



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



ESTUDIO DE CASO:

**“DEPENDENCIA EN UNA ADOLESCENTE CON ALTERACION DEL
MOVIMIENTO”**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
INFANTIL**

PRESENTA:

NATIVIDAD MARIANO SANCHEZ

ASESOR:

E. E. I VERONICA ESPINOSA MENESES.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con dedicatoria para:

Estefanía y a su familia por su colaboración y confianza

**Marlot mi pequeño y gran amigo ya no estas presente entre nosotros
pero si en mi corazón, GRACIAS por tus risas, tus ocurrencias y sobre
todo por tu coraje por la vida**

I N D I C E

	PÁGINA
INTRODUCCION	
OBJETIVOS	2
I MARCO REFERENCIAL	
1.1 Antecedentes sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson	3
1. 2 Proceso de Atención Enfermería y sus etapas	13
1. 2. 1 Valoración	15
1. 2. 2 Diagnóstico	21
1. 2. 3 Planeación	25
1. 2. 4 Ejecución	31
1. 2. 5 Evaluación	38
1. 3 Propuesta filosófica de Virginia Henderson	40
1. 4 Aspectos Éticos en Enfermería	54
1. 5 La vasculitis, complicación frecuente de Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	60
II METODOLOGIA	
2. 1 Descripción del caso	67
2. 2 Proceso, Métodos e Instrumentos para la Valoración	77
2. 3 Proceso diagnóstico	79
2. 4 Planeación de las intervenciones	87
III RESULTADOS	
3. 1 Análisis de los resultados	125
3. 1 Conclusiones	128
3.2 Sugerencias	130
IV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	131
V ANEXOS	135
5.1 Historia clínica	
5.2 Reporte diario	
5.3 Consentimiento informado	

INTRODUCCION

La función del profesional de enfermería es la de ayudar a desarrollar las potencialidades del individuo sano o enfermo detectar aspectos fundamentales en la vida del individuo para promover su salud, estilos de vida saludable y prevenir la aparición de enfermedad o bien atenuar las complicaciones como resultado de la misma, visualizándolo siempre como parte de un entorno. Es importante ver como a Enfermería cada vez más va abriendo camino y delimitando su función como disciplina profesional, y de como con el desarrollo de la educación universitaria y de posgrado se ha logrado colaborar de forma significativa en la formación de profesionales que mediante la utilización de un modelo teórico de atención de Enfermería son capaces de otorgar cuidados especializados con una visión más humanizada, como se ilustra en el siguiente estudio de caso.

El presente estudio de caso titulado **Dependencia en una adolescente con alteración del movimiento**, se realizó bajo el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson en el hospital Infantil de México, dicho estudio se encuentra conformado por seis apartados; el primero corresponde a la descripción de los **objetivos** que se pretenden alcanzar, el segundo es el **marco teórico** que comprende la revisión de casos con el mismo enfoque metodológico de Henderson, las etapas del Proceso de atención de Enfermería, el modelo teórico de las 14 necesidades, los aspectos éticos de enfermería involucrados en la atención del paciente así como también el desarrollo de la patología que llevó al paciente a presentar dependencia; el tercer apartado es referente a la **metodología** aquí se incluye la descripción del caso, la valoración focalizada por necesidad, el proceso, método e Instrumentos utilizados para la valoración, un cuadro con los diagnósticos detectados, y un plan de atención por cada necesidad. **Los resultados** conforman el cuarto apartado aquí se hace un análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del plan de atención las conclusiones, finalmente los dos últimos apartados corresponden a las **referencias bibliográficas** y los **anexos**.

OBJETIVO GENERAL

Lograr la independencia en una adolescente con amputación bilateral de miembros pélvicos a través de la aplicación del cuidado de las catorce necesidades de de Virginia Henderson

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las necesidades que se encuentren afectadas y que interfieran con su autorrealización

Elaborar un plan de atención individualizado para lograr la independencia en una adolescente que ha sido amputada de ambas piernas.

Proporcionar cuidados de Enfermería de forma integral en una adolescente con amputación de miembros pélvicos.

Proporcionar apoyo y acompañamiento a la adolescente en el proceso de duelo por amputación.

I MARCO REFERENCIAL

1.1 ANTECEDENTES SOBRE LA APLICACIÓN del MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Para el abordaje de el tema, fue necesario revisar algunos escritos basados en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson realizados por otros miembros del área de Enfermería, esto es con la finalidad de contar con bases científicas que sustenten la elaboración del presente caso clínico, se revisaron un total de 14 artículos, algunas son herramientas que guían la aplicación del modelo de Virginia Henderson en pacientes con procedimientos específicos, otras se basan en el estudio de casos clínicos aplicados en pacientes adultos y pediátricos en donde se llevo a la practica el modelo de Henderson en conjunto con el Plan de Atención de Enfermería (PAE), se encontró una de tipo cualitativa y una mas sobre una propuesta de un programa computacional para la aplicación de este modelo filosófico de las Catorce Necesidades.

En el año de 1998 en la revista Enfermería Clínica se registra un estudio realizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Infantil de Sant Juan de Déu, en Barcelona España, el objetivo que se planteo en este estudio de caso fue el establecer un vínculo de comunicación entre una recién nacida pretérmino y sus padres, a través de la aplicación del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson mediante la valoración se detectaron las necesidades alteradas en la menor y en los padres, se establecieron actividades que en un inicio fueron de suplencia y que a medida que pasaba el tiempo y la menor se recuperaba se fue incorporando a los padres en el cuidado de ésta, en un principio se planteo la resistencia por parte del padre en el cuidado pero no así de la madre que desde un inicio mostró interés lográndose el objetivo de sustitución de las enfermeras por el de suplencia de los padres y de esta manera lograr la independecia de la niña, lo importante de este articulo fue que se iniciaron las actividades desde el momento de

identificarse los problemas, se realizó una valoración constante de los procedimientos de acuerdo al estado de salud de la menor, lograron aplicar el PAE de una forma sistemática de una empleando los conocimientos de una manera individual.¹

Para el año de 1999 en la misma revista Enfermería Clínica se realiza un estudio en Barcelona España cuya finalidad es la planificación de alta de un paciente adulto masculino recién trasplantado de riñón, aquí la aplicación del modelo de Virginia Henderson llevo al personal de Enfermería a planear sus actividades en dos necesidades alteradas evitar peligros sobre un posible rechazo del trasplante y de conocimiento sobre su nuevo estilo de vida (dieta, medicamentos y complicaciones), se establecen objetivos individuales y actividades encaminadas a modificar los problemas detectados la valoración se realiza el mismo día de la alta hospitalaria, las enfermeras están consientes que a pesar de que el paciente manifestó estar más tranquilo sobre su nuevo estilo de vida y de no mostrar dudas sobre su tratamiento al egreso es necesario estar reforzando los conocimientos en cada consulta posterior.²

También en el año de 1999 en la revista de Enfermería Cardiológica en México, publica mediante un artículo realizado en el hospital de cardiología Ignacio Chávez la importancia que tiene la enfermería dentro de la atención del paciente quirúrgico el objetivo de este artículo es proporcionar una guía con base en el modelo de Virginia Henderson que favorezca el cuidado integral en el paciente que es sometido a un procedimiento quirúrgico.

En este artículo se incluyen cuidados en las tres fases del procedimiento (preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria) lo interesante aquí es que en las dos primeras fases solo se realiza la historia clínica, se revisan datos de laboratorio, los cuidados van encaminados básicamente a disminuir la ansiedad en el paciente vigilar el estado hemodinámico, farmacológico y de información

¹Guallart M., Roca N. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. Enfermería Clínica 1998; 8(2): 84-89

²Castillo E., Domínguez M. Planificación del Alta de un Enfermo Con transplante Renal. Enfermería Clínica 1999; 3(4): 41-44

sobre el procedimiento, no es sino hasta la fase posoperatoria cuando se establece la valoración detallada identificando las necesidades bajo el principio de que primero es salvar la vida. Algo importante que se menciona en el artículo es el registro escrito de la valoración realizada, los objetivos planteados los cuidados que se otorgan y los resultados de estos con la finalidad de que sirvan para futuras investigaciones.³

En la revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se publicó un estudio de caso realizado en un Hospital Infantil por una estudiante de la especialidad de Enfermería Infantil, a un menor de 13 años con necesidad de moverse y mantener una buena postura ya que presentaba dificultad para deambular. Fue programado para cirugía pero debido a la obesidad de segundo grado que presentaba el paciente, el tratamiento quirúrgico no resultó como se esperaba y hubo desplazamiento del clavo de Kirshner por lo que fue necesario intervenir nuevamente, obteniéndose la recuperación satisfactoria del menor ya que se lograron detectar las necesidades básicas y su grado de afectación de acuerdo a los indicadores de independencia – dependencia establecido por Phaneuf se establecieron objetivos y cuidados para cada una de las necesidades alteradas; en las conclusiones la autora refiere que la aplicación del modelo de Henderson le permitió brindarle al niño una atención humanizada, también es importante resaltar que en este artículo se hace mención sobre las cuestiones éticas que se deben considerar al realizar los estudios de caso; como lo es el consentimiento informado.⁴

Otro caso clínico publicado por la revista Desarrollo Científico en Enfermería en el mes de octubre de 2001 fue realizado por un grupo de enfermeras pertenecientes al área de cuidados intensivos neonatales ellas aplicaron el modelo de Henderson para el cuidado de un neonato asfixiado en las primeras horas de vida, aquí ellas se hacen una reflexión sobre el valor de los cuidados

3 Jiménez M C., La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1999; 7(1-4): 28-35

4 Sánchez V., Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura. Rev Enferm IMSS 2001; 9(2): 91-96

dirigidos a reducir al máximo las secuelas en los pacientes que sufren asfixia, hacen énfasis en que si bien es cierto que la atención integral de un paciente es responsabilidad de todo el equipo de salud, los cuidados son responsabilidad directa de enfermería, ya que, es el cuidado la base del trabajo de la enfermera desde las perspectivas de las necesidades del paciente y del mantenimiento de la salud, por lo que debe contar con la preparación adecuada así como prever las posibles complicaciones, preparar el equipo necesario y trabajar de manera conjunta en la recuperación de la salud o ayudar a una muerte tranquila tal como lo dice Henderson en su concepto de enfermería.⁵

El interés por mejorar la atención brindada en el área hospitalaria a hecho que el personal de Enfermería se preocupe por elaborar guías de cuidados específicos, con la finalidad de orientar su atención de forma integral.

Así tenemos que en la Revista Mexicana de Cardiología se publico un artículo que habla sobre la aplicación del modelo de las 14 necesidades de Henderson en pacientes postoperados de cirugía cardiovascular, en este artículo las autoras tienen el objetivo de que a través de este método se ayude al paciente a recuperar su independencia satisfaciendo sus necesidades fundamentales. Describen los parámetros y consideraciones que se deberán observar en cada una las 14 necesidades de manera focalizada, una vez que el paciente haya salido del proceso quirúrgico. Las autoras consideran que una vez que se han detectado las necesidades alteradas se podrán definir las fuentes de la dificultad y priorizar los cuidados, este articulo muestran la importancia de detectar el origen de dichas fuentes para establecer un diagnostico acertado y orientar los cuidados de atención.⁶

Se encontró un artículo publicado en España por la Revista Enfermería Clínica sobre la aplicación de un plan estandarizado de cuidados para el paciente

⁵ Salazar MC. Cols, El valor del cuidado al Neonato con Encefalopatía Hipóxico – Isquémica. Desarrollo Cientif Enferm. 2001; 9(9): 277-280.

⁶ Ortega C., Valoración de Enfermería al Paciente Postoperado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque Conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001; 9(1-4): 18-23

intervenido de artroscopia de rodilla. En este plan se utiliza el método de Henderson y la aplicación del PAE para identificar los problemas interdependientes a través de la recolección de los datos en la fase preoperatoria y postoperatoria elaboran los diagnósticos utilizando la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Las autoras hacen mención sobre la importancia de este procedimiento quirúrgico como método de diagnóstico y la utilidad del uso del plan de atención y el modelo de Virginia Henderson de manera conjunta para la unificación de criterios, definir pautas de intervención, prever los resultados que se pueden alcanzar, establecer tiempos, e identificar recursos que garanticen la calidad de la atención prestada sin olvidar la individualidad del paciente.⁷

Otro estudio en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) se realizó un estudio de caso a una niña con Pancreatitis y la relación de ayuda a la madre, este estudio tuvo como objetivo la elaboración de un plan de curas de enfermería individualizado hacia la niña y sus padres; fomentando la autonomía y participación de la madre en el cuidado de su hija y conseguir la independencia de esta, decidieron utilizar el modelo de Virginia Henderson por ser el más conocido y aceptado además de que admite la inclusión de problemas de colaboración en con el plan de curación y permite la utilización de la taxonomía NANDA en la formulación de los problemas identificados. Se trata de niña de 5 años de edad con cuadro de colecistitis y pancreatitis, se internó en la UCIP después de ser sometida a cirugía, presenta complicaciones a los 4 días y es sometida por segunda vez a cirugía presentando una serie de trastornos tales como derrame pleural, fístula pancreática por ascitis, hipoproteinemia, anemia entre otras complicaciones, las autoras de este estudio de caso centraron sus cuidados en los problemas que dieron identidad a este caso y que requerían una atención especializada, por cada necesidad identificada se planteó un objetivo junto con sus respectivas actividades. Es

⁷ Riera J A. Boixadera V M., Plan Estandarizado de Cuidados por el Paciente Intervenido de Artroscopia de Rodilla. Enfermería Clínica. 2003; 13(5): 246-250

importante mencionar que en los problemas detectados en la madre se plantearon objetivos exclusivos para la madre y actividades encaminadas a la resolución de estos. Como conclusión se obtiene que en el manejo del paciente no se debe olvidar que es un ser biopsicosocial, y que es importante globalizar el cuidado incluyendo a la familia más aun si se trata de un paciente pediátrico.⁸

En la revista Mexicana de Cardiología se publicó un artículo sobre un Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una paciente con Estenosis Aórtica Crítica (EAoC), la justificación de este estudio se basa en el porcentaje considerable (10%) de los pacientes que ingresan por esta patología. El caso clínico se presentó en el hospital de cardiología Ignacio Chávez, en el tercer piso adultos se trató de una mujer de 50 años de edad diagnosticada desde hace 14 años, quien además presentaba hipertensión, soplo en el corazón y crecimiento anormal a quien se le realizó cambio valvular aórtico por prótesis biológica de INCICH el día 30 de septiembre de 2002; en este estudio plantean un objetivo general que es el proporcionar cuidados de Enfermería en forma integral al paciente con EAoC aplicando el proceso de atención. Dentro de los objetivos específicos se consideró la reincorporación del paciente a su entorno sociocultural y la cooperación de la familia como fuente proveedora de apoyo emocional, para la recolección de los datos se recurrieron a las etapas del Plan de Atención, se diseñó un instrumento para la recopilación de los datos, el modelo de Henderson para detectar dichas necesidades y la taxonomía de la NANDA. Los cuidados brindados a esta paciente estuvieron encaminados principalmente al alivio del dolor, evitar complicaciones y recuperar la independencia lo más rápido posible, en la redacción de los diagnósticos de manera simultánea se identificó la fuente de la dificultad, en los cuidados se estableció la función de la enfermera la cual fue principalmente de ayuda y de sustitución, se realizó un plan de alta con los cuidados que debería tener en el

⁸ Partera MC. Cols., Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de ayuda a la Madre. Enfermería Clínica 2003; 13(5): 313-320

Hogar, finalmente las autoras concluyen que el desarrollo del PAE les ayudó a brindar una atención de calidad.⁹

Continuando con la revisión de los casos encontramos otro que fue realizado por la coordinadora y una de las asesoras de la Especialidad de Enfermería Infantil sobre los cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía, se trato de lactante mayor (1.4 años) masculino que ingreso a hospital de tercer nivel por fiebre de 38.5º, con dificultad respiratoria, tos no productiva, Silverman – Anderson 6 requirió apoyo ventilatorio por esta razón, se realizó placa de tórax presentando borramiento de hemitorax izquierdo con desplazamiento de la silueta cardiaca se practica toracosintesis y se diagnostica neumonía con derrame pleural y empiema pleural. El objetivo fue la aplicación del modelo de Virginia Henderson a través del PAE en un lactante mayor para lograr su independencia lo mas pronto posible, este documento nos recuerda que es importante no olvidar los aspectos éticos en el abordaje de un paciente, con la firma del consentimiento informado respetamos la autonomía del paciente y su familia, para la recolección de los datos se utilizo un instrumento diseñado por las autoridades de dicha especialidad basada en las necesidades y para niños con edad entre 0-5 años. Se realizaron valoraciones focalizadas, por necesidad, se analizaron los datos se detectaron las fuentes de la dificultad, se hizo uso de la grafica de continuum independencia – dependencia propuesto por Phaneuf; para saber el grado de independencia o dependencia existente, se establecieron objetivos y actividades para cada necesidad alterada. Dentro de las conclusiones las autoras resaltan que si fue cumplido el objetivo planteado ya que se logro el beneficio del paciente mediante un cuidado integral con un alto sentido humano, y consideran que en la práctica diaria la enfermera se beneficia al contar con una base teórica, metodológica e instrumental.¹⁰

9 Parra BA . Cols., Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con estenosis Aórtica. Criticar Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11(2): 66-71

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

En un estudio de caso realizado por unos estudiantes de la licenciatura de Enfermería y obstetricia se intento aplicar el PAE y el modelo de Virginia Henderson, a un usuario con peritonitis crónica, hipertensión arterial sistémica y alteración de las diferentes necesidades, el intento por aplicar el modelo de Henderson junto con el PAE no fue del todo satisfactorio ya que no se tomaron en cuenta algunos aspectos importantes para el desarrollo del estudio, tales como el habitus externo, no hubo una descripción precisa del caso falto ser mas preciso en cada una de las necesidades en cuanto a la redacción de los diagnósticos algunos sino es que la mayoría carecen de un sentido enfermero, resultan ser mas de tipo medico por esto se llega a la conclusión de que la aplicación del PAE y el modelo de Henderson de las 14 necesidades no es fácil que para su aplicación se necesita conocer a fondo los aspectos que intervienen tanto en el modelo como en el PAE .¹¹

Como es bien sabido la valoración tiene como propósito recolectar y organizar información del estado de salud de la persona, familia o comunidad, detectar las necesidades alteradas, desarrollar diagnósticos enfermeros, crear objetivos, actividades en caminadas ha modificar o eliminar esas alteraciones. En el año 2003 se realizo un estudio cuyo objetivo fue reconocer las dificultades más habituales de las enfermeras del Hospital Mollet durante la etapa de valoración. El hospital donde fue realizado pertenece a la red Hospitalaria de utilización Pública de Cataluña, el modelo utilizado fue el de Virginia Henderson por ser considerado una guía en el uso del PAE en todas las etapas ayudando al profesional a actuar de forma responsable, autonomía planificando cuidados individualizados, el estudio fue aplicado a 34 enfermeras que hubiesen realizado una o mas entrevistas de valoración, la herramienta usada fueran cuestionarios focalizados en cinco áreas, motivación conocimiento, habilidad estrategias y tiempo, con 20 preguntas (15 cerradas, 5 de opción múltiple) se aplico en un periodo de 10 días, fue anónimo, no hubo prueba piloto y se

¹¹ Márquez M. Cols., Proceso de Atención de Enfermería a Usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus Diferentes Necesidades. Enfermería Universitaria; 2004;1(2):16-22

realizo en un periodo de 5 meses. Los resultados arrojaron que la entrevista y la observación fueron fundamentales en esta etapa, además de que es necesario recurrir a otros medios para obtener información como lo es el expediente clínico y/o los familiares, otro aspecto importante fue la obtención de información mientras se realizaban actividades de enfermería con el paciente, la necesidad de creencias y valores fue la mas difícil de valorar, siguiendo la necesidad de ocupación o recreación, además se detecto que quienes poseían más conocimiento sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y sobre el modelo de Henderson presentaron menos dificultades para realizar la valoración. Las autoras concluyen en este estudio que la aplicación de un lenguaje propio en los planes de cuidados enfermeros hará visible el beneficio en la labor misma, que es necesario que la información obtenida por enfermería no sea desapercibida o infravalorada que se debe hacer un aporte constante para sistematización y estandarización de los cuidados.¹²

En el 2004 se publico un artículo más, sobre el PAE esta vez aplicado a un preescolar con VIH, el estudio tuvo como objetivo la aplicación de los conceptos básicos de la filosofía de Henderson a través del proceso del cuidado a un niño con problemas de salud e identificar las necesidades básicas para establecer diagnósticos de enfermería que reflejaran el grado de independencia o dependencia, el estudio fue realizado en el Hospital Infantil de México. A un preescolar hospitalizado en el servicio de infectología, se realizaron 8 seguimientos durante la hospitalización y por consulta externa 2.5 horas cada uno se identificaron los problemas, se establecieron los diagnósticos utilizando el formato PES (Problema, Etiología, signos y síntomas) y taxonomía de la NANDA y se realizo un plan de alta. El caso se trataba de un preescolar de 4.6 años de edad con Diagnóstico médico de VIH procedente de Institución Que atiende a niños huérfanos con este problema de salud; ingresa al hospital el 22 de diciembre, hijo de madre fallecida por SIDA, una hermana de 8 años portadora de VIH⁺ otro hermano aparentemente sano, acude por presentar otitis

12 Martínez C. Cols., Dificultad en la Valoración Enfermería Clínica: 2004; 13(4):195-201

recurrente que no responde tratamiento con antibióticos, peso de 13400k y talla de 89 cm.

