conservará un balance hidroelectrolítico adecuado con las medidas preventivas planeadas durante la estancia hospitalaria.

Nivel y grado de dependencia: nivel 6 total transitoria.

Fuente de la dificultad: física.

Tipo de prioridad: alta

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Evaluar la necesidad de eliminación al inicio de la recolección de datos y posteriormente una vez por turno a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interrogatorio de: volumen, patrones de eliminación urinaria y fecal, frecuencia y características de la orina y de las evacuaciones. b) Observación de presencia de estomas o sondas, características y cantidad de líquido drenado. c) Toma de signos vitales una vez por turno de: frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura. d) Peso diario. e) Evaluar las características físicas de la orina a través de la observación del color, olor y cantidad de orina. f) Evaluar las características químicas de la orina por medio de la valoración cualitativa a través de tira reactiva de labstix para determinar densidad urinaria, Ph y presencia de eritrocitos microscópicos entre otros. <p>2. Vigilar la aparición de signos clínicos de deshidratación (oliguria, piel seca, turgencia de la piel, ojeras) y de hiperhidratación (disminución de la densidad urinaria y posibles signos de insuficiencia cardiaca congestiva, lo que incluye taquicardia, ritmo de galope y crepitantes pulmonares).</p>	<p>La valoración de enfermería consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Se define como el proceso organizado y sistematizado de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente. (Iyer y cols., 1999)</p> <p>Los signos de deshidratación o de hiperhidratación deben poner sobre aviso a la enfermera respecto a la necesidad de instaurar un tratamiento adecuado para corregir el déficit o exceso de líquidos del niño. (Morgan, 1990)</p>

<p>3. Reponer las pérdidas de líquidos por la sonda nasogástrica según características e indicación médica: a) reponer al 100% con solución hartman si el líquido es biliar y al 100% con solución fisiológica si es gástrico.</p>	<p>El aporte de líquidos por vía intravenosa permite restituir los líquidos y electrolitos perdidos a través de los vómitos y del proceso de deshidratación. (Morgan, 1990)</p>
---	---

EVALUACION: el preescolar mantuvo un balance hídrico adecuado sin presentar signos de deshidratación o hiperhidratación requiriendo reposiciones con solución hartman según características del líquido drenado por sonda nasogástrica, en la siguiente valoración focalizada del día 26 de diciembre de 2005 se encontró en independencia en la necesidad de eliminación por el hecho de haber retirado la sonda nasogástrica, realizando micciones y evacuaciones sin molestias y en características normales; todo lo anterior sin alteración hemodinámica. Durante la realización de las intervenciones se comento con el equipo de salud involucrado en la atención del preescolar sobre los cambios que éste presentó.

Valoración focalizada de la necesidad de: Seguridad y Protección.

DATOS SUBJETIVOS: el cuidador primario (mamá) refiere que el preescolar presenta dehiscencia de herida quirúrgica el 31 de octubre de 2005 por lo cual es hospitalizado en urgencias de éste hospital, presentando salida de material serohemático de la herida, así como último ciclo de quimioterapia del 28 de septiembre al 02 de octubre de 2005 con vincristina, ciclofosfamida y VP-16; es ingresado a hospitalización para cierre de pared abdominal con colocación de bolsa bogotá. Colocan sonda nasogastrica para descompresión gástrica y acceso venoso central en yugular externa derecha para infusión de Nutrición Parenteral Total y Lípidos.

DATOS OBJETIVOS: Se observa a preescolar con pérdida de la integridad cutánea por presencia de herida quirúrgica dehiscente con salida de material serohemático en cantidad de 30-40ml, así como sonda nasogástrica rígida 12Fr en narina izquierda drenando líquido biliar. Acceso venoso central en yugular externa derecha para infusiones de Nutrición Parenteral Total y Lípidos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de infección sistémica relacionado con procedimientos invasivos (cirugía abdominal, catéter central, sonda nasogástrica).

Fecha de identificación: 28 noviembre 2005

Fecha de resolución: en proceso.

OBJETIVO: el preescolar se mantendrá libre de infección mediante actividades preventivas durante su estancia hospitalaria

Nivel y grado de dependencia: nivel 6 total transitoria.

Fuente de la dificultad: física.

Tipo de prioridad: Alta

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>1. Valoración de la necesidad de seguridad y protección una vez al día mediante: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">a) Observación de datos de infección en sitio de inserción de catéter central.b) Toma de signos vitales una vez por turno de: T/A, FC, FR, Temp.c) Exploración física una vez al día de: habitus exterior y piel. <p>2. La enfermera realizará lavado de manos antes y después de tener contacto con los pacientes bajo la siguiente técnica: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">a) Retirar anillos y reloj.b) Abrir grifo del agua.c) Mojarse las manos.d) Aplicarse jabón.e) Lavarse las manos primero las palmas de las manos, luego los espacios interdigitales, uñas y dorso de la mano.	<p>La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye recogida, organización y validación de datos. (Kozier, 1998)</p> <p>El lavado de manos es la estrategia aislada más importante para evitar la transmisión de la infección. (Whaley & Wong, 1993)</p>