Lo que me pareció interesante de este artículo fue la forma en como la enfermera describe el hábitus externo del menor, la exploración física tan clara y la manera en como identifico las fuentes de la dificultad y abordo los diagnósticos de enfermería logrando así establecer su objetivo y la duración de la dependencia de la necesidad. Con lo anterior se logra brindar al menor una atención integral de calidad y calidez de acuerdo a sus necesidades básicas.¹³

En la ciudad de Querétaro se llevo a cabo la realización de un programa computacional para valoración de las necesidades básicas de los pacientes hospitalizados, se realizo listado de variables (utilizando las 14 necesidades de Henderson), se les dio una conceptualización a cada una, se crearon reactivos y con el uso de un paquete de fácil manejo como lo es Excel se llevo a cabo dicho programa, los resultados obtenidos fueron un instrumento estructurado en tres hojas de calculo del programa de Excel, estas muestran los datos de forma continua, contiene fecha de elaboración, una apartado de datos generales, apartado de signos vitales, Somatometría y posteriormente vienen las necesidades una a una y los reactivos de cada pregunta varían, (de 3 hasta 16), las respuestas son de opción múltiple y abiertas. Quienes la elaboraron creen que de esta manera se permitirá a la enfermera mejorar la calidad de su trabajo, fomentar la satisfacción en los pacientes y favorecer el desarrollo de la institución donde labora.¹⁴

Con lo anterior se puede ver la importancia que tiene contar con un modelo de atención que guíe los pasos del profesional de Enfermería a realizar en el paciente, partiendo de la valoración de las 14 necesidades mencionadas por Virginia Henderson, siempre identificando cual es su función en el plan de atención de ayuda, de apoyo o de sustitución.

¹³ Benítez A. Franco M., Proceso del cuidado a un Preescolar con VIH. Enfermería Universitaria: 2004; 1(3):13-23

¹⁴ Gallegos TMR. Cols., Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes. Desarrollo Cientif Enferm. 2003; 11(9): 268-272.

1. 2 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERIA Y SUS ETAPAS

Enfermería como profesión prestadora de servicios de salud, es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, el profesional de Enfermería debe involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el Proceso de Atención de Enfermería en un método para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado que se presta. Esto significa que se necesita hacer un cálculo de los recursos necesarios sin dejar de lado el tiempo estipulado para la prestación del cuidado, el empleo del Proceso de Enfermería evita duplicaciones u omisiones que representarían una mayor cantidad de gastos innecesarios por falta de planeación.

El esfuerzo del profesional de Enfermería por definir el campo de su profesión y el objetivo de obtener un status profesional lo llevo a enfocar sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de Enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de Enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta del PAE.

Aunque el PAE está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un gran desarrollo. La destreza y eficiencia de la actuación de Enfermería defenderá de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, una enfermera experta dará solución a los problemas podrá actuar con habilidad y éxito con sus pacientes en cualquier escenario donde desarrolle su práctica.¹⁵

Este término de Proceso de atención aparece en los escritos de Enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall pronuncio una conferencia en Nueva

15 Wilson G. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. (en línea). (consulta 2006- octubre- 2); (4 págs.) Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>

Jersey a cerca de la calidad de la asistencia sanitaria, en esta conferencia Lydia comenzó desarrollando sus ideas sobre la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación “la asistencia sanitaria es un proceso” definió como proposiciones fundamentales “la asistencia sanitaria **a** el paciente, **para** el paciente, y **con** el paciente”¹⁶ Hall describía a la enfermería como un proceso, el cual considero que es inversamente proporcional a la necesidad del cuidado médico. Considera a la Enfermería como una

Profesión con una formación específica, haciendo especial hincapié en el proceso de enseñanza-aprendizaje con el paciente.

Pese a esto el Proceso de Enfermería tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de Enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.¹⁷

CONCEPTO

Existen diferentes definiciones que nos explican lo que es el Proceso de Enfermería, algunas son muy sencillas poco complejas como las dadas por Alfaro “forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros”¹⁸ o la mencionada por Kozier “es un método sistemático y racional de planificación de los cuidados de Enfermería”.¹⁹

Patricia Iyer da una definición la cual considero es la mas completa ella refiere que, el proceso es el sistema de la práctica enfermera debido a que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones,

16 Cardenas M. et.al. Antología: Teorías y Modelos de Enfermería. México. ENEO- UNAM, 2006: 145

17 Wilson G. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. (en línea). (consulta 2006- octubre- 2); (4 págs.) Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>

18 Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. España. Masson 2005:4

19 Kozier B. Fundamentos de Enfermería. España. McGraw- Hill Interamericana 1999: 91

conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

En nuestro país aun no se ha logrado establecer un modelo de atención para la atención de Enfermería en las instituciones de salud salvo el grupo Corporativo Ángeles, de la cadena de hospitales del mismo nombre, ha iniciado con la labor de estructurar un instrumento de valoración, de tal forma que es el Hospital Ángeles del Pedregal es el primero en intentar tener una metodología de trabajo del personal de Enfermería basada en modelos de Enfermería.²⁰

El objetivo de Enfermería es según Yura y Walsh (1988) mantener el bienestar del paciente. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible, por su parte Iyer opina que debe cubrir las necesidades tanto individuales del cliente, como de la familia y de la comunidad.²¹

Kozier menciona que “la finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de Enfermería para cubrir esas necesidades”.²²

El proceso de Enfermería se compone de cinco fases Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1. 2. 1 VALORACION

Es la primera etapa del proceso consiste en reunir, recolectar, organizar, registra los datos objetivos y subjetivos disponibles que orienten sobre el estado de salud de un cliente, familia o comunidad todo ello se hace de una manera

20 Gallegos R. Op Cit: 270

21 Iyer P. Proceso y Diagnostico de Enfermería. México. McGraw- Hill Interamericana 1997:11

22 Kozier B. Op Cit: 91

sistemática, cerciorándose que la información sea correcta, el objetivo es tener una imagen clara sobre el estado de salud del cliente, familia o comunidad para asegurarse que el plan es exacto y relevante. Existen cuatro clases distintas de valoración:

Valoración inicial: Se realiza en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria. Tiene como propósito establecer una base de datos para identificar el problema, las referencias y hacer futuras comparaciones.

Valoración focalizada: Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros, determina el estado de un problema específico que haya sido identificado en la valoración anterior.

Valoración urgente: Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente, se realiza para identificar los problemas que atenten contra la vida del paciente.

Valoración después de un tiempo: Varios meses después del estudio inicial, sirve para comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.²³

Los principales métodos para la valoración del paciente son la observación, la entrevista y la exploración física.

Observación: Consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, su entorno y las interacciones entre estas tres variables. Tiene dos aspectos reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos, es importante tener habilidad, disciplina y

²³ Kozier B. Op Cit: 97

práctica, exige una base de conocimientos y el uso de los sentidos: vista, olfato, oído y sensibilidad.²⁴

Entrevista: Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar un cambio y / o recolectar datos. Es recomendable realizarse en un lugar cómodo, fresco, en momentos en que el paciente este tranquilo sin dolores o molestias, y respetando siempre su espacio. Consta de tres etapas: el comienzo o introducción, el tema principal y la finalización.

Comienzo: Este primera etapa consta de dos momentos; la creación de de una relación de compenetración y la orientación del entrevistado, no existe orden para su uso, dependiendo del momento de la relación que se establezca entre el entrevistador y el entrevistado, estos momentos tienen la particularidad de que se pueden iniciar al mismo tiempo y son indistinguibles el uno del otro. Es preciso que exista confianza y buena voluntad puede iniciarse con un saludo, una sonrisa y complementar con un apretón de manos, e informar el motivo de la entrevista así como la confidencialidad de los datos obtenidos; es importante evitar se prolongue esta etapa al grado de crear ansiedad en el paciente.²⁵

Tema principal o cuerpo de la entrevista: Al abordar el tema principal de la entrevista, el paciente tiene la posibilidad de manifestar lo que piensa, siente, sabe y percibe a lo que le pregunta la enfermera; es importante utilizar alguna técnica de comunicación que permita crear un ambiente de comodidad, se recomienda iniciar con una pregunta abierta de fácil respuesta que evite que el paciente se sienta cohibido.

²⁴ Iyer P. Op Cit: 56

²⁵ Koziar Op Cit: 102

Finalización: Es cuando la enfermera ha obtenido la información necesaria o cuando el da por terminada, ya sea por que se por cansancio, molestia, o porque sea incapaz de proporcionar mas información es importante concluir la entrevista con algunas de las siguientes frases “Bueno es todo lo que necesito saber”, “cuídese lo veré la próxima vez”, o haciendo alguna pregunta como ¿tiene alguna duda?

Tipos de entrevista:

Entrevista dirigida es muy estructurada y proporciona información específica, la enfermera establece la finalidad de la entrevista, dirige la misma, hace preguntas cerradas, busca datos específicos y es utilizada cuando no se dispone de mucho tiempo

Entrevista no dirigida aquí la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla, se incita al cliente con preguntas abiertas y dando respuestas efectivas, se utiliza con la finalidad de resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

Exploración física: Es un método sistemático de recolección de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Tiene como objetivos el establecimiento de los datos basicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de Enfermería, comprobar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista; se realiza a través de las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Inspección: Se enfoca en conductas o en características físicas específicas, es detallada ya que define características como tamaño forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

Palpación: A través de la utilización del tacto se evalúa tamaño forma textura temperatura, humedad, pulsación vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: A través de golpecillo en diferentes partes del cuerpo para provocar sonidos (mate, sordo, resonante o timpánico) y determinar tamaño densidad, límites de un órgano y localización.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos que producen los órganos del cuerpo, estos se evalúan de forma indirecta para determinar las características de los sonidos frecuencia, intensidad, calidad, y duración.²⁶

Proceso de valoración

a) Recolección de datos: Es un proceso continuo consiste en reunir información sobre el estado de salud a través de la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes, se inicia cuando se encuentra por primera vez al usuario y continúa hasta que la persona se da de alta.²⁷

Los datos del cliente deben incluir la historia anterior además de los problemas actuales, intervenciones quirúrgicas previas, tratamientos así como las enfermedades crónicas desarrolladas.

b) Tipos de datos:

Subjetivos: son síntomas o datos no visibles, son solo visibles únicamente para la persona afectada y solo puede describirlos ella misma, pueden ser sensaciones, sentimientos, valores creencias.

Objetivos: Son datos que pueden ser observables por el espectador, pueden compararse o ser medibles con alguna norma aceptada, se pueden oír, sentir, u inclusive oler y se obtienen mediante la observación o la exploración física.

²⁶ Iyer P. Op Cit:62-63

²⁷ Alfaro R. Op Cit: 36

c) Fuentes de datos:

Fuente primaria o directa: La información se obtiene siempre del propio paciente.

Fuentes secundarias: Serán la información que se obtenga de la familia, personas cercanas al paciente, otros profesionales de la salud, los registros e informes, datos de laboratorio y de diagnóstico así como publicaciones.²⁸

d) Validación de datos: La validación o verificación permite saber que la información es real, coherente y completa, es paso esencial en el pensamiento crítico, evita hacer asunciones, omitir información importante, malinterpretar situaciones, hacer conclusiones precipitadas, identificar mal los problemas reales.

e) Organización de los datos: Se pueden diseñar instrumentos de acuerdo a las necesidades de la enfermera y estos pueden basarse en algún modelo de enfermería como el de Virginia Henderson y las 14 necesidades. La utilización de un instrumento de valoración bien estructurado tiene ventajas porque sirve como guía. Agrupar los datos es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

f) Informe y registro de los datos: Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de los datos es esencial y debe incluir toda la información obtenida sobre el estado de salud del paciente, los datos se recolectan de manera subjetiva y no deben ser interpretados por la enfermera, es importante utilizar las mismas palabras del paciente.

²⁸ Koziar B. Op Cit: 103

1. 2. 2 DIAGNOSTICO

Diagnosticar es la segunda etapa del PAE, aquí la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

El término de diagnóstico de Enfermería fue utilizado por primera vez en la década de los años 50. En 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos de pacientes. En 1973 tuvo lugar la Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de los diagnósticos de Enfermería a en la Universidad de Sn. Louis se publicó una lista provisional y desde entonces se ha continuado trabajado para desarrollar y clarificar diagnósticos de Enfermería.

La American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del termino *Diagnostico de Enfermería* y del *Proceso de Diagnostico* en las directrices para la *Práctica de la Enfermería* publicadas en 1973, quedando aclarado que los diagnósticos se obtienen de los datos de salud del paciente.²⁹

Dentro de la literatura profesional existen varias definiciones sobre diagnóstico enfermero, en 1990 la NANDA adopto una definición oficial de trabajo de diagnóstico enfermero, así como una definición sobre le diagnóstico de salud.

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

“Un diagnostico de bienestar es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior” (1990) Describe las respuestas del ser humano a los distintos niveles

²⁹ Iyer P. Op Cit: 93-94

de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que posean el potencial de alcanzar un nivel superior” (1994)³⁰

Tipos de diagnósticos de acuerdo a la clasificación de la NANDA:

Diagnostico real: Juicio clínico sobre una propuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o antes procesos de la vida.

De alto riesgo: Juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación semejante, incluyen factores de riesgo que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

De bienestar: Juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel mas elevado.

De síndrome: El se usa cuando el diagnóstico esta asociado con un grupo de otros diagnósticos.

Potencial: Se define cuando no esta presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios o riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior.

Posible: Cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.³¹

Phaneuf establece los siguientes criterios para clasificar las necesidades y formular diagnósticos enfermeros:

³⁰ Koziar B. Op Cit: 116

³¹ Fernández C. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos. España. Masso - Salvat 1993: 43

- Afecte a necesidades fisiológicas esenciales y suponga un riesgo y /o amenaza para la vida, de la persona ponga en peligro el equilibrio hemostático.
- Presente un riesgo para la seguridad de la persona o de los demás
- Entrañe un sufrimiento físico o provoque un considerable gasto de energía y una reacción psicológica importante
- Multiplique la dependencia y conduzca a una disfunción, esto es que determine un nivel importante de dependencia que repercuta sobre las otras necesidades o pueda provocar secuelas indeseables
- Altere el confort provocando sensaciones desagradables
- Dificulte el funcionamiento afectivo, cognitivo o social que pueda atentar contra la propia imagen, el derecho de la persona a la información o vivir sus propias creencias y valores o que impida comunicarse o realizarse.³²

Componentes de un diagnóstico

El diagnóstico de Enfermería está formado por dos enunciados unidos por las palabras “relacionado con “, el primer enunciado es la etiqueta diagnóstica o frase que identifica el problema, incluye la respuesta humana identificada por el o la enfermera (o), durante la fase de valoración el proceso de Enfermería. Establece los objetivos que determinarán el progreso en la prevención, reducción o alivio del problema de salud del paciente. El segundo enunciado consiste en los factores relacionados o de riesgo que contribuyen a la respuesta. Este enunciado sugiere las intervenciones que o pueden estar indicadas para el control de la atención del paciente.

32 Pnaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México. Mc- Hill Interamericana 169-169

Directrices para la redacción de un diagnóstico de Enfermería

- Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de Enfermería.
- Usar “relacionado con “en lugar de “debido a” o “Causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables
- Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
- Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico
- Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico
- Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar los mismo
- Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar
- No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de Enfermería
- Exponer el diagnostico de forma clara y concisa³³

Sistema de clasificación de los diagnósticos

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente, estos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

Una respuesta humana identifica la forma en que el cliente responde aun estado de salud o de enfermedad, la respuesta humana puede ser seleccionada de una lista de diagnósticos de enfermería a probados por la NANDA.

³³ Iyer P. Op Cit: 138-143

Taxonomía de la NANDA Patrones de Respuestas Humanas

PATRON	DEFINICION
De intercambio	Consiste en dar y recibir a la vez
De comunicación	Consiste en el envío de mensajes
De relación	Consiste en establecer vínculos
De valoración	Consiste en la asignación de un valor relativo
De elección	Consiste en la selección de alternativas
De movimiento	Tiene que ver con la actividad
De percepción	Consiste en la percepción de información
De conocimiento	Implica el significado asociado a la información
De sentimientos	Consiste en el conocimiento subjetivo de información

Fuente: Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México. McGraw- Hill Interamericana 1997: 127

1. 2. 3 PLANEACION

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Existen tres tipos de planeación: Inicial, continua y de alta

Durante esta fase se elaboran los objetivos y las intervenciones de Enfermería, los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de estas acciones, mientras que las intervenciones de Enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al cliente a conseguir objetivos, Consta de cuatro etapas:

Establecimiento de prioridades

Kozier menciona que la enfermera y el paciente deben planificar y decidir qué diagnóstico enfermero es el primero en necesitar atención, de acuerdo a su criterio se pueden agrupar en prioridad alta, media y baja

Prioridad alta: Serán aquellos problemas de riesgo vital

Prioridad media: Aquellos que ponen en riesgo la salud, retraso del desarrollo o causar alteración física

Prioridad baja: es aquel que surge de prioridades de necesidades normales del desarrollo que requieren apoyo mínimo de Enfermería.³⁴

Elaboración de los objetivos

Un objetivo es la proyección de una intención que se expresa mediante la descripción del comportamiento que se espera de la persona; describe en términos de respuestas observables del paciente lo que la enfermera espera conseguir al ejecutar las órdenes de Enfermería

Características de un objetivo:

- La formulación debe ser clara y concisa
- El objetivo debe ser propio de un **sujeto** persona cuidada, y /o una familia
- La consecución del objetivo deber ser observable e incluso **mensurable**
- Debe evolucionar con la situación
- Su formulación supone una sola **acción** o condición
- Su formulación incluye la mayoría de las veces un verbo de acción
- Puede afectar a diferentes campos: psicomotor, cognitivo afectivo
- Debe relacionarse con la parte “problema” del diagnóstico enfermero
- Las acciones **propuestas deben ser realistas** considerando estado de la persona y pronostico
- Proporcionar **indicaciones precisas sobre la acción** que hay que emprender o el estado que hay que alcanzar (¿quién?, ¿qué?, ¿como? ¿Cuándo?, ¿en qué medida?)
- Debe determinarse junto con la persona
- Debe inscribirse en la lógica de los otros componentes del plan de cuidados: diagnóstico enfermero e intervenciones
- La formulación debe indicar **un plazo** preciso para la consecución del objetivo
- Debe incluir un pronóstico, que proporcione indicaciones sobre la probabilidad de alcanzarlo³⁵

³⁴ Koziel B. Op cit: 143

Desarrollo de intervenciones de Enfermería

“En 1987, el centro para la clasificación de Enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fueran mejorados con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados.

La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería). La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Una intervención de Enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." (McCloskey y Bulechek, 2000) las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.”³⁶

Características de las intervenciones:

- Basarse en principios científicos de cuidados enfermeros, de fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individualizarse
- Formularse de manera concisa, simple y concreta
- Armonizarse con el diagnóstico enfermero y el objetivo
- Afectar a la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero
- Responder a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿en qué medida? (¿a que ritmo o con que frecuencia?), ¿quién?

³⁵ Pianeuf M. Opcit: 186

³⁶ CIE. Clasificación de las intervenciones. (en línea) (consulta 2006- octubre-1): (10 Págs.) Disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

- Buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona
- Considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmadas
- Ser creativas
- Favorecer la participación de las personas, la relación de ayuda y la enseñanza³⁷

Tipos de intervenciones de Enfermería

Interdependientes:

Define las actividades que el profesional de Enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud, asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos.

Independientes: son las actividades que el profesional de Enfermería realiza sin indicación del médico, están definidas por el diagnóstico son las respuestas que el profesional de Enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

Dependiente: La enfermera como parte del equipo de salud de cumplir también con las órdenes prescritas y debe llevar a cabo los tratamientos determinados generalmente por el médico.³⁸

Documentación del plan

Tras elegir las intervenciones de Enfermería adecuadas, la enfermera las escribe en un plan de cuidados, sirve para concretar las actividades que la enfermera realiza con el fin de lograr ayudar al paciente a lograr los objetivos de salud establecidos deberán contener:

- Fecha: Las órdenes de Enfermería se fechan en el momento en que son escritas

³⁷ Pnaneuf M. Op Cit: 198-199

³⁸ Fernández C. Op Cit: 41

- Verbo de acción: El verbo inicia la orden debe ser preciso y puntual
- Área de contenido: Es el dónde (lugar) y el que (actividad) de la orden
- Elemento tiempo: durante cuanto tiempo o con que frecuencia debe producirse la acción de Enfermería
- Firma: la firma de la enfermera quien prescribe la orden es de gran responsabilidad y valor legal.

Existen cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente:

Graficas narrativas: La información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos. Cada disciplina registra información en una sección diferente.

Ventajas:

- Fácil acceso a la localización de los formularios y de la posterior documentación de cada disciplina.
- Resulta mas familiar para su uso en los profesionales de Enfermería
- No necesita la anotación por materias ya que esta organizada en función de del tiempo.

Desventajas:

- la fragmentación de la documentación de los cuidados del cliente según quien sea el prestador de la misma
- Documentación dispersa de la enseñanza cuando es realizada por varias disciplinas.
- Tendencia a larguísimas graficas que duplican la información en ocasiones, ofrecida en las hojas de curso clínico.

Graficas orientadas al problema (SOAP): Incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del cliente, el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. Cuenta de una lista de problemas y las notas de evolución.

Ventajas:

- facilita una atención de calidad ya que todo el equipo enfoca su atención a los mismos problemas identificados.
- Facilita la colaboración de todos los miembros del equipo de atención de salud, por la fácil disponibilidad de los hallazgos multidisciplinarios.
- Se fomenta el aprendizaje ya que cada disciplina identifica lo que han hecho los demás
- Facilita la investigación porque los registros suelen ser mas exactos y completos

Desventajas:

- La educación de las diversas disciplinas puede ser larga y costosa
- Puede haber resistencia por parte de algún integrante del equipo de salud.
- Si la atención es fragmentada y no individualizada, la documentación no resolverá estos problemas.
- En ocasiones resulta difícil determinar que información pertenece a cada miembro.

Graficas focus: Es un método de organizar la información según las notas del profesional de Enfermería que incluye tres componentes:

- 1.- Uso de un enfoque para designar la nota de evaluación de Enfermería
- 2.- organización de la nota de evaluación en las categorías de datos, acciones y respuestas.
- 3.- hojas de curso clínico para datos de documentación

Ventajas:

- El formato de la grafica focus organiza la información en dos columnas distintas
- Con el uso de palabras clave facilita la localización del contenido en un aspecto concreto de la atención del paciente
- Formato de datos, acción, respuesta, (DAR) proporciona una descripción completa y concisa de cada enfoque de la asistencia.
- Inclusión de datos objetivos y subjetivos

Graficas por excepción: Es un sistema de documentación desarrollado por los profesionales de Enfermería en un intento de coordinar la grafica y reducir la cantidad de tiempo gastado en la documentación.

Ventajas:

- Se detectan fácilmente las tendencias a los cambios en el estado del paciente mediante hojas de curso clínico especialmente diseñadas.
- Los hallazgos físicos son documentados de manera exacta
- Se encuentran las normas impresas para aumentar la consistencia de sus uso
- Los datos de registran de manera inmediata y están siempre junto a la cama del paciente para su uso cuando se requiera

Desventajas:

- La ejecución de este registro requiere un gran cambio en el sistema de documentación de una agencia, afectando a una gran cantidad de formularios.

Registros computarizados: estos se pueden documentar utilizando varios enfoques, puede ser tocando la pantalla, con lápices de luz, código de barras, con voz, con teclado, ratón u otro dispositivo.

Ventajas:

- Permite notas legibles
- Es ahorrador de tiempo
- Las notas pueden ser impresas y utilizadas para la entrega de turno
- El registro del ordenador puede ser utilizado por varias personas al mismo tiempo

Desventajas:

- Uso irracional de papel impreso
- Inversión de tiempo y dinero para su elaboración, instalación y el adiestramiento del personal
- Podría resultar arriesgado el mantenimiento de la confidencialidad³⁹

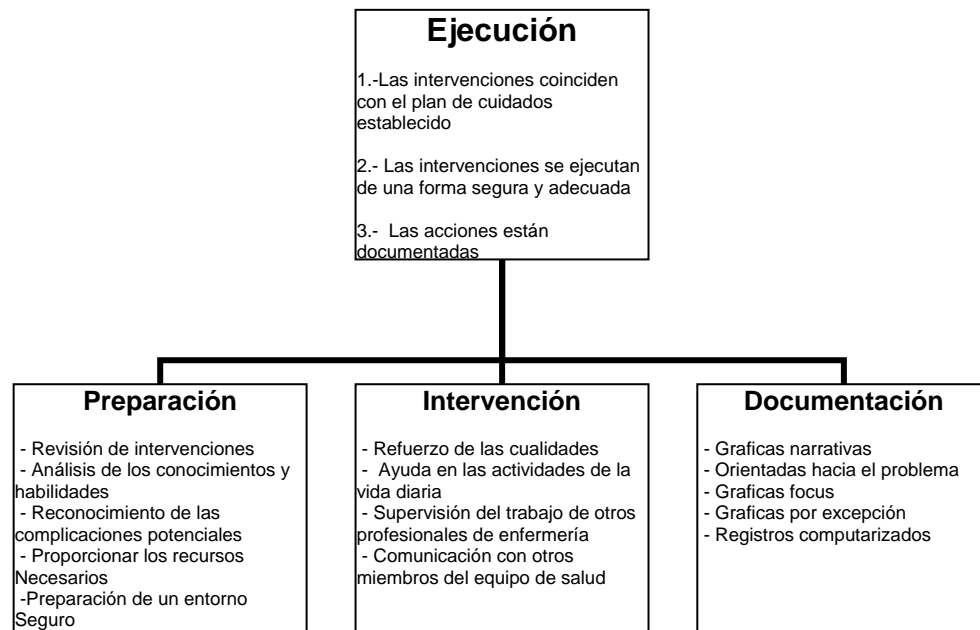
³⁹ Iyer P. Op Cit: 249-266

1. 2. 4 EJECUCION

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados es decir es el inicio del las intervenciones de Enfermería para conseguir objetivos concretos. Esta fase consiste en realizar, delegar y registrar las actividades. Y también es un momento importante para el contacto con el paciente y establecer una relación significativa con él.

Al ejecutar las órdenes, la enfermera sigue valorando al cliente en cada contacto recogiendo datos sobre la respuesta de éste a las acciones de Enfermería y cualquier problema nuevo que pueda surgir.

En el siguiente esquema se muestran los tres criterios definidos por la ANA que describen la directriz que regula la ejecución.



Esquema elaborado por: Mariano N. 2006

Habilidades de ejecución:

Habilidades cognitivas: Son de tipo intelectual como solución de problemas, toma de decisiones razonamiento crítico y pensamiento creativo.

Habilidades interpersonales: son actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras tales como actividades verbales y no verbales.

Habilidades técnicas: Son de tipo técnico como manejo de equipo administración de medicamentos movilizar, levantar y colocar pacientes.

Etapas del Proceso de ejecución

- Nueva valoración del paciente
- Determinar la necesidades de cuidados de enfermería
- Ejecutar las estrategias de enfermería
- Comunicar las acciones de enfermería⁴⁰

Sistemas Cuidados de Enfermería

Un sistema de cuidados de Enfermería se elabora según una técnica definida después de una investigación para determinar el mejor modo de proceder, esta basado en conocimientos de anatomía, fisiología, patología, principios de asepsia y antisepsia, de eficacia y eficiencia. El sistema proporciona a la enfermera una serie de conocimientos y un saber hacer inmediatamente aplicables a técnicas especiales o a cuidados complejos o no habituales.

Ventajas de utilizar Sistema de Cuidados de Enfermería

- El su uso permite mejorar la eficacia de los cuidados al indicar a la enfermera una serie de principios, un alineamiento de conducta y una secuencia de acciones que han sido probadas anteriormente.

40 Koziar B. Op Cit: 165

- Favorece la homologación de los cuidados y de las técnicas, reduciendo los riesgos de ensayo y error en la aplicación de una técnica compleja.
- Permite una racionalización de material
- Participar en el desarrollo del carácter científico de los cuidados enfermeros y de esta manera contribuir con el cuerpo de conocimientos que constituye el fundamento de la profesión
- Sirve a la formación de futuras enfermeras
- Proporciona una base para la evaluación de algunos cuidados⁴¹

Independientemente del marco en el que se ejerza la profesión de Enfermería, el profesional ejecuta sus intervenciones utilizando alguno de los siguientes cinco enfoques:

Asignación por tareas: En este enfoque la enfermera divide sus actividades por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales en Enfermería, todos participan en la atención del paciente, pero desarrollando alguna función específica.

Ventajas:

- Prestación eficaz de las intervenciones en Enfermería, permitiendo desarrollar habilidades y realizarlas con mayor diligencia.
- Ahorro en el uso de material y equipo, esto se debe a que la constancia en la asignación de tareas, reduce los costos en los insumos.
- Mejor organización al realizar el trabajo

Desventajas:

- No existe continuidad en la intervención de Enfermería
- Resulta impersonal la atención
- Tiende a volverse rutinaria y monótona
- Se pone en peligro la toma de decisiones debido a una comunicación ineficiente

⁴¹ Pneau M. Op Cit: 253 - 255.

Enfermería en equipo: Es un sistema de prestación de cuidados de Enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios trabajan juntos para prestar sus cuidados a los pacientes. El éxito de este enfoque dependerá de la comunicación que se establezca entre el grupo, aquí la asignación de intervenciones se da por escrito.

Ventajas:

- Existe una menor fragmentación de los cuidados de Enfermería, debido a la existencia de un grado mayor de comunicación.
- Resulta satisfactorio porque con frecuencia se identifican, reconocen y utilizan las habilidades de cada miembro de equipo, esto favorece para la identificación del papel que juega cada integrante en el progreso de bienestar del paciente.

Desventajas:

- El coordinador debe contar con habilidades de organización, liderazgo, motivación, para que se pueda llevar a cabo
- La dilución de la responsabilidad y autoría individuales puede reducir la calidad de la intervención prestada.
- La asignación constante de una sola actividad puede disminuir la habilidad del profesional de Enfermería en otras actividades.

Enfermería de cuidados básicos: Aquí el profesional de Enfermería desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecute durante las 24 hrs. del día. De tal manera que las actividades puedan ser realizadas por otro profesional de Enfermería aun cuando no se encuentre quien haya realizado el plan además debe tener conocimiento sobre el Proceso de Enfermería, habilidades de comunicación refinadas, capacidad para realizar llevar a cabo procedimientos de Enfermería identificados en las actuaciones de Enfermería, técnicas para la resolución de problemas, compromiso de intervención enfocada al cliente.

Ventajas:

- Favorecen la atención constante al paciente gracias a la calidad y frecuencia de las intervenciones entre el paciente y el enfermero.
- Favorece una autonomía y responsabilidad en la práctica de la Enfermería individual.
- Facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.
- Existe una mayor satisfacción por parte del paciente

Desventajas:

- Exigen la asistencia de profesionales competentes que sean capaces de trabajar de manera independiente en la ejecución de Proceso de Enfermería.
- Este modelo necesita de la incorporación de un mayor porcentaje de profesionales titulados o universitarios.

Control de casos: Es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnóstico del cliente.

Ventajas:

- Existe una mayor comunicación entre los profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud.
- El profesional de Enfermería experimenta un aumento de la profesionalidad, de la satisfacción por el trabajo y una mejora en la imagen, cuando se les reconoce como planificador de cuidados.
- Los pacientes están informados y participan de forma activa en su progreso.
- Se facilita el alta oportuna de pacientes.

Desventajas:

- Exigen una gran cantidad de planificación y cooperación para establecer el sistema.

- Algunos coordinadores de cuidados tienen dificultades para ajustarse a este modelo, pues renuncian a sus deberes clínicos y actúan más como directores.
- Puede haber dificultades para aceptar la responsabilidad de ser director de casos

Atención enfocada al paciente: Es un diseño de intervenciones del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados.

Actúan bajo ciertos principios:

- Combinar profesionales de Enfermería con otros profesionales de la salud.
- Potenciar la colaboración y comunicación entre los niveles dentro de la organización
- Aumentar la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que este tienen que interactuar
- La intervención enfocada en el cliente está regida por los principios y actividades de control de casos, incluidos los coordinadores de casos y las vías críticas.

Ventajas:

- Existe mayor satisfacción en los clientes
- Existe satisfacción por parte del personal del hospital
- Disminuye los juicios clínicos inexactos
- Aumenta la continuidad de la atención
- Reduce la duración de estancia en el centro

Desventajas:

- Conseguir la cooperación del médico puede ser difícil
- Existe un elevado costo en la formación de profesionales en sus nuevos roles

- El profesional de Enfermería debe aprender a ser coordinador de sus colegas de acción
- Puede existir riesgo de falta de identidad profesional dentro del equipo de Enfermería.⁴²

1. 2. 5 EVALUACIÓN

La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud. Es importante considerar las necesidades y los deseos de los consumidores.

“La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud sicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.⁴³

Directrices de la ANA para realizar la Evaluación

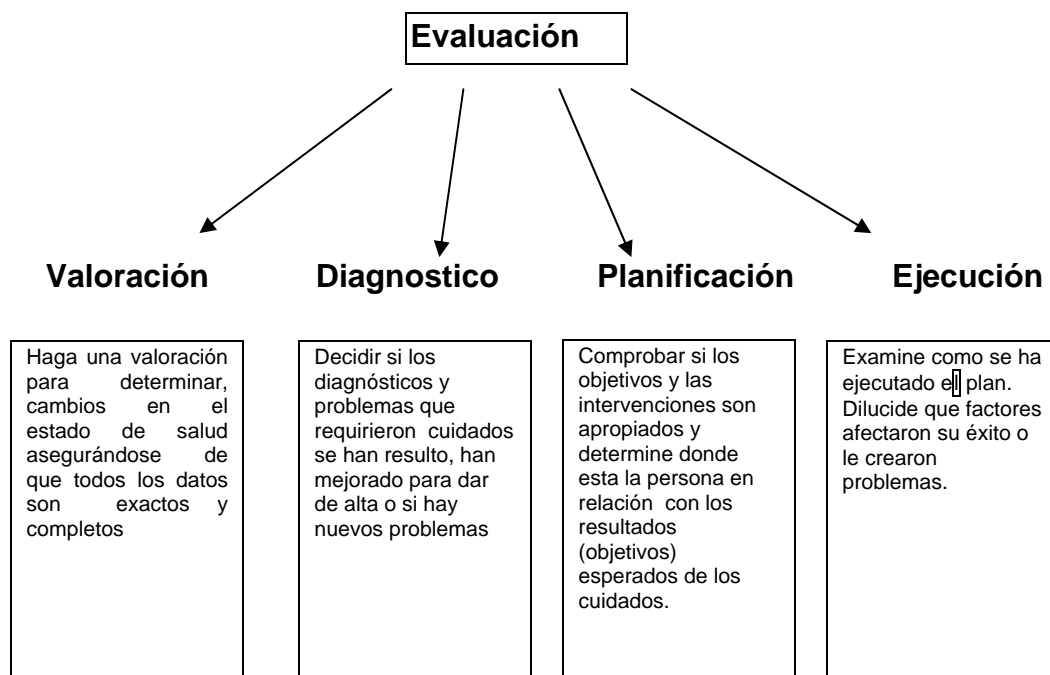
- Criterios de medición:
- La evolución es sistémica y continua
- Se documentan las respuestas de los clientes a las intervenciones
- La eficacia de la intervención se evalúa con relación a la evolución

⁴² Iyer P. Op Cit:271-282

⁴³ CIE. Clasificación de las intervenciones. (en línea) (consulta 2006- octubre-1): (10 Págs.) Disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>

- Los datos de la valoración continua se utilizan para revisar los diagnósticos, evolución y el plan de cuidados en función de las necesidades
- Se documentan las revisiones de diagnóstico, evoluciones y plan de cuidados
- Los clientes, otras personas significativas y los profesionales sanitarios estarán implicados en el proceso de evaluación cuando este indicado

Evaluar un plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero como se muestran en el siguiente esquema:



Fuente: Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. México. Masson 2005: 191

Tipos de Evaluación

Evaluación de los resultados: Se centra en los *resultados u objetivos* de los cuidados se pueden hacer preguntas como ¿se alcanzaron los objetivos?, ¿las personas están satisfechas con los cuidados?

Evaluación del proceso: Se centra en *cómo* se brindaron los cuidados, por ejemplo las valoraciones e intervenciones.

Evaluación de estructura: Se centra en el *entorno* en el que tienen lugar los cuidados, entorno físico, plantilla de personal, y las prácticas de organización de la comunicación.