<p>f) Enjuagarse y secarse en la misma forma que se enjabono.</p> <p>g) Cerrar el grifo de agua protegiéndose las manos con una toalla de papel.</p> <p>3. La enfermera realizará curación de catéter cada 7 días bajo la siguiente técnica: (independiente)</p> <p><i>Material y equipo:</i></p> <p>Cubre bocas Guantes estériles Alcohol etílico 70% Gasas estériles medianas (6piezas), chicas (3piezas) Iodopovidona solución Aplicadores (3 piezas) Apósito adhesivo transparente Tijeras Torundas de alcohol Riñón estéril</p> <p><i>Técnica:</i></p> <p>a) Lavado de manos, previamente</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Preparación del material y equipo, y trasladarlo a la unidad del paciente. b. Preparación física y psicológica del paciente. c. Colocarse y colocar cubrebocas al paciente. d. Lavado de manos. e. Remover la curación anterior con alcohol. f. Observar algún cambio importante como es: coloración, aspecto de la piel, evidencia de sangrado o datos de infección (secreción purulenta). g. Abrir el equipo. h. Calzarse un guante con la mano diestra. 	<p>El uso adecuado de material estéril, barreras de protección y lavado de manos son métodos mediante los cuales la enfermera controla la propagación de microorganismos. (Perry y Potter, 2003)</p>
--	--

<p>i. Humedecer los hisopos y realizar asepsia y antisepsia, tres tiempos con alcohol y tres tiempos con iodopovidona del punto de inserción a la periferia con movimientos rotatorios.</p> <p>j. Colocar una gasa seca en el sitio de inserción por un minuto (para que actúe la iodopovidona).</p> <p>k. Realizar el cambio de guantes y retirar con la gasa el exceso de iodopovidona.</p> <p>l. Colocar una gasa pequeña por debajo del sitio de inserción del catéter y otra por encima.</p> <p>m. Coloque el apósito adhesivo, ponerle fecha de curación y nombre de la persona que efectuó el procedimiento.</p> <p>n. Retirar el equipo.</p> <p>o. Dejar cómodo al paciente.</p> <p>p. Retirarse y desechar cubrebocas.</p> <p>q. Lavado de manos.</p> <p>4. La enfermera realizará curación de la herida quirúrgica dehiscente dos veces al día bajo la siguiente técnica: (independiente)</p> <p><i>Material:</i></p> <p>Gasas estériles.</p> <p>Iodopovidona espuma.</p> <p>Agua estéril.</p> <p>Guantes estériles.</p> <p>Cubrebocas.</p> <p>Cinta micropore.</p> <p><i>Técnica:</i></p> <p>a) Lavado de manos previamente.</p> <p>b) Reunir el material y equipo y llevarlo a la</p>	<p>Las heridas quirúrgicas deben curarse con antiséptico dos veces al día, con cambio de los apósitos para mantenerlas limpias y secas. (Aguilar, 2003)</p>
---	---

<p>unidad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Preparación física y psicológica del paciente. d) Colocación de cubrebocas al paciente y la enfermera. e) Abrir equipo estéril. f) Remover curación anterior. g) Calzarse guante en mano diestra. h) Realizar lavado de herida siguiendo las reglas universales “del centro a la periferia”, “de lo sucio a lo limpio” en tres tiempos con iodopovidona espuma, dejar gasa seca por un minuto. i) Cambiarse guante y retirar gasa y excedente de iodopovidona. j) Colocar gasa estéril seca y parche de micropore. k) Retirar el equipo. l) Dejar cómodo al paciente. m) Retirar y desechar cubrebocas. n) Lavado de manos. <p>5. Monitorizar cada quince días valores de laboratorio (elevación del recuento leucocitario, análisis de orina, hemocultivo) (dependiente)</p>	<p>Los datos de laboratorio tales como glóbulos blancos, eritrocitos, neutrófilos, linfocitos, monolitos, cultivo de orina, sangre y heridas pueden revelar una infección. (Perry y Potter, 2003)</p>
---	---

EVALUACION: el preescolar luego de 2 meses de hospitalización presentó sepsis a pesar de que se cumplió con todas las medidas para evitar infecciones antes descritas pasando a un nivel de dependencia total crónica grado 6. El manejo del catéter venoso central se manejó con técnicas de asepsia y antisepsia según protocolo descrito. En general todo el equipo que estaba en contacto con el niño manejó las medidas para la prevención de infecciones nosocomiales. El diagnóstico paso a ser real en el seguimiento del 09 enero de 2006.

Valoración focalizada de la necesidad de: Termorregulación.

DATOS SUBJETIVOS: se observa al preescolar vistiendo pijama hospitalaria de algodón acorde con el clima.

DATOS OBJETIVOS:

Temperatura axilar: 36.5°C

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Independencia en la necesidad de termorregulación.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

Tipo de prioridad: baja

OBJETIVO: el preescolar mantendrá adecuada temperatura durante su hospitalización.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>1. Valoración de la necesidad de termorregulación una vez por turno mediante: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">• Inspección de:<ul style="list-style-type: none">a) Cloración de la pielb) Presencia de diaforesis.• Medición de signos vitales:<ul style="list-style-type: none">a) Temperatura.b) Presión arterial.c) Frecuencia cardiaca.d) Frecuencia respiratoria.• Exploración física que incluya habitus exterior. <p>2. Sugerir al cuidador primario y el preescolar uso de ropa según características del clima como: (independiente)</p> <p><i>En caso de calor:</i> Ropa ligera y holgada. Ropa de colores claros.</p>	<p>Al realizar la recolección de los datos a través del método clínico, la medición de signos vitales y la observación, permite que la enfermera observe las diferentes manifestaciones de independencia y dependencia del individuo y las interacciones de esta necesidad con otras necesidades. (Phaneuf,1999)</p> <p>Desde el punto de vista económico y medioambiental, el lugar de residencia, el clima, la calefacción y la climatización constituyen factores importantes de modificación de la temperatura. (Phaneuf, 1999)</p>