1. 3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINA HENDERSON

Las enfermeras conscientes de la amplitud de sus responsabilidades se dan cuenta que para tomar decisiones autónomas ante los pacientes es necesario tener una concepción clara de los cuidados de Enfermería; por tanto para ejercer su profesión adecuadamente es necesario que posea conocimientos, actitudes y habilidades partiendo de la concepción misma de Enfermería.⁴⁴

El marco teórico de la Enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Éste está constituido por Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.⁴⁵

Luís Rodrigo Maria Teresa dice al respecto, que modelo es una representación, una analogía que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente, una abstracción de la realidad. Ella define el modelo enfermero como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre si de forma sistemática que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

44 Riopelle L. Cuidado de Enfermería. México. McGraw- Hill Interamericana 1997: 2

45 Dueñas J. Enfermeras teóricas. (en línea). (consulta 2006 –octubre-2); (7 Págs.) Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

Objetivos que persigue un modelo de enfermería:

- Formular una legislación que regule la práctica y la formación de enfermeros
- Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería
- Desarrollar programas de estudio para la formación de profesionales en enfermería
- Establecer criterios, proporcionar conocimientos para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería. así como para la administración y la práctica
- Identificar las competencias y objetivos de enfermería.

Es conocido el hecho de que Henderson propuso las catorce necesidades básicas de los individuos con ellas describió la necesidad que los seres humanos tienen que satisfacerlas para poder llevar a un equilibrio en su vida. Henderson no definió lo que cada necesidad propuesta implicaba por ellos diversos investigadores, desde su propia perspectiva, han ido identificando una serie de aspectos que los conforman, no llegando a una homogenización en sus ideas.⁴⁶

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite realizar el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando con esto la definición del campo de actuación enfermero, así como la elaboración de un marco de valoración de Enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.⁴⁷

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de

⁴⁶ Gallegos R. Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los Individuos. Desarrollo Cientif Enferm 2006; 14(7): 268- 273

⁴⁷ Dueñas J. Enfermeras teóricas. (en línea). (consulta 2006 –octubre-2); (7 Págs.) Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

Enfermería. Basándose en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow.

“La Enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas o enfermas), a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a su recuperación (o bien a una muerte tranquila) las cuales podría efectuar sin ayuda, si contara con la suficiente fuerza, la voluntad o conocimiento necesario. Posiblemente la contribución específica de la Enfermería es ayudar a las personas a que se vuelvan independientes de tal ayuda lo mas pronto posible”⁴⁸ lo antes posible” es así como Henderson define a la Enfermería

Elementos importantes de su teoría:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
 - Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Postulados

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta “completo”, “entero” independiente

Valores

- La enfermera tiene funciones que le son propias

⁴⁸ Henderson V. Enfermería Teórica y Práctica. México. La Prensa Médica 1987: 31

- Cuando una enfermera usurpa la función del médico cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.⁴⁹

Concepto de necesidad

Es una exigencia vital que una persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico y social. Otra definición de acuerdo a la Enciclopedia Universal ilustrada es una fuerza natural y a menudo inconciente, que impulsa a una persona hacia lo que es indispensable, útil para su existencia, su conservación o su desarrollo

Fuentes de la dificultad

Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales, estas fuentes pueden ser de orden físico, psicológico, sociológico, de orden espiritual, ligados a una insuficiencia de conocimientos.

Falta de fuerza: interpretamos por fuerza a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas y a la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual tendrá relación con el estado emocional, estado de las funciones psíquicas capacidad intelectuales, etc.

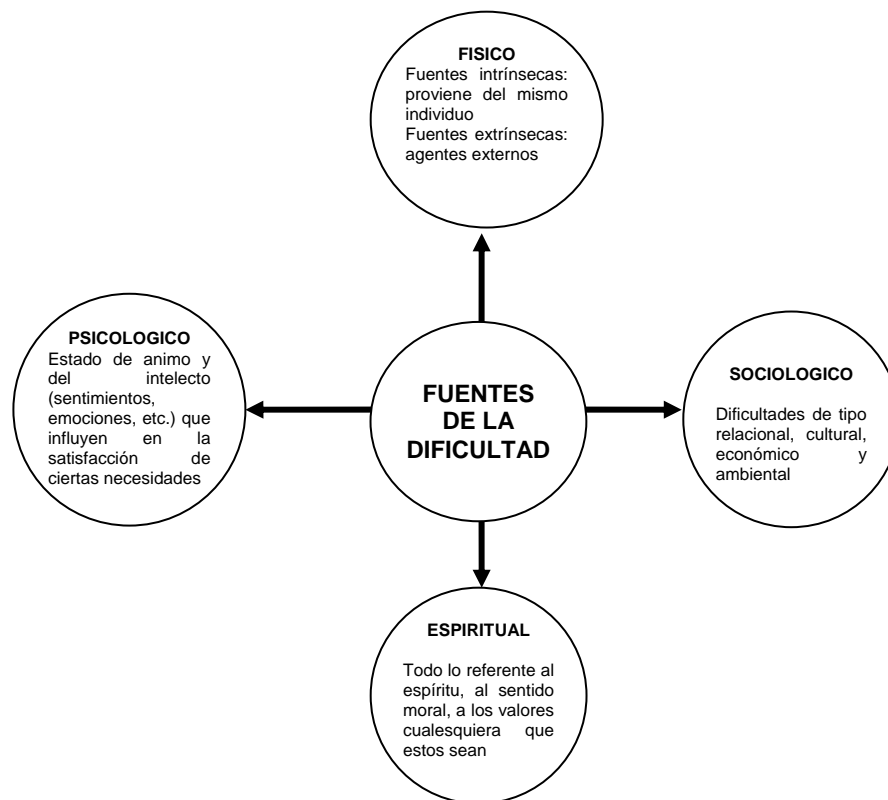
Falta de conocimiento: Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

49 Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería, El proceso de Atención de Enfermería. Ed. Interamericana. Mac Graw Hill. España, pp. 18

Falta de Voluntad: Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

El siguiente esquema representa las cuatro esferas física, psicológica, sociológica y espiritual que forman parte del individuo y que son fundamentales para que este viva en total independencia, y que basta solo que una de ellas presente alguna dificultad para que el individuo pase a la dependencia.

LAS CUATRO ESFERAS QUE BRINDAN EQUILIBRIO AL SER HUMANO



Esquema elaborado por: Mariano N. 2006

INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA EN EL NIÑO Y EL ADULTO

ETAPA	INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
NIÑO	Alcanza un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.	Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por la edad y etapa de crecimiento o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega la edad normal de hacerlo
ADULTO	Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otra persona.	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamiento o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades

Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Mc. Graw Hill Interamericana. México;1993: 29-30

Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que existen en todos los seres humanos, las cuales pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas de la vida vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Necesidades que son satisfechas por la persona cuando ésta posee el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando existe una carencia o una falla en la persona, y una o más necesidades no se satisfacen, originando problemas en la Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Las necesidades humanas básicas según Henderson:

- 1.- Respiración normal
- 2.- Ingestión adecuada de alimentos y agua
- 3.- Eliminación por las vías naturales
- 4.- Movimientos y Postura adecuada (caminar, estar sentado, acostado y cambio de una a otra)
- 5.- Sueño y descanso
- 6.- Vestido adecuado; vestirse y desvestirse
- 7.- Mantenimiento de la temperatura corporal normal mediante el empleo de ropas adecuadas y cambios de ambiente
- 8.- Conservación del aseo corporal y protección de la piel
- 9.- Prevención de los peligros en el ambiente y posibles agresiones de otros
- 10.- Comunicación con los demás para expresar emociones, necesidades, miedos, dudas e ideas
- 11.- Práctica religiosa de acuerdo a sus creencias
- 12.- Realización de algún trabajo que le proporcione satisfacción
- 13.- Participación en juegos u otras formas de diversión
- 14.- Aprendizaje, inquisición o satisfacción de la curiosidad que produzca un desarrollo y una salud "normales"⁵⁰

Phaneuf hace algunas modificaciones en algunas de las necesidades, que vale mencionar.

- 4.- Movimientos y Postura adecuada (caminar, estar sentado, acostado y cambio de una a otra) (mantener una circulación adecuada)
- 5.- Sueño y descanso (Conservar un estado de bienestar aceptable)
- 9.- Prevención de los peligros en el ambiente y posibles agresiones de otros (y mantener la integridad física y mental)

⁵⁰ Henderson V. Op. Cit pp. 65.

- 10.- Comunicación con los demás para expresar emociones, necesidades, miedos, dudas e ideas (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
- 12.- Realización de algún trabajo que le proporcione satisfacción (y a conservar su propia estima)

Phaneuf dice que para mantener un equilibrio fisiológico el paciente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción sus necesidades. Si es capaz de responder de manera conveniente por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, como en el caso de un niño.

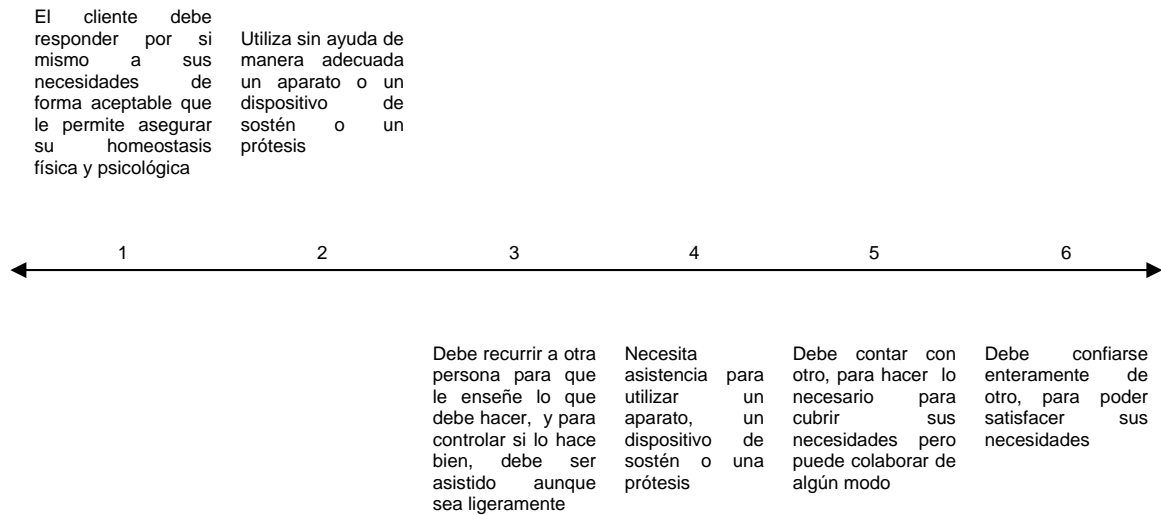
Phaneuf por otro lado menciona que la noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante, ya que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo puede darse cierto grado de insatisfacción sin que esto implique la dependencia del individuo. Por lo que es importante evaluar la capacidad del paciente para satisfacer por si mismo sus necesidades. De esta manera podemos prever la aparición de la dependencia, detenerla o hacerla que disminuya, considerando que la dependencia la lleva a cabo el paciente cuando debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe o lo supla en lo que no puede realizar por si mismo.⁵¹

Phaneuf diseñó una gráfica que llamo **continuum independencia – dependencia** donde de acuerdo a una serie de números se describe la capacidad que tiene el individuo de satisfacer sus propias necesidades es una recta numerada del 1 al 5, donde 1 representa independencia y 5 dependencia total

51 Phaneuf M. Op Cit: 18

CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

I
N
D
E
P
E
N
D
E
N
C
I
A



D
E
P
E
N
D
E
N
C
I
A

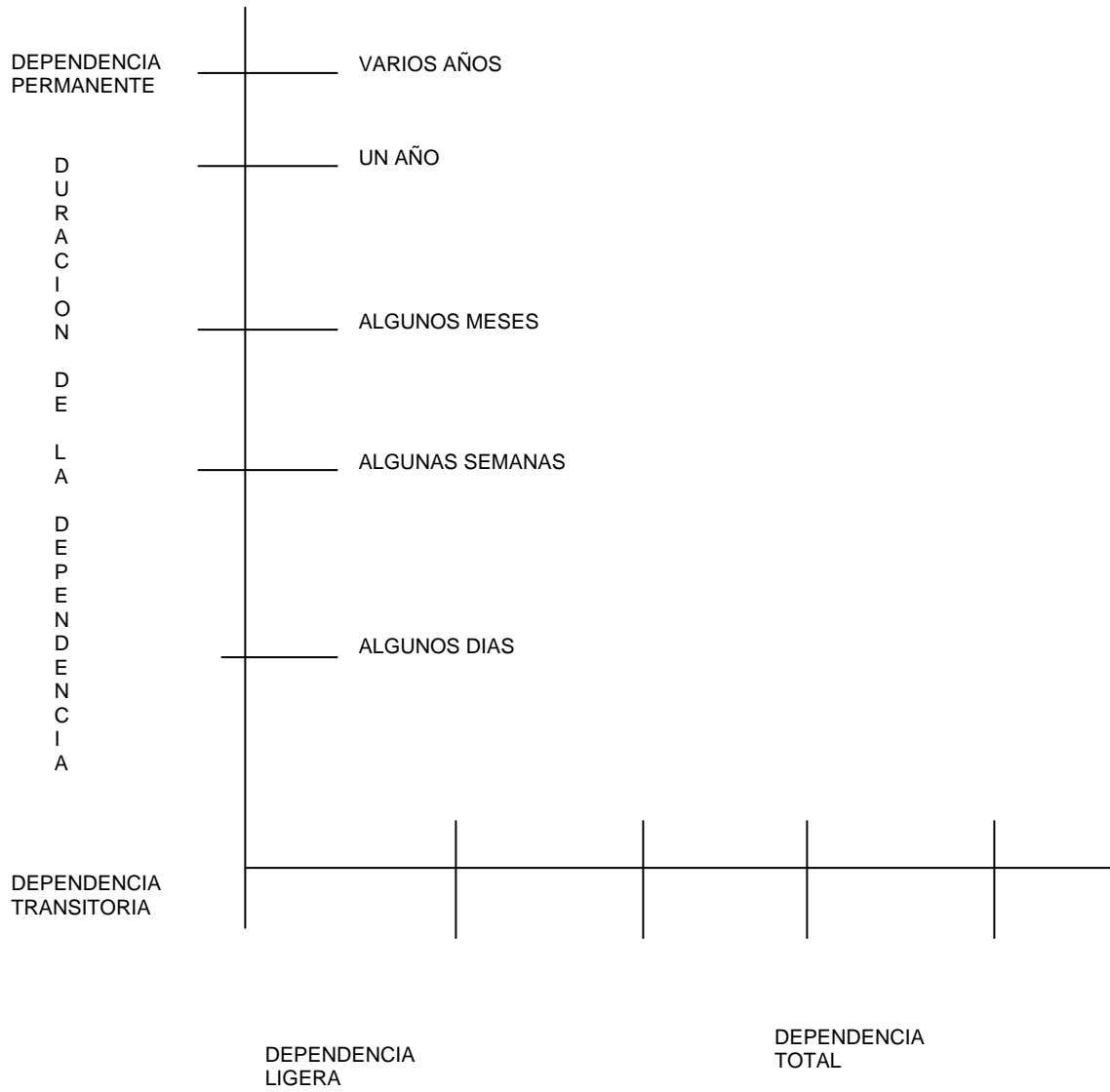
Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Mc. Graw Hill Interamericana. México;1993: 31

La dependencia de una persona de ver ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración, Pude tratarse de dependencia ligera o total, transitoria o permanente como se muestra en la grafica siguiente.⁵²

Es importante mencionar que la satisfacción de una necesidad puede verse obstaculizada no solo por una insuficiencia de tipo cuantitativa, sino también puede ser de tipo cualitativa, por eso cuando una necesidad no se satisface de modo suficiente, el individuo se encuentra incompleto dependiente en estado de desequilibrio físico, psicológico, social y espiritual.

⁵² Phaneuf M. Op Cit: 32

RELACIÓN ENTRE DURACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Mc. Graw Hill Interamericana. México;1993: 32

RELACIÓN ENTRE LAS NECESIDADES

Las necesidades están relacionadas entre si y la insatisfacción de una de ellas siempre repercutirá en las otras por lo que intervenir en la necesidad insatisfecha permite solucionar no solo la dificultad primaria, si no también las que se derivan de ella.

Esta interacción entre las necesidades nos muestra la complejidad del ser humano y la conveniencia de considerar las necesidades en su conjunto, puesto que la persona forma un ser integrado.

Relaciones entre las Necesidades Afectadas

Necesidad alterada	Necesidades más afectadas
Respirar	Beber y comer, Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Realización, Distracción
Beber y comer	Respirar, Eliminar, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos
Eliminar	Beber y comer, Dormir y descansar, Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos, Distracción
Moverse y mantener una postura adecuada	Respirar, Beber y comer, Eliminar, Dormir y descansar, Vestirse y desnudarse, Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos, Evitar peligros, Realización, Distracción
Dormir y descansar	Beber y comer, Eliminar, Realización
Vestirse y desnudarse	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	Respirar, Beber y comer
Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos	Moverse y mantener una postura adecuada, Vestirse y desnudarse
Evitar peligros	Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Comunicación con sus semejantes
Comunicación con sus semejantes	Evitar peligros, Distracción
Actuar según las propias creencias y valores	Beber y comer, Vestirse y desnudarse, Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos, Comunicación con sus semejantes, Realización
Realización	Respirar, Eliminar, Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos, Comunicación con sus semejantes

Necesidad alterada	Necesidades más afectadas
Distracción	Respirar, Beber y comer, Moverse y mantener una postura adecuada, Evitar peligros, Comunicación con sus semejantes
Aprendizaje	Todas las necesidades

Fuente: Pnaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México. Mc- Hill Interamericana:199: 24

ELEMENTOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermeras, Fawcett ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido que los concepto de **Persona, Cuidado, Salud y Entorno** están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita.

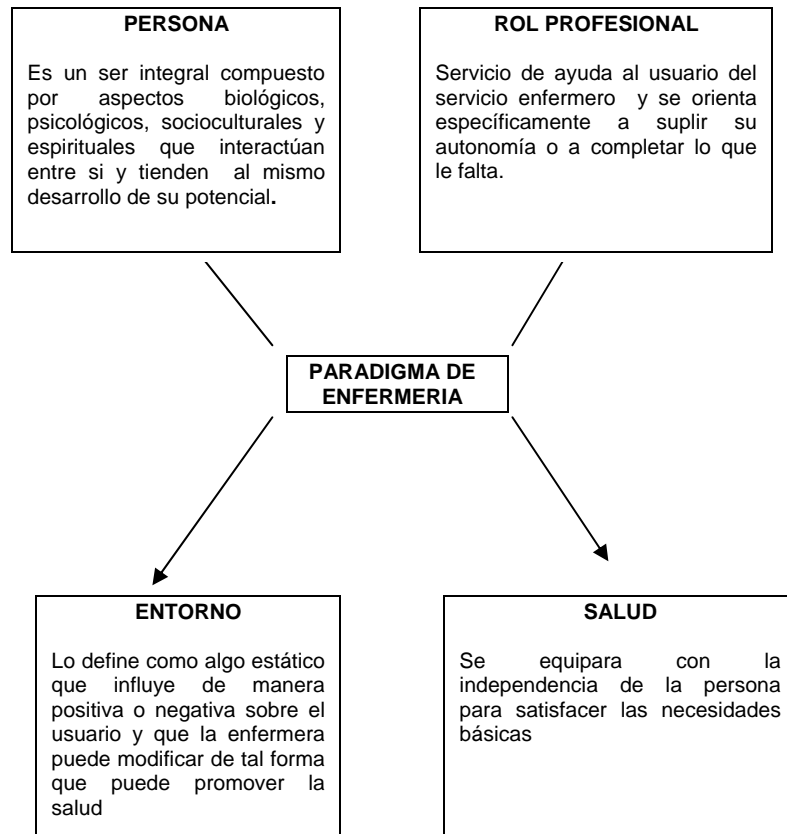
Persona: Es untado complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Toda persona tiende hacia la independendencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarlas.

Cuidado: Consiste en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, si estas contaran con la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios, con la finalidad de restablecer la independendencia en el individuo.

Salud: es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales.

Entorno: es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona, de aquí la razón por la que Enfermería se interese en

mantener un entorno agradable. A continuación se muestra un esquema que representa los elementos del metaparadigma de enfermería.

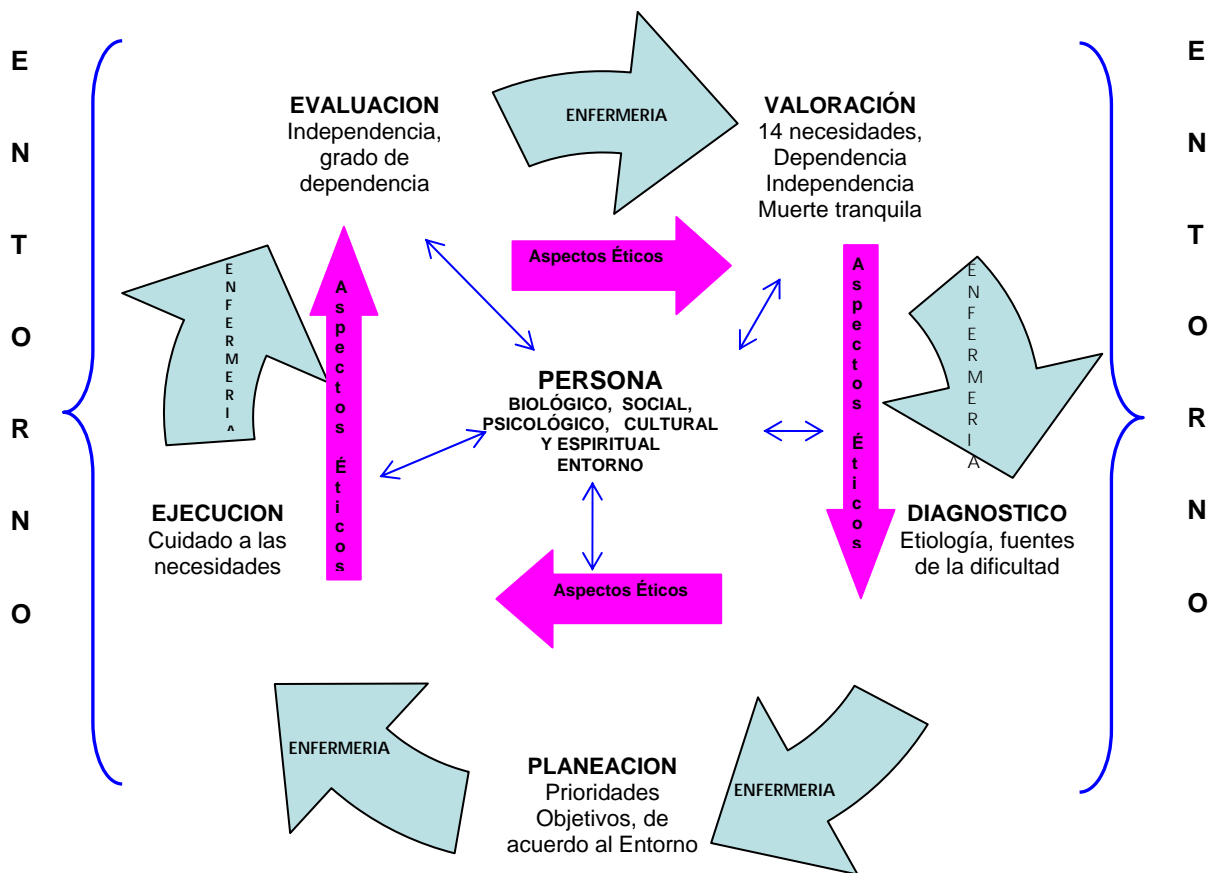


Esquema elaborado por: Mariano N. 2006.

En el siguiente esquema podemos observar al ser humano como un ser integral compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y le ayudan al mismo desarrollo de su potencial, el personal de Enfermería a través del de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), obtiene información de él, para identificar las Fuentes de dificultad a través de determinación de las necesidades alteradas, determinar los problemas que presenta, elabora diagnósticos con etiologías propias del área de Enfermería así como también elaborar objetivos, plantea un plan de acción cuyo fin será cumplir los objetivos planeados ya sea corrigiendo, eliminado o modificando el entorno, lleva acabo las acciones y actividades

planteadas con la ayuda del propio paciente y siempre tomado en cuenta que el paciente cuenta con una identidad propia que exige ser tratado dentro de un marco de equidad, dignidad respetando sus derechos como ser humano, finalmente estas acciones ejecutadas son evaluadas para que se puedan determinar su funcionalidad y el grado independencia, dependencia o una muerte digna que obtuvo el paciente en la aplicación de los cuidados, es necesario decir así mismo que la evaluación es una etapa que debe realizarse en todo momento para estar seguros de la efectividad del Proceso

EL MODELO DE HENDERSON, EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y LA ÉTICA



Esquema elaborado por: Mariano N. 2006.

1. 4 ASPECTOS ÉTICOS EN ENFERMERÍA

En nuestro país cada vez mas se esfuerza por contar con una mejor calidad en los servicios de salud ya sean públicos o privados. Esto obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

El profesional de Enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional; mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y atributos para ejercer y asegurar una atención que es regulada por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen una requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la Enfermería en México.

El profesional de Enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así como acciones, decisiones y opiniones que tratarán de orientar en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de Enfermería y de los mismos profesionistas

Un código de ética tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En Enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, que inspire respeto a la vida, a la

salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente, resaltando los atributos y valores congruentes con la profesión.⁵³

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) fue quien adoptó por primera vez un código de Ética para enfermeras en 1953, desde entonces realiza una revisión periódica para mantenerlo actualizado de éste, se deriva el código de Ética en Enfermería que rige en nuestro país.⁵⁴

ÉTICA

La palabra ética proviene del vocablo griego "ethos" que significa carácter, modo de ser. La ética estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones. Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo.

La ética es considerada una ciencia normativa, porque se ocupa de un ideal, el debe ser de la conducta humana.

Principios de la Ética en Enfermería

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

Justicia.- La justicia en la atención de Enfermería en la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, en la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

53 Comisión de Arbitraje Médico del estado de Veracruz. Derecho de las Enfermeras y los enfermeros (en línea). (consulta 2006-octubre-4) (20 Págs.) disponible en <http://www.codamedver.gob.mx/codigoenf.htm>

54 Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. (en línea) (consulta 2006- octubre-19); (12 págs.) Disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

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

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

Confiabilidad.- 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, compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Terapéutico de totalidad.- A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.⁵⁵

Fuentes de la ética profesional de Enfermería

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad tiene como base:

Normas Jurídicas: Se basan en el cumplimiento del conjunto de normas o reglas de conducta de carácter obligatorio que regulan las actividades de los individuos en su convivencia social.

Normas Morales: El profesional de Enfermería debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, ya que con su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional

Normas de Trato Social: El profesional de Enfermería debe coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de salud en la atención al individuo, cumpliendo así las normas establecidas por la sociedad.⁵⁶

⁵⁵ Comisión de Arbitraje Médico del estado de Veracruz. Derecho de las Enfermeras y los enfermeros (en línea). (consulta 2006-octubre-4) (20 Págs.) disponible en <http://www.codamedver.gob.mx/codigoenf.htm>

⁵⁶ Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. (en línea) (consulta 2006- octubre-19); (12 págs.) Disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA

EL Código Deontológico de Enfermería, encierra un conjunto de derechos y obligaciones así como normas éticas y morales que debe conocer el profesional de Enfermería para aplicarlos en la práctica diaria.

Dicho código se encuentra reglamento en relación:

El profesional de Enfermería y paciente: La relación entre el profesional de Enfermería y el paciente debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana, tratar al paciente como un ser con necesidades biológicas, psicológicas y sociales

El profesional de Enfermería y el ejercicio de la profesión: Debe cumplir sus funciones con elevado espíritu de responsabilidad manteniendo el secreto profesional asumiendo la responsabilidad de sus juicios y actos, mantenerse actualizado su nivel de conocimientos, debe actuar equilibradamente conservando los principios éticos y morales en la práctica.

El profesional de Enfermería y la sociedad: Su máxima defensa deberá ser bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad.

El profesional de Enfermería y sus colegas: Las relaciones humanas con sus compañeros deben ser de respeto, trabajar en equipo, en caso de que los cuidados que recibe un paciente se vean en peligro por un compañero, debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia, deberá actuar como defensor del paciente cuando los cuidados de la salud y la seguridad, se ven afectados por la incompetencia y la falta de ética o ilegalidad en la actuación de un compañero.

La enfermera (o) y la institución: Debe preservar los bienes de la institución, administrar, controlar y supervisar los insumos y bienes de la institución

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

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

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

1. 5 LA VASCULITIS, COMPLICACION FRECUENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Concepto

Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se reconoce como una enfermedad multisistémica autoinmune, de curso crónico, con expresión clínica de carácter cíclico, caracterizada por remisiones y exacerbaciones que compromete la piel, articulaciones, riñones, pulmón, sistema nervioso central, serosas, sistema cardiovascular y otros órganos. Su etiopatogenia es motivo de investigación permanente, pareciendo ser la asociación de un factor genético a un compromiso autoinmune caracterizado por depósitos de complejos inmunes en diferentes órganos la hipótesis más aceptada.⁵⁷

Es una enfermedad poco frecuente en niños y ocupa el segundo lugar entre las mesenquimopatías infantiles. La expresión clínica en niños es de mayor severidad y debe tenerse presente tanto por su elevada morbimortalidad como también por su potencial incapacitante.⁵⁸

Epidemiología

El LES es una enfermedad de distribución mundial, afecta a todas las razas aunque es de mayor gravedad en la raza negra, tiene predominio por el sexo femenino en la proporción de 9:1, se manifiesta en cualquier edad siendo más frecuente en la etapa productiva y reproductiva de la vida (entre 20 y 40 años, en niños y adolescentes).

⁵⁷ Álvarez P. Cols. **Compromiso cardiovascular en niños con Lupus Eritematoso Sistémico.** *Rev. chil. pediatr.*. [online]. jul. 2000, vol.71, no.4 [citado 05 Noviembre 2006], p.328-334. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000400008&script=sci_arttext

⁵⁸ Monrroy G. Lupus Eritematoso Sistémico. Educación médica continúa. (en línea) (consulta 2006- octubre-19) (5 Págs.) Disponible en <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/lupus.htm>

Es una enfermedad poco frecuente en la infancia y ocupa el segundo lugar entre las mesenquimopatías infantiles. En los Estados Unidos su incidencia es de aproximadamente 0,6 casos por 100 000 habitantes

La expresión clínica en el niño a diferencia del adulto es de mayor severidad, en ocasiones fulminante y multisistémica; se presenta predominantemente en mayores de 5 años y hasta 80% en el sexo femenino. Los órganos y sistemas que se ven comprometidos con mayor frecuencia son las articulaciones, piel y riñones. El compromiso cardiovascular se estima en 30 a 40%, cifra similar a la descrita en adultos y, puede ser primario, manifestándose como pancarditis, arritmias y/o arteritis coronaria o secundario al uso de esteroides, que favorecen la aparición precoz de aterosclerosis coronaria, hipertrofia miocárdica e hipertensión arterial. Las manifestaciones cardiovasculares son variadas siendo la pericarditis y miocarditis las complicaciones más frecuentes.⁵⁹

Concepto de Vasculitis

Es la lesión cutánea inespecífica más frecuente del lupus eritematoso sistémico, observándose entre un 20 y 40% de los casos. La expresión clínica de las lesiones de vasculitis es variable desde lesiones urticariformes, púrpura palpable y úlceras cutáneas. Al igual que otras formas de vasculitis la localización mas frecuente son las extremidades inferiores. La mayoría de las vasculitis observadas en el contexto de un paciente con LES son vasculitis mediadas por el depósito de inmunocomplejos, el estudio histológico de estas lesiones muestra una vasculitis leucocitoclástica.

Las vasculitis son un grupo de enfermedades que se caracterizan por presentar inflamación de los vasos sanguíneos, determinando así deterioro u obstrucción al flujo de sangre y daño a la integridad de la pared vascular. Pueden afectar cualquier tipo de vaso del organismo y el compromiso puede ser de uno o varios órganos o sistemas.

⁵⁹ Álvarez P. Cols. Op Cit:328-334

Los datos clínicos de estas enfermedades está dada por la expresión de la isquemia a los tejidos irrigados por los vasos comprometidos, además de presentar fiebre, baja de peso, anorexia, astenia y compromiso estado general que acompañan frecuentemente a la inflamación sistémica. Hasta un compromiso de múltiples órganos y sistemas que puede determinar una falla multiorgánica y la muerte del paciente

La inflamación de los vasos puede ocurrir por tres mecanismos:

Noxa directa sobre el vaso por algún agente: Este es el mecanismo menos reconocido como responsable del desarrollo de vasculitis. Se han descrito en relación con agentes infecciosos (virales o bacterianos), embolías de colesterol e inyección de ciertos materiales tóxicos (ej. Abuso de drogas).

Procesos inflamatorios dirigidos sobre algún componente de la pared vascular: se reconocen anticuerpos antimembrana basal, que pueden causar capilaritis en pulmón y riñón y Anticuerpos anti célula endotelial.

Compromiso secundario a un proceso inflamatorio no relacionado directamente a los vasos: Este es el mecanismo con mayor evidencia en el desarrollo de vasculitis, en donde la formación de complejos inmunes juega un papel fundamental. Cualquier antígeno que permanezca por un tiempo suficiente en el intravascular es capaz de desencadenar la producción de anticuerpos, que unidos al antígeno forman complejos inmunes en la circulación

Etiología

Asociado con enfermedades atópicas: En estas las reacciones de hipersensibilidad tipo I son centrales. Hay producción de IgE en respuesta a algún agente ambiental, que se unen a las células plasmáticas a través de su receptor Fc. En las exposiciones posteriores al agente ambiental, la IgE unida induce la degranulación de los mastocitos liberando mediadores que producen reacciones alérgicas.

Asociada con autoanticuerpos: Las reacciones de hipersensibilidad tipo II involucran la producción de (auto) anticuerpos tipo IgM o IgG. En este grupo los anticuerpos más importantes reconocidos son los anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) y los anticuerpos anticélulas endoteliales (AECA)..

Asociada con complejos inmunes: Estas se caracterizan por presentar complejos inmunes circulantes y depósito de estos en las paredes de los vasos sanguíneos.

Asociada con Hipersensibilidad mediada por linfocitos T: En la pared arterial se encuentra un gran número y proporción de linfocitos T CD4 infiltrantes. También se encuentran macrófagos y células gigantes, con ausencia casi total de neutrófilos y células plasmáticas.⁶⁰

Cuadro Clínico

Piel: Las manifestaciones son variadas: exantema, púrpura, nódulos subcutáneos, úlceras, necrosis y lívido reticularis. Estas lesiones traducen compromiso inflamatorio de arteriolas y capilares subcutáneos y de la dermis, puede ser necrotizante o granulomatoso al examen histológico. La distribución no es constante, pudiendo existir compromiso de extremidades, tronco o ambos.

Neurológico: lo más frecuente es la neuropatía periférica, que se puede manifestar como mononeuritis múltiple o como polineuropatía. Está se debe al compromiso inflamatorio de los vasos del epineuro y produce alteraciones de las fibras sensoriales (parestias, disestesias, hormigueo y sensación de "corriente") o de las fibras motoras (paresia) o ambas.

⁶⁰ Monrroy G. Lupus Eritematoso Sistémico. Educación médica continúa. (en línea) (consulta 2006- octubre-19) (5 Págs.) Disponible en <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/lupus.htm>

Músculo: compromiso inflamatorio de los vasos musculares, lo que determina una miopatía con dolor en masas musculares y disminución de fuerzas. Se caracteriza por producir elevación de las enzimas CPK y LDH.

Articulaciones: se observan artralgiyas, en general de articulaciones grandes y artritis en un 10-20% de los pacientes.

Vísceras: puede haber compromiso de cualquier órgano. Los más frecuentes son el compromiso de **vía aérea-pulmón** y **riñón**. En la vía aérea el compromiso vascular puede determinar una sinusitis, otitis, mastoiditis, perforación del tabique nasal y alteración de cuerdas vocales. Las manifestaciones pulmonares pueden ser hallazgos radiológicos como formación de nódulos, cavitaciones o infiltrados hasta hemoptisis y hemorragia pulmonar con el subsecuente compromiso ventilatorio del paciente. El compromiso renal puede manifestarse como cualquiera de los síndromes nefrológicos clásicos: síndrome urinario, nefrítico o nefrótico, que pueden llevar a la insuficiencia renal terminal. También puede manifestarse como HTA de reciente comienzo o difícil manejo.

Otros compromisos que se pueden observar son el **intestinal**, con hemorragia digestiva, perforación u obstrucción intestinal; **cardíaco**, con isquemia miocárdica; **ocular**, con episcleritis, uveítis y amaurosis; **hepático**, con elevación de transaminasas.⁶¹

Diagnóstico

El diagnóstico de las vasculitis se basa en la combinación de hallazgos clínicos, serológicos, histológicos y angiográficos.

Se clasifican según un consenso desarrollado en 1992 (Conferencia de Chapel Hill), que toma en cuenta los siguientes aspectos:

⁶¹ Lupus Foundation of America (on line) (consulta 2006-octubre-19) (3 Págs). Disponible en <http://www.lupus.org/newsite/index.html>

- Manifestaciones clínicas e histopatológicas
- Tamaño de los vasos comprometidos
- Presencia de marcadores serológicos, por ejemplo los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)
- Tejido comprometido, demostrado por inmunohistoquímica

Los exámenes que se solicitan van orientados a confirmar el compromiso inflamatorio sistémico de estas vasculitis, el compromiso particular de los distintos órganos y exámenes diagnósticos para diferenciar tipo de vasculitis.

- Hemograma-VHS: para determinar existencia de anemia habitualmente normocítica-normocrómica, Plaquetas y VHS elevadas.
- Perfil bioquímico: evaluar compromiso renal (elevación del BUN), hepático (transaminasas y bilirrubina) y muscular (LDH)
- Creatininemia para evaluación de la función renal y sedimento de orina para evaluar la presencia de proteinuria y de inflamación glomerular: hematuria con glóbulos rojos dismórficos y presencia de cilindros, principalmente hemáticos.
- CPK para evaluación compromiso inflamatorio muscular
- Radiografía de Tórax, en busca de infiltrados o nódulos pulmonares
- Electromiografía (EMG), que certifica mononeuritis múltiple, polineuropatía o miopatía
- ANCA, anti-PR3 y anti-MPO: que son positivos hasta en 90% de los GW y MPA
- Crioglobulinas séricas y niveles de complementos C3 y C4.
- Serología de Hepatitis B y C cuando se sospecha formación de crioglobulinas.
- Angiografía, que demuestra irregularidades del calibre de los grandes vasos en caso de Arteritis de Takayasu.⁶²

62 Solís, C, Cols. Síndrome Neuropsiquiátrico en Lupus Eritematoso Sistémico. Rev. Ecuat. Neurol. 2005; 14(1- 3)

Tratamiento

Una vez hecho el diagnóstico de vasculitis determinada, es necesario comenzar un tratamiento precoz para evitar el desarrollo de complicaciones. El diagnóstico muchas veces requiere la exclusión de otras enfermedades que pueden producir sintomatología similar, principalmente infecciones y tumores

La mayoría de las vasculitis requiere tratamiento esteroideal en dosis altas, que puede ser dado en forma oral o en pulsos endovenoso, cuando exista riesgo de compromiso de órgano vital.