<p>Camisetas de algodón. Pantalones y calcetines delgados. <i>En caso de frío:</i> Ropa de colores oscuros. Ropa de lana. Playeras o camisas de manga larga.</p> <p>3. Enseñar al cuidador primario y al preescolar las medidas para conservar un medio ambiente propicio para mantener la normotermia como: (independiente)</p> <ol style="list-style-type: none"> Habitación ventilada. Libre de humedad. Habitación ventilada. <p>4. Enseñar al cuidador primario y al preescolar acciones para evitar el aumento de la temperatura corporal tales como: (independiente)</p> <ol style="list-style-type: none"> Actividades vigorosas. Cambios bruscos de temperatura. Ejercicio muscular intenso. <p>5. Sugerir al preescolar y cuidador primario mantener hidratación como medida para conservar la normotermia. (independiente)</p>	<p>Una habitación cómoda y fresca aumenta la eliminación de calor y la ventilación para aumentar la circulación del aire. (Du Gas, 2000)</p> <p>Durante el ejercicio la temperatura aumenta por la producción de calor por los músculos esqueléticos (músculo estriado). Es posible que el ejercicio muscular intenso lo eleve hasta en 2.2 grados. (Du Gas, 2000)</p> <p>En comparación con los adolescentes y adultos, los niños producen más calor con relación a la masa corporal durante actividades como caminar y correr, tienen una capacidad de sudoración baja y su temperatura corporal se eleva a un ritmo más alto durante la deshidratación. (Oder B. Online, 2006). Darle a un niño abundantes líquidos evita la deshidratación y ayuda que el cuerpo mantenga la temperatura por su propia cuenta. (Familydoctor. Org. Online, 2006)</p>
---	--

EVALUACION: el preescolar se mantuvo en independencia de la necesidad de termorregulación corroborada después de 4 seguimientos, se evaluó también con el cuidador primario la comprensión de la información proporcionada para mantener la eutermia.

Valoración focalizada de la necesidad de: Higiene

DATOS SUBJETIVOS: el preescolar participa colabora cada vez que se realiza el baño.

DATOS OBJETIVOS: se observa la piel del niño limpia, alopecia secundaria. Narinas permeables sin presencia de secreciones. Orejas con poco cerumen y las uñas cortas y limpias. Ropa de cama limpia. Realizan el baño de esponja diario con jabón.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Conducta generadora de salud sobre la higiene.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

Tipo de prioridad: baja

OBJETIVO: el preescolar mantendrá adecuada higiene corporal durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar diariamente la necesidad de higiene a través de: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">b. Inspección de la piel examinando color, textura, grosor, turgencia, temperatura e hidratación.c. Examinar en el cabello color, textura, elasticidad, distribución y limpieza.d. Inspeccionar las estructuras del oído externo observando si hay presencia de cerumen acumulado, inflamación local o dolor; así como también las fosas nasales verificando si hay signos de inflamación, secreciones, lesiones o edema.e. Inspeccionar las uñas del niño tomando en cuenta el tamaño y limpieza.	<p>Por medio de una valoración exhaustiva se puede obtener toda la información necesaria para conocer los hábitos de higiene de la persona, así como su actitud hacia el aseo y el aliño. (Du Gas, 2000)</p>

<p>2. Realizar baño de esponja diario considerando lo siguiente: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invitar a la madre del preescolar al baño si lo desea. • Utilizar agua entre los 38 y 40°C aproximadamente, comprobar la temperatura del agua con el codo. • Utilizar jabón con pH neutro. • Realizar el baño siguiendo el orden cefalocaudal, haciendo movimientos suaves que permitan limpiar adecuadamente cada región, colocando especial atención en las orejas, pliegues cutáneos, cuello, espalda y región genital. Luego secar con cuidado. <p>3. Cortar las uñas de las manos cada semana y de los pies cada quince días con una tijera para cortar uñas y luego limar. (independiente)</p> <p>4. Enseñar al cuidador primario la técnica de aseo de dientes debiendo realizarla 3 veces al día. (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpieza con cepillo de cerdas suaves humedecido con agua o pasta dental fluorurada (cantidad de una gota) • Cepillar primero las superficies interiores del diente donde la placa se acumula más. Incline las cerdas hacia la encía. Cepille suavemente hacia delante y hacia atrás. • Coloque el cepillo de modo que las cerdas están sobre la superficie de masticación de los dientes. Cepille suavemente en movimientos rotatorios. 	<p>El realizar el baño de esponja proporciona limpieza y comodidad, ayuda a eliminar microorganismos y exploración de la piel. (Wieck L, King M, 1988)</p> <p>Las uñas crecen aproximadamente 0.5mm por semana, creciendo más rápidamente las uñas de las manos que las de los pies. (Perry y Potter, 2003)</p> <p>La cavidad oral debe asearse para evitar la proliferación de bacterias, halitosis así como infecciones y abscesos. (Du Gas, 2000)</p>
---	--

EVALUACIÓN: el preescolar mantuvo una adecuada higiene personal durante su hospitalización, manteniendo la independencia en la necesidad de higiene. El personal de enfermería realizaba baño de esponja a diario con la participación del cuidador primario (mamá). Se realizó cambio diario de ropa de cama, contando con el material necesario para el cuidado de la higiene personal.