El tratamiento esteroideal es variable, dependiendo del tipo de vasculitis y la respuesta al tratamiento instaurado. En general se debe intentar la disminución rápida, aunque gradual, de las dosis para evitar las temidas complicaciones de los corticoides

La efectividad del tratamiento de las vasculitis ha sido analizada repetidamente en los últimos años. Como tratamiento de sostén, prevención de recaídas y "ahorrador de esteroides", el tratamiento combina el uso de corticoides con citotóxicos como el Metotrexate, Azatioprina o Ciclofosfamida. La elección de estos estará dada por el tipo de vasculitis, la extensión del compromiso clínico, la respuesta al tratamiento y efectos adversos. Estos medicamentos tienen riesgo de complicaciones, que pueden ser fatales. La principal complicación son las infecciones.^{63, 64}

63 Lupus Foundation of America (on line) (consulta 2006-octubre-19) (3 Págs). Disponible en <http://www.lupus.org/newsite/index.html>

64 Álvarez P. Cols. **Op Cit**:.328-334

II METODOLOGIA

2. 1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de E. A. T Adolescente de 11 años de edad, forma parte de una familia nuclear formada por el padre, la madre, una hermana mayor y un hermano menor de 16 y 5 años respectivamente, originaria del Estado de México, vive en una casa hecha de cemento y loza, la cual rentan, es de una sola planta con dos habitaciones, sala, comedor, cocina y baño, refiere que cuenta con todos los servicios públicos y de transporte, profesa la religión católica, el padre es el único proveedor de los gastos en la familia, se dedica a la elaboración de peceras de cristal (oficio donde ocasionalmente ayuda la madre), estudio únicamente la secundaria; en cuanto a la madre es la responsable del cuidado de los hijos y del hogar, es ella quien se encarga de traer a la paciente a sus consultas al hospital , ella solo estudio la primaria, en cuanto ala hermana esta estudia tercer semestres de preparatoria, la paciente se quedo en quinto año de primaria, el hermano menor cursa el tercer año de Kinder.

En la familia existen antecedentes patológicos importantes como diabetes e hipotiroidismo.

En cuanto a las relaciones familiares existe buena comunicación, ocasionalmente llegan a haber roces entre la paciente y sus hermanos, estos se resuelven satisfactoriamente, en cuanto a la relación con el resto de la familia existe estrecha relación afectiva y de cariño entre todos los miembros se visitan mucho con los tíos y los abuelos maternos.

Respecto a la historia de nacimiento de la paciente la madre refiere que es producto de su segundo embarazo, nació por cesárea debido a que presentaba desproporción cefalopélvica (DCP), no hubo complicación alguna al momento de nacer lloró respiro, presento un peso de 3350g y midió 56cm. No recuerda el Apgar, egresaron al tercer día de nacimiento.

Fue alimentada hasta los dos años de edad con seno materno a los tres meses inicio ablactación con frutas y verduras se integro a la dieta familiar al año. Respecto al desarrollo psicomotor refiere la madre que fijo la mirada al mes, a los tres inicio sostén cefálico, a los seis inicio sedestación y a los nueve se sentó sin ayuda, deambulo y pronuncio una palabra. A los dos años controlo esfínter vesical y a los dos años y medio anal. Posterior a esto su desarrollo psicomotor fue normal sin alteraciones

Durante su etapa neonatal no presento ninguna alteración; durante la edad preescolar presento procesos catarrales frecuentes, siempre acudió a medico particular para su tratamiento. Presento varicela a los dos años, hepatitis "A" a los dos años, rubéola a los seis, fue intervenida en julio de 2005 quirúrgicamente a los diez años por apendicitis, cuenta con su esquema de vacunación completo, con dosis extras de neumococo, heptavalente, polivalente, influenza, hepatitis A, niega ser alérgica a algún medicamento u alimento y ha sido transfundida en varias ocasiones.

Fue diagnosticada en septiembre de 2004 con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), manifestado por alucinaciones fue tratada con tratamiento farmacológico a base de esteroides estuvo Internada en el Hospital Infantil Federico Gómez por 40 días, egresando a su domicilio posterior a ello, en abril del 2005 presento un infarto cerebral por crisis convulsivas como consecuencia del abandono del tratamiento, nuevamente fue tratada con esteroides en la misma Institución, por un año y cuatro meses se mantuvo con buen control durante los cuales asistió a su consultas oportunamente.

Su padecimiento actual inicia el 21 de agosto de este año 2006 que se presenta a urgencias por presentar irritabilidad, llanto fácil, labilidad emocional, mirada fija, alucinaciones, hipotermia dolor y ardor en ambos pies, llenado capilar distal retardado, cambio en la coloración de tobillos y pies de 5 días de evolución; después de ser valorada se diagnostica con vasculitis de miembros pélvicos se decide su hospitalización en el servicio de pediatría III para su

tratamiento e iniciar tratamiento con esteroides, anticoagulantes, el 24 de agosto se le colocaron tubos de ventilación en ambos oídos para tratamiento de oxigenoterapia que inicio el 26 de agosto (15 sesiones en cámara hiperbárica), antibióticos, citotóxicos y antipsicóticos,

El 25 de septiembre es valorada por los médicos especialistas de ortopedia quienes después de revisar los resultados de la tomografía realizada el 20 de septiembre en miembros pélvicos, y valorar los signos de infección que presentaba para entonces y ante la imposibilidad de ofrecer otro tratamiento como medio de limitar el daño deciden amputar ambas extremidades.

Se inicio el seguimiento de la paciente el 25 de septiembre en el servicio de pediatría III. Las condiciones en las que se encontró a la paciente fue la siguiente: adolescente de 11 años de edad aparente igual a la cronológica se observa de aspecto aseado, cabello castaño rizado peinado en dos coletas, ojos tristes y llorosos, con cambios constantes en el estado de animo que van desde el llanto hasta la euforia, se encuentra sentada en su cama con los pies colgando a un costado para mejor comodidad, los pies presentan cambios en la coloración se aprecian marmóreos inicia en los tobillos y bajan hasta las plantas de ambas extremidades. Su actitud es de colaboración aunque luego de un tiempo se muestra molesta y no contesta. Presentaba los siguientes datos de Somatometría y de laboratorio.

SOMATOMETRÍA	VALORES	LABORATORIO	Valores reales
Peso	34kg	hemoglobina	15.3 g/dl
Talla	145 cm	hematocrito	45.1%
Perímetro cefálico	49cm	Tiempo de protrombina	26.9
Perímetro torácico	65 cm	Tiempo de tromboplastina	21.8
Perímetro abdominal	70 cm	Magnesio	1.8meq/l
Perímetro braquial	19 cm	Potasio	3.7meq/l
Frecuencia Respiratoria	20 x minuto	Calcio	8.7mg/l
Frecuencia Cardíaca	88 x minuto	Ph urinario	6.5
Presión Arterial	94/68 mgHg	Densidad urinaria	1006
Temperatura	36.5°		

POSTURA Y MOVIMIENTO

Refiere que empezó a sentir dolor y ardor en ambos pies además del cambio en la coloración cada vez se veían más negros, acudió al hospital luego de cinco días evolución, El 29 de septiembre es sometida a tratamiento quirúrgico se realiza amputación en región supracondilea la cual ocurre sin complicación alguna. El 10 de octubre egresa a su domicilio con signos estables y en silla de ruedas, actualmente se moviliza en silla de ruedas y para moverse necesita de la ayuda de otras personas como familiares y amigos.

Glasgow 15/15, existe cierto grado de lordosis, sus glúteos se encuentran soportando todo el peso del cuerpo, fuerza grado 5/5, reflejos bicipital, tricipital positivos, no se valora marcha por presentar amputación bilateral. Esta necesidad se considero de mayor prioridad debido a que con la amputación de sus piernas su estilo de vida cambio totalmente, por el momento depende en todo de su madre y de acuerdo al nivel de independencia que la paciente adquiera con el tiempo podrá resolver las otras necesidades.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Psicológicamente se encontraba deprimida irritable, con miedo e incertidumbre físicamente presento dehiscencia en herida de muñón izquierdo recibió tratamiento farmacológico resolviéndose satisfactoriamente, actualmente las heridas de sus muñones continúan en proceso de cicatrización, el nivel de conocimientos no es el optimo de que carece de información sobre como identificar datos de infección en sus heridas quirúrgicas. Esta necesidad se considera en segundo lugar dada la importancia que tiene en el procesote rehabilitación.

VALORES Y CREENCIAS

La paciente durante su estancia hospitalaria inicio con el proceso de duelo por la perdida de sus extremidades, cuando se entero de la resolución medica no

acepto la amputación lloraba mucho y pedía a Dios por sus piernas, creyó en la posibilidad de una recuperación a través de remedios caseros; en la etapa de enojo se preguntaba porque a ella, no comprendía lo que le estaba sucediendo ni porque, con miedo al rechazo, se mostró enojada, agresiva, con todos los que se encontraban a su alrededor, en ocasiones no quería hablar ni con su familia, se negaba a comer, posteriormente aceptaba la amputación pero solo hasta los tobillo, al no obtener respuesta positiva se enojaba mucho, cuando se llevo a cabo la cirugía se mostró un poco mas tranquila y dio datos de aceptación posterior a la cirugía cuando los dolores en su piernas disminuyeron

Actualmente la propia paciente refiere que su rehabilitación no han sido del todo aceptable, por lo que ocasionalmente llora principalmente si recibe malas noticias que impidan su pronta recuperación. Es tal motivo dentro de la categorización la ubico en tercer lugar, dada la importancia que tiene la resolución de su perdida.

DESCANSO Y SUEÑO

Duerme en promedio 10 horas al día, se duerme a las 22 hrs. y despierta a las 8 de la mañana, no acostumbra a dormir siesta, no utiliza algún objeto significativo para dormir, duerme con la luz apagada, en ocasiones con el televisor encendido, utiliza pijama de franela con estampados infantiles le gustan mucho, comparte la habitación con su hermana mayor, en camas separadas su recamara es calida, su sueño es tranquilo, ocasionalmente despierta para ir al baño, duerme con facilidad no ha tenido pesadillas desde hace mucho tiempo, actualmente su patrón de sueño se altero debido a su hospitalización, refiere dolor y ardor intenso en los pies por lo que es necesario que ingiera medicamento para poder conciliar el sueño, pese a esto el descanso no es total porque despierta varias veces por el dolor originando cambios en los horarios de sueño, posterior a la cirugía ha mejorado enormemente el dolor es menor pero soportable, estuvo bajo sedación por tres día se siente mejor y un poco mas descansada.

Se observa con palidez de tegumentos, ojos tristes, manchas oscuras marcadas en párpados inferiores, a la palpación realizada en diversas partes del cuerpo, brazos abdomen, piernas, no hay manifestación de dolor. Esta necesidad se coloca en el cuarto lugar porque había pasado varios días sin dormir adecuadamente, el descanso es importante para restablecerse y poder ayudar a la cicatrización de las heridas.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

La paciente es de constitución delgada, se encuentra hospitalizada desde hace 40 días, refiere que la comida del hospital es desagradable, solo como el cereal y la leche en ocasiones la fruta, su dieta es complementada con algunos alimentos que la madre le trae, como atún, tortas y hamburguesas, en casa consume carne de puerco 5x7, de res 4x7, pescado 5x30, pollo 3x7, verduras 30x7 agua 1.5 L, al día, pan 2 o tres por día bolillo, le disgusta el pan del dulce. Peso para la edad 35 kg esperado y 97%, Talla edad 145 esperado al 100%, peso talla 35k 94.7% la exploración física se observa se observan hematomas en brazos y piernas además de necrosis tisular en ambas extremidades pélvicas, cabello brillante bien implantado, su piel es pálida reseca con hematomas dispersos, poco turgente, en cuánto a su ojos se observan llorosos conjuntiva poco rosada. Boca con labios resecos pálidos encías rozadas integrales firmes. Dientes bien alineados íntegros 28 piezas, (aun no están presentes los terceros molares), color marfil, con datos de placa dectobacteriana y rasgos de caries, encías y carillos rosados, Brazos con perímetro bicipital de 19cm, Abdomen se observa integridad de la piel, se auscultan ruidos intestinales disminuidos no hay presencia de dolor a la palpación profunda, se percute y el sonido es mate a nivel del hígado y timpánico en la región del mesogastrio. En octavo lugar se encuentra esta necesidad porque no tiene conocimiento sobre los alimentos adecuados para su edad, por otro lado por el momento es incapaz de proveerse de sus alimentos por su estado anímico y de salud en que se encuentra.

ELIMINACIÓN

Evacua 2 veces cada tercer día generalmente, la consistencia de las heces es pastosas muy fétidas, esto es principalmente cuando tarda varios días en evacuar, son de color café, no presenta dolor al evacuar, orina varias veces al día en un promedio de 8 veces y 300ml por micción refiere que varia dependiendo de la cantidad de agua que ingiera, el color de de la orina es amarillo claro no fétida, sin sedimentos aparentes, no presenta dolor, comezón o ardor al orinar, en cuanto periodo menstrual este aun no esta presente, refiere que en tiempo de calor suda mucho. A la exploración se observa abdomen plano con cicatriz longitudinal de 7cm aproximadamente del mismo tono del resto de la piel en zona inguinal derecha, a la auscultación se escuchan ruidos intestinales 4 por minuto tipo borboteos, a la percusión el sonido es plano a la altura del hipocondrio derecho y timpánico en resto del abdomen, a la palpación no existen datos de irritación peritoneal, no hay dolor, reflejos cutáneos presentes, no se palpan masas o tumoraciones, los genitales son valorados durante el baño y estos se observan adecuados para la edad y sexo. Esta necesidad e encuentra en sexto lugar porque la paciente así como su madre carecen de conocimientos sobre los alimentos que contienen fibra y que ayudan a tener una buena digestión y eliminación intestinal, aunado a esto el reposo a que esta sujeta por estar reciente la cirugía.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Se baña diariamente por la tarde con agua tibia para lo cual necesita ayuda de la madre, así como para ir al baño, utiliza para su aseo personal shampoo, enjuague, jabón, crema humectante, cepilla sus dientes dos veces al día durante el baño y antes de dormir, lava sus manos varias veces al día principalmente antes de de comer y después de ir al baño, no se corta seguido las uñas, cambio diario de ropa interior y exterior, se peina con coletas, se maquilla ocasionalmente. En el séptimo lugar esta necesidad porque no cuenta con la fuerza para acudir al baño sola y realizar su aseo personal,

VESTIDO Y DESVESTIDO

Usa cualquier tipo de ropa su color preferido es el morado, su vestuario consta principalmente de playeras, camisetas con estampados, shorts, pantalones chamarras, suéteres le gusta comprarse varios aditamentos para el cabello. Cuando hace frío, se viste con suéter, chamarra, y en tiempo de calor usa ropa ligera porque suda mucho, la ropa que le compran es a su gusto a la moda y tiene la necesaria. Presenta perforaciones en los lóbulos de las orejas pero no lleva puestos aretes, en ambos brazos lleva puestas alrededor de 15 pulseras hechas de pedrería y material metálico, las cuales son regalos de su padre y de su tía, refiere que le fascinan las pulseras y lleva vendados ambos muñones. Los cuales cubre con una frazada de cuadros. Para vestirse necesita la ayuda de su madre quien trae le trae la ropa y ella se viste sola. Esta en noveno lugar porque la dependencia es mínima.

RECREACION

Pasa el mayor tiempo viendo televisión y bordando una funda, refiere que le gustaría asistir a tomar clases de migaron pero esto no es posible ya que la madre se encuentra muy ocupada en las labores del hogar y en las consultas de la paciente, realizan salidas en familia los domingos, también sale con su hermana y los amigos de esta, tiene como mascotas perros, iguanas y tortugas. Colecciona muñecas "Barbie", no le gustan los deportes, casi no acude a fiestas, le gusta la música en inglés, le gusta leer revistas de espectáculos. En décimo lugar porque aunque no realice actividades recreativas ella no refiere aburrimiento.

OXIGENACIÓN

Nariz con tabique integro, respiración nasal con presencia de secreción hialina; Boca labios simétricos, reseca rosados, úvula integra rosada central, amígdalas rosadas grado I; Tórax elíptico, movimientos de ampliación y amplexación simétricos, no hay presencia de lesiones, mamas simétricas

Tanner I, a la auscultación campos pulmonares con murmullo vesicular normal, focos cardiacos, rítmicos y sincrónicos, llenado capilar en extremidades superiores de 2" y de 3" en extremidades inferiores. Esta necesidad la ubico en quinto lugar debido a que su organismo en especial el sistema circulatorio es incapaz de proporcionar un adecuado intercambio gaseoso por presentar circulación ineficaz a nivel distal

COMUNICACIÓN

Pertenece a un núcleo familiar en los que los lazos de amistad y cariño son muy estrechos, se lleva bien con sus hermanos a si como con sus padres especialmente con el papa con quién a raíz de su hospitalización pasa mas tiempo juntos, los familiares (tíos, abuelos, primos) muestra mucho apoyo a la menor y a la familia de ésta. Por esta razón la ubico en décimo tercer lugar

REALIZACIÓN

Actualmente, asiste a su terapia de rehabilitación en el hospital y en el lugar donde le elaboran las prótesis, en casa mientras ejercita sus piernas y abdomen borda y ve televisión, por el momento no esta interesada en realizar una carrera universitaria, comenta que aprenderá el oficio del padre para ayudarle, se encuentra entusiasmada por la posibilidad de tener sus prótesis, para las cuales ya dieron su primer abono, cuenta con el apoyo moral y económico de sus tíos que viven en México y Estados unidos, estos últimos han ofrecido su apoyo para que acuda a recibir rehabilitación en aquel país de ser necesario; refiere la paciente que espera pronto caminar porque para ello cuenta con todo el apoyo de su familia. Esta necesidad esta en el lugar décimo primer lugar porque necesita de la ayudada de sus familiares para realizar sus necesidades básicas.

APRENDIZAJE

Curso hasta el quinto año de primaria con buen aprovechamiento, suspendió sus estudios por estar hospitalizada, y actualmente por estar en terapia de rehabilitación, es una persona inteligente, lista y recuerda con precisión las

dosis su tratamiento, ha aprendido a realizar algunas actividades pero aun no es auto suficiente. Por el momento no esta interesada en regresar a la escuela refiere que será hasta que se sienta mejor, ahora tiene toda su atención e interés esta en continuar con su terapia, para volver a caminar. Esta necesidad esta en décimo segundo lugar porque su restablecimiento ha sido del todo satisfactorio.

TERMORREGULACIÓN

El clima donde vive varia mucho a veces hace calor, frío, viento ó llueve en ocasiones esto pasa en el mismo día, refiere no ser muy sensible a los cambios de temperatura a menos que sean muy bruscos, cuando siente frío se viste con chamarra y suéter, y en temporada de calor utiliza ropa ligera si, esta acalorada se baña hasta dos veces al día, desde hace tiempo no se enferma de “gripa”, esta acostumbrada a que le midan la temperatura con termómetro de mercurio, cuando presenta fiebre esta es controlada con baños de agua tibia y paracetamol, ingiere sus alimentos templados, su casa esta hecha de loza y es calurosa o fría dependiendo de la época del año, tiene preferencia por los días calurosos.

Presento fiebre hace 20 días de 38.7 recibió tratamiento farmacológico con antibióticos, presentaba infección en catéter central (información obtenida del expediente) remitió en dos días, desde entonces no ha presentado otro pico febril. Le gusta bañarse con el agua tibia, la habitación en que se encuentra hospitalizada es calida, por el día y por las noches es fría, refiere que le gusta el clima de su habitación, se palpan diferentes partes de su cuerpo (cara, brazos, espalda, abdomen, piernas) y la temperatura es semejante a excepción de la espalda que se torna mas caliente por estar recargada en la silla de ruedas. Esta en el ultimo lugar porque considero que es independiente de esta necesidad debido a que no existe alguna fuente de dificultad que interfiera en la satisfacción de esta necesidad.

2. 2 PROCESO, MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN

El método utilizado para el abordaje de este caso clínico fue el Proceso de Atención de Enfermería, y el modelo de atención de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Los datos se obtuvieron de fuentes **primarias** (paciente) y **secundarias** (madre, expediente clínico, personal de salud, referencias bibliográficas mediante la observación, entrevista, y exploración física) permitiendo así la validación de los datos.

Los instrumentos para la obtención de los datos fueron la **historia clínica** (anexo No 1) “valoración de las necesidades básicas en los menores de 6 a 12 años” que consta de 8 apartados (datos generales y datos socioeconómicos, historia familiar, historia de nacimiento, valoración de las necesidades básicas, jerarquía de las necesidades, jerarquía de los diagnósticos de Enfermería, plan de atención de Enfermería, y plan de alta). El formato del **Reporte diario** (anexo No 2) utilizado para la valoración focalizada de cada necesidad, que permitió obtener de manera detallada datos objetivos y subjetivos de cada necesidad, e identificar las fuentes de la dificultad para establecer los diagnósticos de Enfermería así como el grado de dependencia utilizando la grafica de continuum independencia – dependencia de Margot Phneuf, así como la grafica de tiempo y duración. Para los aspectos éticos el formato de **Consentimiento informado** (anexo No 3). El cual consta de un renglón para que el padre o tutor anoten su nombre, así como el nombre del paciente participante del caso clínico, se anota el nombre del estudio de caso, la finalidad que tiene la realización del mismo y una nota aclaratoria de que el familiar podrá retirarse del estudio si así lo considera necesario sin que por esto se le niegue la atención medica en la institución, existe un apartado donde se anota el nombre y la firma del responsable del estudio, otro apartado para la firma del padre o tutor, nombre y firma de dos testigos así como el domicilio de los estos;

finalmente la fecha en que se lleva a cabo la realización del consentimiento informado.

2.3 PROCESO DIAGNÓSTICO

Por medio de los datos obtenidos se detectaron las necesidades afectadas así como el grado de dependencia que guardaba el paciente frente a cada una de estas necesidades, posteriormente se establecieron los diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y de salud.

Para la redacción de los diagnósticos reales, se recurrió al formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) para los diagnósticos de riesgo las Características definitorias y factores de riesgo, para los de salud solo etiquetas diagnosticas, mediante la taxonomía II de la NANDA. Se realizaron un total de 17 seguimientos; detectándose 13 diagnósticos reales, 11 de riesgo y 1 de salud.

En el siguiente cuadro se encuentran representadas las necesidades afectadas los diagnósticos encontrados reales, de riesgo y de salud, de cada una, se encuentra así mismo la fecha de identificación, las fuentes de dificultad, el grado y nivel de dependencia así como también el tipo de prioridad que presentaron cuando fueron detectados.

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Postura y movimiento	Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con cirugía reciente y falta de conocimiento sobre los movimientos permitidos manifestado por limitación en los cambios de posición	29 de septiembre	Fuerza Conocimiento Voluntad	5 Algunos días Transitoria	Media
	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor en ambos muñones manifestado por incapacidad de movilizarse a voluntad	2 de octubre	Fuerza	5 Algunos días Transitoria	Media
	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas relacionada con falta de fuerza en ambos brazos manifestado por incapacidad para trasladarse por si misma.	16 de octubre	Fuerza	4 Algunas semanas Parcial	Baja
	Dependencia en la necesidad de movimiento y postura relacionada con cirugía reciente de miembros pélvicos manifestado por dolor, proceso de cicatrización y falta de confianza en si misma	29 de septiembre	Fuerza Conocimiento Voluntad	5 varias semanas	Alta

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Seguridad y protección	Alto riesgo de presentar complicaciones (infecciones y lesiones titulares) en ambos muñones pélvicos relacionado con el uso de prótesis	16 de octubre	Fuerza, conocimiento, y voluntad	4 Algunas semanas Parcial	Alta
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en ambos glúteos relacionado con falta de conocimiento sobre cuidados de la piel.	12 de octubre	Fuerza, conocimiento	3 Algunos días Transitoria	Media
	Protección inefectiva relacionada con entorno deprovido de seguridad para personas minusválidas manifestado por comentario verbal de la paciente	12 de octubre	Fuerza	4 Varios años Total	Baja

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Creencias y valores	Proceso de duelo relacionado con la perdida de sus piernas manifestado por llanto, enojo, tristeza y negación a la perdida.	27 de septiembre	Fuerza, conocimiento	5 Algunos meses Transitoria	Alta
	Riesgo de deterioro de la religiosidad relacionado con ineffectividad en el afrontamiento al tratamiento	22 de octubre		3	Baja
Descanso y sueño	Deterioro del patrón del sueño: insomnio relacionado con dolor en muñones de miembros pélvicos manifestado por manchas oscuras en parpados inferiores, irritabilidad, y queja verbal de no poder dormir	3 de octubre	Fuerza y conocimiento	5 Algunos días Transitoria	Media
	Ansiedad relacionada con dolor manifestada por llanto, angustia, desesperación y actitud de negación	10 de octubre	Fuerza, voluntad, conocimiento	5 Algunos días Transitoria	Media
	Deprivación del sueño relacionado con malestar físico prolongado manifestado por cansancio, malestar enlentecimiento	6 de octubre	Fuerza y conocimiento	5 Algunos días transitoria	Media

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Nutrición e hidratación	Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta inferior a las cantidades diarias recomendada	26 de septiembre	Conocimiento Fuerza voluntad	3 Algunos días Transitoria	Baja
Eliminación	Alteración en la frecuencia de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la actividad física y aporte insuficiente de fibra en la dieta diaria manifestado por ruidos intestinales disminuidos, evacuaciones escasas y fétidas.	26 septiembre	Conocimiento fuerza, voluntad	3 Algunos días Transitoria	Media
Higiene y protección de la piel	Deterioro de la integridad tisular en heridas quirúrgica ambos muñones relacionado con falta de conocimiento sobre cuidados de heridas manifestado por salida de secreción purulenta aumento de temperatura, y dolor.	14 de noviembre	Fuerza, conocimiento	5 Algunos días Transitoria	Media

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Higiene, protección de la piel Vestido y desvestido	Dependencia para realizar las practicas higiénicas diarias (vestido, higiene y arreglo personal) relacionado con incapacidad para trasladarse manifestado por necesitar de otra persona para deambular y acudir al cuarto de baño	26 de septiembre	fuerza	4 Algunos días Transitoria	Baja
Recreación	Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno deprovisto de actividades propias para la edad de la paciente manifestado por aumento en el tiempo que pasa frente al televisor, aburrimiento y deseos de la paciente por realizar manualidades	16 de octubre	Conocimiento fuerza, voluntad	3 Algunos días Transitoria	Baja
	Riesgo de soledad de la paciente relacionado con periodos largo frente al televisor	16 de octubre	Conocimiento fuerza	3 Algunos días Transitoria	Baja

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Oxigenación	Riesgo de infección pulmonar relacionado con estasis de los líquidos corporales	30 de septiembre	Fuerza	2	Media
Comunicación	Riesgo de deterioro de la comunicación verbal relacionado con cambios de conducta propios de la edad y a enfermedad crónica	14 de noviembre	Fuerza, conocimiento	3 Varios días Transitoria	Baja
Realización	Riesgo de trastorno de la imagen corporal relacionado con miedo al rechazo de personas del sexo opuesto	26 septiembre	Fuerza	5 Algunos meses Transitoria	Media
	Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con perdida de las extremidades inferiores	8 de diciembre	Fuerza, conocimiento	3 Algunos meses Transitoria	Media

CUADRO DE LAS NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS (cont)

Necesidad	Diagnostico de Enfermería	Fecha identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Aprendizaje	Alto riesgo de presentar déficit en los conocimientos escolares relacionado con falta de voluntad en el aprendizaje	8 de diciembre	Voluntad, fuerza	4 Algunos meses Transitoria	Baja
Termorregulación	Independiente en la necesidad de termorregulación	13 de octubre			
	Disponibilidad para adquirir conocimientos para mejorar su estado de salud	13 de octubre			

2. 4 PLANEACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Para la realización del Plan de Atención de Enfermería se consideraron sólo los diagnósticos reales y de riesgo más relevantes por cada necesidad.

Los objetivos establecidos fueron a corto, mediano y largo plazo según el tipo de diagnóstico las actividades fueron de carácter independiente, interdependiente y dependiente. Para el desarrollo de las intervenciones se recurrió a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE 3ª edición 2001). La evaluación se llevo a cabo considerando la estructura, proceso, y resultado propuesto por Christensen

Para el desarrollo del Plan se consideraron los diagnósticos más significativos para la paciente, sin pasar por alto la resolución del resto de los diagnósticos encontrados.

El formato se encuentra estructurado de la siguiente manera en la parte superior: los datos generales del paciente (Nombre, edad, sexo, fecha de ingreso, servicio, días de hospitalización); necesidad afectada, fecha identificación, nivel y grado de dependencia, tipo de prioridad, fuente de la dificultad; el diagnóstico, el objetivo, las intervenciones de enfermería, el fundamento y la evaluación de la necesidad alterada.



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



Datos generales	Necesidad alterada
Nombre de la paciente: E A T	Movimiento y postura
Edad: 11	Fecha identificación: 29 de septiembre
Sexo: Femenino	Nivel de Dependencia: 5
Fecha de ingreso: 21 de agosto	Grado de dependencia: Parcial, algunos días
Servicio: pediatría: III	Tipo de prioridad: media
Días hospitalización: 39	Fuente de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

DIAGNOSTICO: Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con cirugía reciente y falta de conocimiento sobre los movimientos permitidos manifestado por limitación en los cambios de posición.

OBJETIVO: La adolescente se movilizara a libre demanda a través de la asesoría del personal de enfermería en el lapso de una semana

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Realizar cambios de posición a Estefanía cada 2 horas (NIC 0840) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía evitará ejercer presión o flexión sobre ambos muñones, durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía o hasta recibir una nueva indicación medica - Se explicara a Estefanía y su madre una vez que llegue a su cama, de forma verbal y mediante ejemplos como realizar los cambios de posición anatómicos apropiados para disminuir las molestias, y que favorezcan la movilidad y la pronta recuperación. <p>Semifowler: Semisentada con la parte superior de la cama elevada en ángulo de 45°. Se puede colocar una almohada debajo de la cabeza de la paciente, otra almohada debajo de cada brazo; y una más debajo de los muñones.</p> <p>Decúbito dorsal: la paciente estará recostada sobre su espalda, con una</p>	<p>La posición y el alineamiento correctos son necesarios en todo paciente, principalmente en quienes presentan trastornos de la movilidad. Cuando se acompaña de cambios de posición regulares y ejercicios de amplitud completa, la posición adecuada puede fomentar la comodidad mantener y ayudar a restablecer las funciones orgánicas y contribuir a evitar contracturas y úlceras de decúbito. Dichas medida pueden ayudar al individuo a recobrar la movilidad y a disminuir el tiempo de hospitalización.(Klusek H. H. 115,1986)</p>

<p>almohada debajo de la cabeza</p> <p>Posición prona: la paciente se coloca sobre la cama boca abajo con la cabeza colocada de manera lateral colocar una almohada bajo la cabeza, el abdomen, cadera, y los muñones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía recibirá la ayuda de su madre para adoptar las posiciones semifowler y decúbito dorsal y prona de forma alternada o cada que sea necesario mientras no pueda hacerlo por si misma - Estefanía y su madre recibirá asesoría y reforzamiento sobre movilización en cama y cambios de posición cada vez que lo requieran durante la convalecencia, y se pedirá que repitan los cambios de posición explicados frente a la enfermera a cargo - Se animara a la Estefanía a participar de manera activa en los cambios de posición, mediante halagos, palabras afectivas, felicitaciones por los logros realizados - Los objetos personales de Estefanía y de uso frecuente se mantendrán a su alcance tales como: cepillo para el pelo, espejo, crema, pasta y cepillo dental, libros, cuadernos, juguetes, lápices, cómodo, etc. 	
<p>Intervención No 2</p> <p>Brindar a Estefanía cuidados de paciente encamado (NIC 0740) (Independiente)</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se explicara a Estefanía y a su madre sobre el riesgo de sangrado de ambos muñones y la importancia de mantener reposo relativo en cama durante las primeras 48 horas. - Se Instruirá a Estefanía y a su madre sobre el beneficio y la comodidad de mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas, cada vez que sea necesario y se verificara la realización de esta acción diariamente. - Estefanía recibirá apoyo de la madre o del personal de Enfermería para realizar actividades de la vida diaria tales como comer, bañarse vestirse orinar, evacuar, lavarse las manos, cepillarse los dientes, peinarse etc, mientras que lo requiera o sea incapaz de realizarlo por si misma. - Se explicara a la madre sobre la importancia de mantener las barandillas de la cama arriba cuando se encuentre sola o al dormir - Se expondrán a Estefanía y a su madre los motivos por los que será importante vigilar y valorar el estado de la piel que circundan las heridas quirúrgicas, así como también 	<p>El paciente no puede mantener el funcionamiento de sus sistemas, por lo que ha de ser la enfermera, en su papel de suplencia, quien consiga que mientras dura la situación, los sistemas del individuo mantengan el funcionamiento más próximo al habitual posible. Por otro lado también es importante proporcionar bienestar y comodidad al paciente al mismo tiempo que se previenen daños cutáneos. (Klusek H. H. 37,1986)</p>

<p>valorar las zonas del resto del cuerpo donde exista mayor presión. Esto se realizara durante el baño principalmente y al realizar la curación de los muñones</p>	
<p>Intervención No 3 Fomentar los mecanismos corporales en Estefanía (NIC 3500) (Independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dará a conocer a Estefanía y a su madre la estructura y funcionamiento de la columna vertebral, así como la posición óptima en el movimiento y el uso del cuerpo. Mediante esquemas y ejemplos durante la estancia hospitalaria de Estefanía. - Se pedirá a la madre de Estefanía su colaboración para elaborar las almohadas para brindarle a Estefanía diferentes tipos de posicionamiento (Semifowler, decúbito dorsal, prona) - Explicar a Estefanía la posición correcta al sentarse ya sea en la cama o en su silla de ruedas una vez suspendido el reposo en cama <p>La línea de gravedad discurre a lo largo de las orejas, la cabeza esta erguida, el tórax esta hacia arriba y hacia delante, la curva lumbar no es tan convexa (como en la posición de pie) por la flexión de la cadera, el peso del cuerpo se centra sobre las nalgas y los muslos, los antebrazos apoyados para evitar una tracción ascendente o descendente sobre la articulación del hombro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía realizara ejercicios isométricos para fortalecer los músculos del cuello, hombros, pecho, abdomen, espalda, cadera, una vez que ya no presente dolor, tres veces al día por 20 minutos con duración en cada ejercicio de 2 a 5 segundos. <p>Cuello: Apoyar el talón de la mano por encima de la oreja, empujar la cabeza contra la mano con tanta fuerza como sea posible, pero sin mover aquella ni el cuello o el brazo se repite el ejercicio en el otro lado. Apoyar ambas palmas contra la frente de la paciente sin que esta mueva el cuello, se pide que empuje la cabeza hacia delante resistiendo al mismo tiempo con las manos Colocar y apretar los dedos por detrás de la cabeza. Pedir que empuje ésta contra las manos sin mover el cuello</p> <p>Hombro, pecho, y cintura escapular: con la mano izquierda tomar la mano derecha</p>	<p>La disminución del la movilidad aún cuando sea temporal afecta a todos los aparatos y sistemas del organismo, por eso los objetivos del cuidado de enfermería consiste en prevenir lesiones como contracturas, deformidades y demás complicaciones que puedan surgir como consecuencia de la falta de movilidad. (Klusek H. H. 105,1986)</p>

<p>empuñada y levantar ambos brazos a la altura de los hombros. Empujar el puño contra la palma con tanta fuerza como sea posible, pero sin mover ninguno de los brazos en la misma posición, enganche ambas manos con los dedos apretados y tratar de separarlas, Realizar el mismo ejercicio pero ahora con la otra mano</p> <p>Abdomen: sentarse y doblarse un poco hacia delante, con las manos al frente, a la mitad de los muslos. Tratar de inclinarse un poco hacia delante, poniendo resistencia con las palmas de las manos contra los muslos.</p> <p>También puede colocar en decúbito supino apretar los dedos de las manos y apoyarlos en la nuca, levantar los hombros aproximadamente 2.5cm sosteniendo esta posición por algunos segundos</p> <p>Espalda: sentado doblarse hacia adelante y colocarlas manos debajo de las sentaderas, tratar de levantarse oponiendo resistencia con ambas manos.</p> <p>Cadera: apretar los glúteos tanto como sea posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se instruirá a Estefanía y a su madre sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones, se pedirá a cada una que explique lo con ejemplos lo expuesto para valorar el grado de comprensión sobre la información otorgada. 	
---	--

Evaluación: Se contó con el material y equipo necesarios para realizar las actividades programadas, Estefanía en un principio se mostró renuente e irritable ante la idea de movilizarse, porque se sentía muy adolorida, además de temerosa de que pudiese sangrar de las heridas quirúrgicas, accedió después de que se le explicó a ella y a su madre los movimientos permitidos, esta necesidad se encontró en el nivel 5 de dependencia y se logró disminuir a nivel 2 ya que la adolescente a las 36 horas posteriores a la cirugía, se movilizaba de la cama y deambulaba en su silla de ruedas con facilidad y con ayuda de la madre, principalmente.