Valoración focalizada de la necesidad de: Comunicación.

DATOS SUBJETIVOS: El cuidador primario refiere que el preescolar dijo sus primera palabras alrededor de los 2 años, que actualmente se expresa claramente sin ninguna dificultad.

DATOS OBJETIVOS: al momento de la valoración se encuentra sin ningún dato de alteración en la necesidad de comunicación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conducta generadora de salud sobre la comunicación.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

Tipo de prioridad: baja

OBJETIVO: el preescolar mantendrá independencia en la necesidad de comunicación mediante orientación de patrones ideales de comunicación y que fortalezcan a ésta, durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
1. Valoración de la necesidad de comunicación cada semana mediante: <ul style="list-style-type: none"> • Observación de: expresión facial (gestos, tristeza, llanto, etc.), si presenta alteraciones del habla. • Interrogatorio con el preescolar y el cuidador primario sobre inicio del habla, alteraciones para éste. 	La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. (Alfaro, 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física de los sentidos: <ol style="list-style-type: none"> a) Ojos: medición de la agudeza visual y campimetría. b) Oídos: realizar <i>prueba de Rinné</i> compara la audición ósea y aérea. Con diapasón (de 512Hz) en mastoides (ósea), cuando deja de oírlo se coloca 1-2 cms del conducto auditivo externo, si todavía la oye=Rinné (+) normal; si ya no lo oye=Rinné (-) anormal. <i>Prueba de Weber</i> explora y compara la conducción ósea en ambos oídos. Se coloca un diapasón vibrante en el vértex, la frente o los dientes incisivos; normalmente la percepción en ambos oídos deberá ser igual. <i>Prueba de Schwabach</i> compara la duración de la conducción ósea con la de un oído normal. c) Boca. <p>2. Sugerir al cuidador primario leer cuentos que narren experiencias diarias (por ejemplo: los tres cochinitos, al preescolar y escuchar música cuyo ritmo pueda acompañar (por ejemplo: canciones de cri-cri).</p> <p>3. Enseñar al preescolar el juego de voces de animales que consiste en: <i>Material:</i> Figuras o dibujos de animales <i>Juego:</i> <ol style="list-style-type: none"> a) seleccionar una tarjeta con el dibujo de un animal y pídale al niño que imite la voz del animal. Ejemplo: vaca, me; pato, cua-cua. </p> 	<p>Los cuentos que interesan a los niños en edad preescolar ilustran sus experiencias cotidianas. Si la trama es sencilla, debe relacionarse con lo que comprendan para mantener su interés. También disfrutan de la música; les gustan los discos cuyo ritmo puedan acompañar, así como instrumentos sencillos que pueden agitar o golpear. (Shulte, 1999)</p> <p>El juego de voces de animales estimula el desarrollo sensorial: discriminación auditiva. (Collado, 2004)</p>
---	--

<p>b) Imitar las voces y muéstrele la tarjeta del animal para que el niño repita la voz.</p> <p>4. Estimular la imaginación a través del juego a imitar a su personaje favorito, pidiendo al preescolar exprese las ideas del juego.</p> <p>5. Realizar el juego de plantillas una vez por semana que consiste en:</p> <p><i>Material:</i> Fólder. Páginas blancas. Crayones.</p> <p><i>Juego:</i></p> <p>a) dibujar en una cara del fólder formas de figuras geométricas o vocales y recortarlas.</p> <p>b) Colocar las páginas blancas dentro del fólder.</p> <p>c) Ofrecer crayones al niño y pedirle que dibuje las figuras usando las plantillas, repitiendo la forma o la letra de la vocal que esta trazando.</p>	<p>El niño en edad preescolar es imaginativo y le gusta fingir que es bombero o vaquero. Mucho tiempo de juego lo pasan simulando ser alguien más, e incluso pueden tener un amigo imaginario. (Shulte, 1999)</p> <p>El juego de las plantillas permite al niño de 54-60 meses estimular el desarrollo de la coordinación fina y el lenguaje. (Collado,2004)</p>
--	--

EVALUACIÓN: el preescolar se mantuvo en independencia en la necesidad de comunicación después de 4 seguimientos, se contó además con el apoyo del programa “la ciudad de los niños”, quienes proporcionaron material didáctico para la realización de las actividades planeadas así como algunas más que este programa implementa y que esta encaminado a estimular el desarrollo sensorial y de lenguaje.

Valoración focalizada de la necesidad de: Vestido y desvestido

DATOS OBJETIVOS: el preescolar usa ropa que le trae la mamá como camisetas, pantalones, playeras, pijamas, etc. Se observa la ropa en buen estado y limpia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Conducta generadora de salud en el vestido y desvestido.

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

Tipo de prioridad: baja

OBJETIVO: el preescolar utilizará ropa adecuada y colaborará al desvestirse y vestirse de acuerdo a su desarrollo para la edad mediante la asistencia y participación del cuidador primario durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
6. Valoración de la necesidad de vestido y desvestido una vez por turno mediante: (independiente) <ul style="list-style-type: none">• Inspección de coloración de la piel, tipo de vestimenta, tipo de tela, tamaño.• Observar si la ropa le permite movimientos con facilidad.	Al admitir a un paciente, hay que verificar que su ropa sea cómoda, si esta protegido adecuadamente contra el frío y si esta preparado para la exploración. (Henderson, 1988)
7. Utilizar siempre que sea posible la ropa que la madre le lleva al preescolar. (independiente)	Por su valor emocional debe procurarse que el paciente use ropas normales y se le conserve bien arreglado. (Henderson, 1988) Cuando un paciente está hospitalizado una de las obligaciones de la enfermera es ver si la ropa es cómoda y lo protege adecuadamente del frío. (Henderson, 1988)
8. Recomendar a la madre las siguientes características de la ropa: (independiente) <ul style="list-style-type: none">• Que sea lo suficientemente holgada para favorecer los movimientos espontáneos.	Es preferible el algodón o algún otro material suave que permita la transpiración de la piel. (Einsenberg, 2001)

<ul style="list-style-type: none"> • Que sea fácil de colocar • Que le brinde suficiente abrigo. • Evitar materiales sintéticos. • Aberturas holgadas para la cabeza, que tenga mangas anchas. • Los zapatos deben ser suaves, cómodos y de tamaño adecuado para los pies. <p>9. Orientar a la madre el tipo de ropa a utilizar dependiendo del tipo de clima: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En tiempo caluroso: deberá usar ropa de color claro, las telas deberán ser ligeras, de secado rápido y mantener un poco de aire entre sus tramas. • En tiempo de frío: usar ropa de colores oscuros y no es necesario abrigarlo en forma exagerada. <p>5. Cada vez que se vista al preescolar enseñarle el nombre de la ropa que se le está colocando y la forma en la que se coloca. (Independiente)</p>	<p>En tiempo de calor la ropa de color claro refleja los rayos infrarrojos. En tiempo de frío demasiado abrigo puede traer consecuencias indeseables como salpullido. (Einsenberg, 2001)</p> <p>Los niños a partir de las cuarenta semanas de conducta adaptativa poseen la suficiente capacidad analítica para separar un detalle del resto y considerarlo por separado. (Gesell, 1987)</p>
--	--

EVALUACION: el preescolar mantuvo independencia en la necesidad de vestido y desvestido contando en todo momento con ropa limpia, de acuerdo al clima. Se trato en todo momento de que utilizará la ropa que traía la mamá de casa, se favoreció el aprendizaje del vestido y desvestido de acuerdo a su edad, logrando que se abotonará la camisa y distinguir entre pie derecho e izquierdo.

Valoración focalizada de la necesidad de: Creencias y Valores.

DATOS SUBJETIVOS: refiere el cuidador primario que profesan la religión católica, acude a misa cada domingo con su esposo e hijo, tiene imágenes en la cabecera de la cama y un lugar destinado para hacer oraciones (“altar”) con imágenes de santos; le enseña a su hijo lo que es bueno y malo de acuerdo a sus valores como respeto, honestidad, amor, fidelidad, etc.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Potencial de aumento del bienestar espiritual

Fecha de identificación: 28 noviembre de 2005

Tipo de prioridad: baja

OBJETIVO: fortalecer valores y creencias de la familia por medio de actividades que realizarán durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. La enfermera colaborará con la familia a continuar con sus valores y creencias durante la hospitalización del preescolar: (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ofrecer a la familia la oportunidad de profundizar en sus emociones y de expresarlas libremente.• Identificar, fomentar y reforzar las capacidades y aspectos positivos de la familia.• Propiciar momentos de intimidad y brindar compañía cuando la persona/familia lo requiera, organizando los cuidados de forma que dejen tiempo libre para la meditación y la oración.• Ayudar a cumplir en la medida de lo posible los preceptos y prohibiciones religiosas y facilitar que tenga consigo los objetos de culto que desee; imágenes, lecturas, artículos personales tales como: escapularios, rosarios, crucifijos, etc.	<p>La disponibilidad de la enfermera y su presencia junto al paciente y familia reafirma su interés y confianza para percibir la importancia de sus valores y creencias. (Kozier, 1999)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el contacto con la persona o personas que puedan ayudar a reforzar la paz espiritual (sacerdote, pastor, etc.) <p>2. Informar al cuidador primario a cerca de los recursos religiosos con los que cuenta el hospital: (independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acudir a misa en el oratorio del primer piso del hospital, los domingos a las 12 horas. • Meditar, realizar plegaria individual o lectura de textos bíblicos en el oratorio del primer piso del hospital a cualquier hora. • Flexibilizar el horario en lo posible y potenciar las visitas de las personas identificadas como soporte. 	<p>Los sistemas de apoyo, como la familia, los amigos y la iglesia y otros medios comunitarios ayudará a que la familia permanezca unida e intacta y permite a la persona aceptar, darle fuerza, esperanza y a darle sentido a la vida con resolución y agrado. (Kozier, 1999)</p>
--	--

EVALUACION: el preescolar permanece en independencia en la necesidad de creencias y valores durante la hospitalización, el cuidador primario comenta que sus prácticas religiosas se han hecho mas constantes a pesar de estar hospitalizado inculcan en el preescolar el hábito de rezar por las noches. Se contó con el apoyo del personal a cargo del preescolar quienes permitieron momentos de intimidad para la espiritualidad y no realizaban actividades durante esos momentos.

3. Resultados

Se identificaron 9 necesidades con manifestaciones de dependencia al inicio de este estudio de caso, siendo las más afectadas la necesidad de oxigenación, nutrición, movimiento y postura, y seguridad y protección.

Con respecto a la necesidad de oxigenación el niño presentaba dependencia total transitoria cuando estuvo en fase 3 de ventilación por lo cual esta necesidad produjo problemas a su vez con las necesidades de alimentación, seguridad y protección y comunicación; relacionando los resultados obtenidos con el estudio de caso realizado por Espinosa y Franco a un lactante mayor con neumonía, aunque la patología de base es diferente en estos casos ambos tienen alteración de la necesidad de oxigenación y en los dos se aplican los conceptos de Virginia Henderson determinando el grado de dependencia de la necesidad así como la interacción con las otras necesidades. El preescolar posterior al plan de intervenciones especializado pasó de un nivel de dependencia a un nivel de independencia grado 1.

El preescolar presentaba peso por debajo de percentil 50 para la edad y sexo, recibía nutrición parenteral total a través de catéter venoso central. A pesar de que posteriormente se inició la vía oral el preescolar rehusaba la dieta por falta de voluntad. La alteración de esta necesidad interfirió con las necesidades de oxigenación, seguridad y protección, recreación y aprendizaje; los resultados obtenidos se correlacionan con el estudio de caso de atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre en el cual la alteración de la necesidad de nutrición favorece a la alteración de otras necesidades como la de oxigenación, movimiento y postura, seguridad y protección y que después de realizar el plan de Enfermería se logró la independencia de la niña y la colaboración de la madre en las actividades planeadas; en el caso de estudio presentado recibió la cantidad apropiada de nutrimentos para su edad, sexo y enfermedad pero no logró alcanzar su peso de acuerdo a percentil 50 para su edad, por lo cual después de encontrarlo en dependencia crónica total paso a dependencia grado 1.

En cuanto a la necesidad de movimiento y postura el preescolar presentaba dependencia crónica total grado 6 por la dificultad para moverse a voluntad dentro de su entorno físico y la deambulaci3n; interactuando esta alteraci3n con las necesidades de seguridad y protecci3n, vestido y desvestido, realizaci3n, y recreaci3n. Se inici3 la terapia de rehabilitaci3n en coordinaci3n con personal del 3rea de terapia f3sica y del cuidador primario quien se encarga de realizar dichas intervenciones; aunque se hicieron las acciones planeadas para lograr la independencia del preescolar en el movimiento y postura a3n se encuentra en dependencia cr3nica grado 6 ya que aun no moviliza el hemicuerpo izquierdo requiriendo adem3s utilizar f3rulas en extremidades del hemicuerpo izquierdo para prevenir contracturas y relajaci3n de m3sculos que no utiliza. Esta necesidad se identifica en cierta manera con el estudio de caso analizado de cuidados b3sicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura en el cual se identifica alteraci3n de dicha necesidad y se analiza como interactúa 3sta en la no satisfacci3n de las dem3s necesidades y que la aplicaci3n del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson orientado con el proceso de Enfermer3a permite la resoluci3n de necesidades alteradas.

La necesidad de seguridad y protecci3n se vio alterada desde el inicio de hospitalizaci3n ya que se le realizaron m3ltiples procedimientos invasivos y permaneci3 con cat3ter venoso central por m3s de 3 meses. Sin embargo, si tomamos en cuenta como factor de dependencia la enfermedad y el tratamiento a base de quimioterapia y radioterapia esta necesidad influye de manera directa en la dependencia de todas las necesidades. Esta necesidad se identifica con el estudio presentando por Franco y Ben3tez en el cual describen que la necesidad de seguridad y protecci3n incluye factores biol3gicos, psicol3gicos y sociol3gicos que son vulnerables frente a peligros de diversa 3ndole.

Considerando como factor de dependencia la enfermedad cancerosa del preescolar y el tratamiento agresivo para lograr su m3xima independencia, durante los 10 seguimientos realizados para el estudio de caso se concluye que permanece entre la independencia y la dependencia de las necesidades que al

afectarse alguna influye directamente en la no satisfacción de las otras necesidades.

El preescolar contó con un equipo de salud especializado y las intervenciones fueron en muchos casos oportunos, se brindó apoyo a sus familiares, en especial a su mamá que estuvo siempre con él a lo largo de la hospitalización. El personal de Enfermería a su cuidado estableció un compromiso con la salud del preescolar que se vio reflejado en la manera como se le brindaban los cuidados, cumpliendo con en todo momento con la función de la enfermería como lo define Virginia Henderson es factible que la función de la enfermera sea ayudar a las personas a su independencia lo más rápido posible”.

4. Conclusiones y sugerencias

El presente estudio de caso ha permitido valorar la importancia de la aplicación de un modelo de Enfermería a los cuidados a través del proceso de Enfermería, permitiendo mejorar la calidad de los servicios que se presta al individuo y la familia, dándole bases científicas a la profesión de Enfermería.

En lo que respecta a los objetivos planteados con la aplicación de la propuesta teórica de Virginia Henderson se logró completamente cada uno de los objetivos trazados. La identificación de las fuentes de dificultad, que en su mayoría fueron de orden físico, permitió analizar como afectaba el entorno en la dependencia de las necesidades del niño y de que manera a través del cuidado especializado se lograba llevar al preescolar y a su familia a la independencia.

Con relación a los antecedentes consultados para validar este estudio de caso, se encontró que la propuesta teórica de Virginia Henderson permite valorar de manera integral al niño, involucrando a la familia en el cuidado. Al mismo tiempo la implementación de esta propuesta teórica, permite a la enfermera brindar cuidado especializado y orientado a satisfacer todas y cada una de las necesidades de la persona.

Los instrumentos de valoración utilizados como la historia clínica y la hoja de reporte diario, fueron útiles para recabar de manera detallada tanto los datos subjetivos como objetivos, así como las fuentes de la dificultad que se reflejaron en los diagnósticos de Enfermería y establecer las prioridades en la asistencia de los cuidados del preescolar y su familia.

Por otra parte el desarrollo de la profesión de Enfermería y su anhelado reconocimiento será hecho en la medida que se adopten modelos teóricos que den soporte al “ser y hacer” de la enfermera de tal manera que el cuidado que brinda sea visto como algo inherente a la profesión y necesario para reestablecer y/o mantener la salud de los individuos, familias y comunidades.

Considerando lo anterior se sugiere:

- ✓ Promoción de la aplicación del proceso de cuidado orientado con el enfoque de Virginia Henderson, utilizando para ello los formatos de Enfermería que se emplean en el hospital.

- ✓ Difusión de la propuesta teórica de Virginia Henderson a las enfermeras que trabajan diariamente en el área infantil, haciendo énfasis en los resultados obtenidos tras la aplicación de este modelo conceptual en la atención de los niños, a través de conferencias, jornadas y charlas.
- ✓ Involucrar más al niño y su familia en el cuidado enfermero, permitiendo una participación más activa en los procedimientos que se realizan cuando está hospitalizado, favoreciendo de esta manera la atención centrada en la familia.

5. Referencias

- Aguilar CM. Tratado de Enfermería Infantil. España: Océano/Mosby; 2003
- Berhman R., Kliegman R., Jonson H. Nelson. Tratado de Pediatría. México: McGraw-Hill interamericana; 2001
- Espinosa MV., Franco OM. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante mayor con neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería. 2003; 11(1)
- Estudio de caso. Nursing. 2003; 21(10)
- Fernández FC., Novel MG. El modelo de Henderson y el proceso de Atención de Enfermería. En: Cárdenas JM., Balán GC. Antología teorías y modelos de enfermería. México: ENEO-UNAM; 2004
- Franco OM., Benítez TM. Proceso del cuidado a un preescolar con VIH. ENEO-Enfermería Universitaria. 2004
- Griffin PA., Potter P. Fundamentos de Enfermería. Harcourt/Océano; 2002
- Henderson V., Nite G. Enfermería teórica y práctica. México: la prensa médica mexicana; 1987
- Jiménez VM. La importancia de la enfermera moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería cardiológico. 1999;7(1-4)
- Jonson M. Clasificación de resultados de enfermería. Antecedentes y usos. España: Harcourt
- Kozier B. Fundamentos de Enfermería. McGraw-Hill interamericana; 1999
- Márquez MM., Enríquez GB., Benítez QS., Sánchez ET. Proceso atención de enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y alteración de sus diferencias necesidades. ENEO-Enfermería Universitaria
- Martínez MR. Pediatría la salud del niño y del adolescente. México: JCH editores; 1995
- McClosey JC, Bulechek GM. Proyecto de intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Mosby; 1999

- Partera LC., et al. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(5)
- Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado. México: McGraw-Hill interamericana; 1999
- Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Nueva York: McGraw-Hill interamericana; 1993
- Riera JA., Bioxadera VM. Plan estandarizado de cuidados al paciente intervenido de artroscopia de rodilla. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(4)
- Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 1993
- Rodríguez BA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enfermería Clínica*. 2002; 12(6)
- Salazar AC., y col. El valor del cuidado al neonato con encefalopatía hipoxico-isquémica. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2001; 9(9)
- Sánchez LV. Cuidados básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. *Rev. Enfermería IMSS*. 2001; 9(2)
- Secretaria de Salud, Subsecretaria de innovación y calidad, Comisión Interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. 20001

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____

_____ Domicilio: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico médico: _____

Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y

abuelos: _____

Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____

_____ Servicios intradomiciliarios: _____

Disposición de excretas: _____

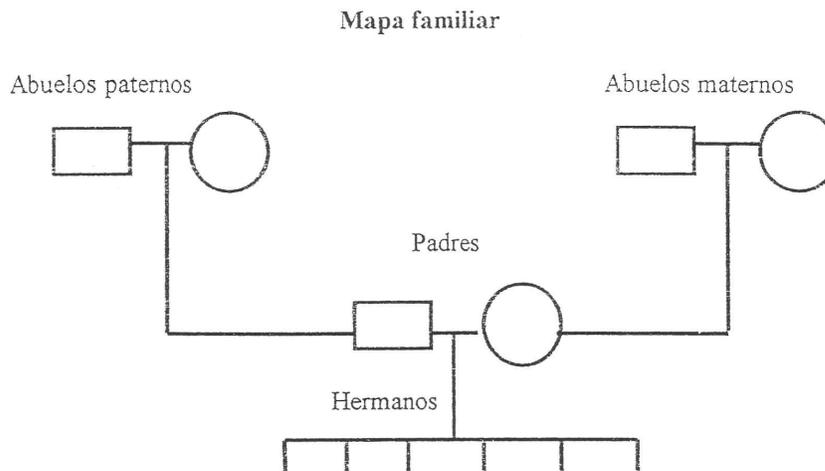
Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

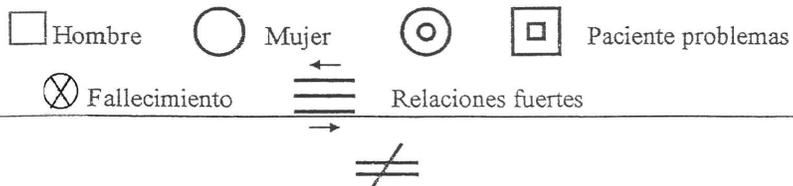
Mapa Familiar.



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

	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos



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

Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de

camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___

Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___

No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____

Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____

Motivo de la

¿Consulta/hospitalización: _____

Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____

¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: _____

Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____

¿Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

Vacunación: _____

Alimentación

El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____

¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____

Dificultad: _____

Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____

Licuada: _____ Otros: _____

¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____

_____ Lugar: _____

¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____

	¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____ Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____ Alimentación especial: _____ <table border="0"> <tr> <td>Cantidad de alimentos:</td> <td>Desayuno</td> <td>Comida</td> <td>Merienda</td> </tr> <tr> <td>Cereales</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Frutas</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Vegetales</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Carne</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____ Hábitos en los alimentos: _____ A que edad le salieron los dientes: _____	Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda	Cereales	_____	_____	_____	Frutas	_____	_____	_____	Vegetales	_____	_____	_____	Carne	_____	_____	_____
Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda																		
Cereales	_____	_____	_____																		
Frutas	_____	_____	_____																		
Vegetales	_____	_____	_____																		
Carne	_____	_____	_____																		
1																					
2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> Evacuaciones orina en el pañal en orinal en el baño día noche Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____ Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____ Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____ Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____ Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____ Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____ Otros: _____ Hábitos: _____ Descripción de genitales: _____ Sudoración: _____																				
	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____ Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____																				

Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____

Pulso: _____

Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____

leteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco

Abdominal: _____

Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____

Respiración asistida: _____ controlada: _____

Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor

Tubo traqueal

Visibilidad oro nasal

Humidificación y oxigenación: _____

Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____

Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____

quias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo-sueño

horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____

Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____

Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____

Duerme siesta: _____ En qué horario: _____

Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____

Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____

Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____

Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____

se queda: _____ Moro: _____

Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____

suturas craneales: Aproximadas: _____

uradas: _____ Imbrincadas: _____

Vestido

Adiciones de la ropa de vestir: _____

Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Termorregulación

el niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____
Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____

Movimiento y Postura

A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____
Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____
Saltó alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____
Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____
Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____
qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____
Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____
cambios de posición con ayuda: _____

Comunicación

Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____
Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____
A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____
Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____
de qué habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____
estable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____
tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____
desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo: _____
tierno: _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____

	Higiene
	Condiciones higiénicas de la piel: _____
	Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____
9	Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____
	Frecuencia del cambio de ropa: _____
	Recreación
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____
	Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____
	Los objetos: _____ Animales: _____
	Las personas: _____ Juega solo: _____
	Con otros niños: _____ Con adultos: _____
	Religión
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
	Seguridad y protección
	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____
	Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____
	Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____
12	Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____
	Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____
	Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en Casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

Si la respuesta es sí diga, ¿cuál? _____

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____

Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
------------------------	-------	-----	-------

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

¿Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la

Guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____

¿Cómo reaccionó? _____

¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papá, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y

Cómo: _____

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	

Código: Grado de dependencia

- Total = Dt
- Temporal = Dtm
- Parcial = Dp
- Permanente = D pr.

Causas de la dificultad

- Falta de Fuerza = FF
- Falta de Voluntad = FV
- Falta de conocimiento = FC

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Observación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar

Alimentación dietética:

Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

signos y síntomas de alarma:
(adónde acudir cuando se presenten)

Cuidados especiales en el hogar:
(Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.).

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

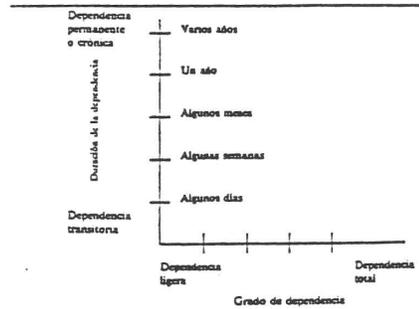


Tabla 6. Continuum independencia-dependencia¹⁴

Figura 1. Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

<p>El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.</p>	<p>Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente.</p>	<p>Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis.</p>	<p>Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.</p>	<p>Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.</p>
← 1	← 2	← 3	← 4	← 5	← 6 →
INDEPENDENCIA					DEPENDENCIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo José Luis Sánchez García declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) José Luis Sánchez Zedillo participe en el estudio de caso Proceso del cuidado a las necesidades de un preescolar con alteración en sus necesidades

, cuyo Objetivo principal es: Aplicar el proceso atención de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson en un preescolar con alteración en sus necesidades y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: interrogatorio, exploración física y valoración focalizada de las 14 necesidades básicas y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Lic. en Enf. Adriana Morales Muza

[Firma]
Firma

Nombre del padre o Tutor: JOSE LUIS SANCHEZ GARCIA

[Firma]
Firma

Testigos

Nombre: Martine Ade Torres
Firma: [Firma]
Domicilio: Los Arcos Atoyacalco Col. San Pedro Salpa D.F
México, D.F. a _____ de _____

Nombre: Sandra Molina Cordero
Firma: [Firma]
Domicilio: C. F. Cuernavaca López Mz. 42. U. 5. Granjas Valle de Guaymas