Seguridad y Protección
Fecha identificación: 16 de octubre
Nivel de Dependencia: 4
Grado de dependencia: Parcial, algunos semanas
Tipo de prioridad: alta
Fuente de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

DIAGNÓSTICO: Alto riesgo de presentar complicaciones (infecciones y lesiones tisulares) en ambos muñones pélvicos relacionado con el uso de prótesis

OBJETIVO: Estefanía no presentara complicaciones en los muñones pélvicos durante su rehabilitación mediante la realización de cuidados específicos para ello.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Prevenir infecciones durante el proceso de cicatrización de ambos muñones (NIC 6550) (interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener vendaje compresivo durante 48hrs y vigilar aumento de sangrado, en caso de necesario cambiar apósito - Después de las 48hrs realizar curación diaria de las heridas con técnica estéril después del baño - Antes de retirar los apósitos irrigar con solución salina o agua estéril para evitar dolor y sangrado - Valorar el drenaje de las heridas, así como las características de las mismas (cantidad color, olor, edema, estado de las suturas) y realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de enfermería - Enseñar a Estefanía y a su madre a realizar la curación de las heridas <p>Técnica de curación de heridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de curar una herida hay que lavarse las manos con agua y jabón • Calzarse la mano diestra con guantes • Se impregnan de solución antiséptica las gasas se debe limpiar siempre en una sola dirección (centro a la periferia, de limpio a sucio) con gentileza para remover gérmenes y evitar que la herida se infecte. • Irrigar la herida con agua estéril o solución salina • Secar la herida con una compresa extra absorbente. (No utilizar algodón sobre la herida ya que desprende hebras que pueden infectar) 	<p>La piel es la primera línea de defensa para la prevención de infecciones. Como la cirugía reduce esta defensa, en teoría todos los pacientes operados presentan riesgo de infecciones. Las intervenciones sistemáticas de enfermería tienen como objetivo evitar la contaminación de la herida, por lo tanto resulta importante eliminar cualquier factor que retrase la cicatrización y de esta manera disminuir el riesgo de infección. (Carpenito, 44, 2005)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir la herida con una gasa y fijarla con tela micropore (ideal para pieles sensibles o para heridas que requieren cambios de gasa frecuentes). - Enseñar a la paciente ya su familiar a identificar datos de infección <p>Datos de infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Color local o fiebre • Hiperemia en el área de las heridas o circundante a ellas • Drenaje purulento • Dolor local - Favorecer la cicatrización mediante la aplicación de TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Trascutánea) por parte de la terapeuta física 	
<p>Intervención No 2 Promover el vendaje diario en ambos muñones (interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener una comunicación efectiva entre la terapeuta física, el personal de enfermería, la paciente y la familia - Permanecer con la paciente mientras recibe instrucción sobre la forma correcta de vendarse los muñones - Ante cualquier duda sobre la realización del vendaje manifestado por la paciente, por la madre o por la misma enfermera acudir con la terapeuta física - Asegurarse que la paciente y su familiar realizan el vendaje correctamente y no existan dudas al respecto - Utilizar vendas de crepe o vendas elásticas de 15cm de ancho y 5m de largo <p>Técnica de vendaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estefanía deberá colocarse en decúbito supino sobre la cama o una área plana • Iniciar el vendaje en la cara anterior, a nivel del ligamento inguinal, fijando Estefanía las esquinas con sus pulgares • A continuación cubrir el muñón longitudinalmente y el extremo inferior centralmente, pasar por la cara posterior hasta el surco glúteo, Estefanía deberá sujetar el vendaje con los dedos 	<p>Es esencial colocar un vendaje adecuado, pues en caso contrario el edema persistirá y puede acompañarse de una circulación lenta y una estasis venosas. El vendaje firme del muñón de amputación, con una venda elástica constituye en la actualidad el mejor método de controlar el edema del muñón. La presión debe ser mayor distalmente, disminuyendo en sentido proximal, también debe ser firme para sostener el vendaje y mantener una presión gradiente (Miroslaw. 237. 1985)</p> <p>Finalidades del vendaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a reducir el edema terminal • Facilitar un retorno venoso normal • Ayudar a tonificar el tejido flácido • Evitar un enrollamiento del aductor en la ingle • Acostumbrar al muñón a una cobertura constante (humm. W. et al. 71, 1985)

<ul style="list-style-type: none"> • Regresar a la posición inicial cubriendo esta vez la cara externa de la extremidad del muñón, nuevamente Estefanía deberá fijar nuevamente con los dedos y volver una vez mas hasta el surco glúteo cubriendo la cara interna de la extremidad del muñón. • Vendar desde la cara externa haciendo la primera vuelta diagonal desde la parte externa superior hasta la primera interna inferior del muñón • Continuar con el rededor del extremo del muñón para comenzar una segunda vuelta diagonal desde la parte externa final a la parte interna superior del muñón, asegurándose de que el vendaje se adapta a la ingle. Se continua para hacer dos giros rectos en el extremo proximal del muñón • Repetir las dos primeras vueltas diagonales y se pasa el vendaje por debajo de la región glútea desde el lado interno • Se sujeta el vendaje sobre la cresta iliaca, y se continua sobre el abdomen y por a tras para cruzar sobre la cresta • Se pasa el vendaje hacia abajo, hasta el lado interno del muñón, y se termina pegando el extremo en una posición adecuada. <ul style="list-style-type: none"> - El vendaje debe practicarse tres veces al día (mañana, tarde y noche) retirarse al realizar ejercicio - Cuando por alguna razón deje de usarse las prótesis por algún tiempo Estefanía deberá vendar sus muñones por la tarde o por la noche - Evitar el uso de vendas que hayan perdido su elasticidad - Antes de dar inicio con el vendaje revisar cuidadosamente las zonas circundantes en busca de lesiones como cambios de coloración, abrasiones, hematomas, áreas necrosadas - Mantener el vendaje seco todo el tiempo de lo contrario cambiarlo 	
--	--

<p>Intervención No 3 Proporcionar enseñanza en el uso y cuidado de las prótesis (interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía deberá ser valorada por un especialista en terapia física y rehabilitación de niños amputados para someterse a un examen y le indiquen las prótesis adecuadas - Supervisar el uso inicial y los cuidados de la prótesis - Valorar el potencial de alteración en la imagen corporal de Estefanía - Colaborar con la terapeuta física en la enseñanza de la colocación de la prótesis <p>Técnica para colocación de prótesis con encaje de ventosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estefanía deberá estar en posición erecta • Colocar sobre el muñón una envoltura de algodón fino, cuyo extremo libre se introduce en el encaje y se hace salir por el orificio de la cara lateral inferior • Introducir el muñón en el encaje y mientras Estefanía carga su peso se tracciona la envoltura de algodón que cubre el muñón a través del orificio del fondo • La válvula se atornilla en su posición y se fija la prótesis <ul style="list-style-type: none"> - Antes de colocarse la prótesis revisar cuidadosamente las zonas circundantes en busca de lesiones como cambios de coloración, abrasiones, hematomas, áreas necrosadas - Ante cualquier alteración tisular o vascular acudir al médico inmediatamente - Mantener en buen estado higiénico las prótesis, limpiándolas con un lienzo de algodón seco - Mantener las prótesis en un lugar seco lejos la humedad - Cuando la prótesis no se utilice, bloquear el dispositivo rotuliano - Ante cualquier problema que se presente con la prótesis (rotura, pérdida de piezas, acudir con el fabricante y no tratar de arreglarla - Utilizar calcetines de lana especiales 	<p>Dado que la amputación de un miembro es de carácter definitivo y el uso diario de las prótesis se hace imprescindible para desarrollar todas las actividades cotidianas. Es importante que la persona con amputación conozca y aprenda el manejo correcto, ya que con el uso adecuado disminuirá la presencia de complicaciones con lo que se favorecerá la pronta rehabilitación. (disponible en fisiortam.galeon.com)</p>
--	--

<p>para prótesis fabricados especialmente para cada tipo de prótesis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar cada dos días los calcetines para prótesis en caso de sudoración excesiva hacerlo diariamente - Lavar adecuadamente los calcetines para muñes para evitar se endurezcan y causen lesiones por fricción como llagas - En caso de sudoración excesiva preguntar al medico tratante por el uso de soluciones antiperspirante - Evitar el uso de cremas o aceites en los muñones 	
--	--

Evaluación: el hospital cuenta con terapia de rehabilitación y Estefanía recibió interconsulta del mismo para la realización del vendaje (con material proporcionado por la familia) y para la aplicación de 8 sesiones con TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Trascutánea), mientras estuvo hospitalizada no presento infección en los muñones, pero a los 24 días de estar en casa regreso al servicio de urgencia por salida de liquido purulento en muñón izquierdo mientras se bañaba, por lo que amerito internamiento para tratamiento con antibiótico (11 días en total) egresando sin complicaciones agregadas. En cuanto a la rehabilitación y el uso de las prótesis fue canalizada al centro Nacional de Rehabilitación para continuar con el tratamiento de rehabilitación.

Creencias y Valores
Fecha identificación: 27 de septiembre
Nivel de Dependencia: 5
Grado de dependencia: Transitoria algunos meses
Tipo de prioridad: alta
Fuente de la dificultad: fuerza y conocimiento

DIAGNÓSTICO: Proceso de duelo relacionado con la pérdida de sus piernas manifestado por llanto enojo, tristeza y negación a la pérdida

OBJETIVO: Estefanía lograra llevar el proceso de duelo no patológico siguiendo un programa terapéutico con ayuda de su familia y personal de salud

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Proporcionar a Estefanía a su familia apoyo emocional y psicológico (NIC 5270) (independiente, interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se buscará a través del departamento de psicología que Estefanía y su familia reciban terapia una vez a la semana durante su hospitalización y posterior a esta - Estefanía recibirá la valoración por parte del departamento de psiquiatría si esta llegará a ser necesaria - La enfermera estara pendiente de la visita de la Psicóloga a Estefanía en la sala de hospitalización - Con el apoyo del departamento de psicología se explicara Estefanía el motivo por el cual es necesario realizar la amputación de sus piernas - Se buscará establecer una relación de confianza entre Estefanía y el personal de salud a través de la charla diaria. - Se explicará a Estefanía y a su familia por medio de ejemplos e imágenes como se llevara a cabo la cirugía de amputación, así como del tratamiento farmacológico y no farmacológico que se proporcionará para el control del dolor que sentirá después de la misma - Estefanía y su familia tendrán la seguridad de que cuando llegue el momento de la cirugía, en el quirófano habrá una enfermera de su confianza que la acompañara durante todo el procedimiento. - Se animará a Estefanía y a su familia hablar de la cirugía de amputación abiertamente sin reprimir sus sentimientos de ira, tristeza o angustia 	<p>En una primera fase del duelo anticipado, los familiares presentan un shock emocional, mezcla de sensación de pena y depresión, por ello es necesario proporcionar apoyo emocional y psicológica al paciente y a su familia para brindarles la oportunidad de expresar sus sentimientos dudas y miedos, las pérdidas relacionadas con la función corporal y la independencia provocan una respuesta de duelo intenso, suele generar sentimientos de impotencia, ira, tristeza intensa, y deseos de muerte (Carpenito 694-93 2005)</p>

<p>- Se promoverán en la familia el uso de expresiones de cariño cuando acuda a visitarla:</p> <p>Expresiones Verbales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cariño no te desanimes te apoyamos • En casa te esperan tus hermanos • Eres fuerte y saldrás adelante • No te preocupes tu familia te queremos mucho y deseamos pronto regreses a casa <p>Expresiones No verbales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besos • Abrazos • Caricias • Miradas <p>- La enfermera a ayudará a la familia de Estefanía a reconocer sentimientos de ansiedad, ira, o tristeza considerando el tono de la voz, las gesticulaciones de la cara, el movimiento corporal, y el contenido de sus palabras que exprese ésta.</p> <p>- Estefanía y su familia podrán expresar libremente las creencias y costumbres que ayuden al bienestar espiritual de la familia se buscaran los momentos adecuados para que puedan llevarlas acabo preferentemente cuando no se tenga que realizar ningún procedimiento</p> <p>Tipos de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acudir a oratorio del hospital • Permitir la entrada de un sacerdote • Colocar imágenes religiosas en su cama • Realizar oraciones <p>- La enfermera se mantendrá cerca de Estefanía para proporcionar apoyo y seguridad durante los periodos de mas ansiedad, dejara que llore sin que se dañe como medio para disminuir el estrés emocional</p>	
<p>Intervención No 2</p> <p>Explicar a Estefanía y a su familia el proceso el duelo (NIC 7140) (interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <p>- Se explicara de manera clara con ayuda de imágenes y libros lo que es el</p>	<p>El duelo es la respuesta normal ante la perdida. El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, al igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver a cuerpo su equilibrio homeostático así mismo es necesario un periodo de tiempo para</p>

<p>proceso de duelo, las etapas que lo componen y como la familia de Estefanía puede colaborar en cada una de ellas para que Estefanía acepte la pérdida de sus piernas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reforzará la autoestima de Estefanía - Se ayudará a Estefanía y a su familia a reconocer cada uno de las etapas del duelo y se acompañara escuchando cuando deseen hablar - Identificar el estado de estrés en Estefanía para proporcionar el ambiente y los medios adecuados para que no se dañe 	<p>que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio emocional similar (Worden. W. 161. 1977)</p> <p>Etapas de duelo</p> <p>Negación y aislamiento: cuando una persona recibe una noticia fatal ya sea sobre la pérdida de salud, o de alguna parte de su cuerpo, o de un ser querido lo primero que viene a su mente como un acto de protección es negar que el hecho ha ocurrido ocurren expresiones como: no, Yo no, no puede ser cierto.</p> <p>Ira: Esta sucede cuando la persona es incapaz de seguir manteniendo la negación, entonces la sustituye por un sentimiento de ira, rabia, envidia, y resentimiento y surgen preguntas como ¿Por qué a mí?</p> <p>Pacto o negociación: Esta etapa dura muy poco tiempo y se caracteriza por el pacto que la persona realiza muchas veces este es con un ser supremo, lo mantendrá en secreto, y buscara la manera de ganar tiempo.</p> <p>Depresión o tristeza: Esta etapa aparece cuando la persona es incapaz de seguir negando su enfermedad, su ira, serán sustituidos por una gran sensación de pérdida, como producto de la pérdida.</p> <p>Aceptación: Es una etapa en la que la persona termina asimilando su realidad, y no muestra miedo por el futuro su destino no le deprimirá ni lo enojara (Polo S. M. A. 203-205. 2004.)</p>
<p>Intervención No 3</p> <p>Facilitar el proceso de duelo en Estefanía (NIC 5290) (interdependiente)</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se buscará que Estefanía exprese pérdidas anteriores (amigos, cosas, mascotas) como medio de desahogo - Ayudar a Estefanía a identificar los sentimientos de tristeza, miedo o ira respecto a la pérdida de sus piernas - Buscar junto con Estefanía las posibles fuentes de ayuda que puedan contribuir en el proceso de recuperación (familiares, amigos, vecinos, etc.) - No forzar a Estefanía a que supere la etapa de negación hasta que este emocionalmente preparada para ello - Se permitirá a Estefanía momentos de intimidad para la expresión de sus emociones cuando lo solicite - Se buscara la socialización con otros niños que estén pasando por la misma situación que Estefanía (grupos de apoyo) - Se fomentara la expresión de 	<p>El duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de algo o de alguien querido.</p> <p>El medio para elaborar el proceso de duelo es una elección del doliente, aunque en un principio no la sienta como una elección consciente. Por ello es importante dejarlo experimentar el sufrimiento, sentir la angustia, el temor y dolor, según se presenten. Esta es la elección que, a la larga, permite proseguir con la vida. Cuando se aprende a vivir con una pérdida lo más importante es admitir los propios sentimientos y emociones, es decir, sentir y experimentar vivir de nuevo. (Guerra de A. P. www.unam.mx/rompan/41/rf41b.html)</p>

<p>sentimientos cuando no desee hablar a través de la escritura o de dibujos para lo que se le proporcionara hojas de papel, colores, lápices)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se impedirá que descargue su ira a través del llanto - Se proporcionaran técnicas de relajación como musicoterapia y de respiración para disminuir su angustia cuando se encuentre muy alterada. 	
---	--

Evaluación: cuando se realizó este diagnostico Estefanía se encontraba muy alterada ante la noticia de la perdida de sus piernas, primero se mostró enojada y agresiva, después de presentar dolor continuo en ambas extremidades, acepto aparentemente la amputación, pero con la condición de que fuera lo menos posible, y que desapareciera el dolor que presentaba, al explicar el proceso de la cirugía y al asegurarle que Yo estaría con ella durante el acto quirúrgico se tranquilizó mas, cabe mencionar que durante los 4 días previos a la cirugía la visito el medico psiquiatra y en dos ocasiones la psicóloga, después de la cirugía Estefanía se observo aparentemente mas tranquila, después de su egreso durante las visitas para revisión comento que había momentos en que se desesperaba por no poder caminar y deseaba morir pero eran solo instantes ya que el proceso de cicatrización era muy lento y sus prótesis aun no estaban listas. Por otro lado dejo de asistir a las sesiones con la psicóloga por no considerarlas importantes Por lo cual considero que del nivel 5 queda en el 3 de dependencia ya que aun no termina de resolver el duelo por la perdida

Descanso y Sueño
Fecha identificación: 3 de octubre
Nivel de Dependencia: 5
Grado de dependencia: transitoria, algunos días
Tipo de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: fuerza y conocimiento

DIAGNÓSTICO 1: Deterioro del patrón del sueño: insomnio relacionado con dolor en muñones de miembros pélvicos manifestado por manchas oscuras en párpados inferiores. Irritabilidad y queja verbal de no poder dormir

OBJETIVO: Estefanía recuperará el patrón del sueño habitual (10 horas) a través del control del dolor en el lapso de 24 horas

DIAGNÓSTICO 2: Ansiedad relacionada con dolor manifestada por llanto, angustia, desesperación y actitud de negación

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Valoración del dolor en Estefanía diariamente (Independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía expresara verbalmente las características del dolor cada vez que lo presente (localización, duración, frecuencia, calidad e intensidad). - Se buscara disminuir la ansiedad en Estefanía permitiéndole expresar sus deseos, dudas, miedos inquietudes - La enfermera explorará junto con Estefanía los factores que aumentan o disminuyen el dolor - Explicar a Estefanía y a su madre mediante esquemas y ejemplos, las razones por las cuales existe dolor y la posible duración del mismo. - Interrogar a Estefanía y a su familia sobre las costumbres en la familia para el alivio del dolor 	<p>El alivio del dolor es uno de los deberes fundamentales de los profesionales de la salud. El dolor es un síntoma básico dentro de la semiología médica es una experiencia fundamentalmente subjetiva y, por lo tanto, de difícil evaluación en el paciente, principalmente en el prematuro y en el recién nacido, que no se expresan en forma verbal. Los niños mayores y los adolescentes comprenden mejor los conceptos de orden y numeración, y son capaces de proveer grados más detallados de intensidad y descripciones de la cualidad y localización del dolor. (María A. T. www.colombiamedica.univalle.edu).</p>
<p>Intervención No 2 Dar a conocer a Estefanía las técnicas no farmacológicas existentes para manejo del dolor (NIC 1400) (independiente) Acciones: Técnica de relajación autógena: Estefanía realizara estos ejercicios dos o tres veces al día</p> <p>1) Relajación de la musculatura voluntaria. Estefanía iniciará con un brazo diciendo "mi brazo está pesado"</p>	<p>El manejo del dolor en niños implica múltiples métodos que incluyen, manejo farmacológico, manipulaciones ambientales, terapia de la conducta, terapia física, etc. Sin embargo, uno de los componentes más importantes es la interacción del especialista tratante con el paciente y sus padres. (María A. T. www.colombiamedica.univalle.edu).</p>

repetirá 6 veces esta frase verbal o mentalmente, después continuara con el resto de la musculatura corporal esquelética.

- 2) **Relajación de la musculatura vascular.** Aquí Estefanía utilizara la fórmula "mi brazo está caliente" también habrá que repetirla seis veces y continuará con toda la musculatura esquelética.
- 3) **Regulación del ritmo cardíaco.** Estefanía colocará la mano derecha a la altura del corazón y repetirá la frase "mi corazón está tranquilo", también repetirá seis veces.
- 4) **Regulación de la respiración.** Estefanía repetirá "mi respiración es suave y tranquila" seis veces.
- 5) **Regulación de los órganos abdominales.** Estefanía habrá que concentrar la mente en la boca del estómago y utilizando la fórmula "mi abdomen está caliente" seis veces, llegará a notar una evidente sensación de calor en la zona de los órganos contenidos en el abdomen.
- 6) **Regulación de la temperatura de la región cefálica.** Aquí Estefanía dirá "mi frente está agradablemente fresca" seis veces.

Técnica Distractiva:

- Se proporcionaran a Estefanía material didáctico como: cuadernos, lápices de colores, hojas de papel, papel de diferentes colores y texturas para que realice manualidades
- Se proporcionaran libros de consulta sobre temas de su interés, revistas de moda y propias para su edad como "Barbie", "veintitantos", "15 a 20 ", etc.
- Se buscar la forma de que la familia de Estefanía pueda traerle un diskman, con discos compactos de los artistas de su preferencia
- Se pedirá a la madre de Estefanía que traiga estambre de color morado, rosa, rojo, negro, para que termine de bordar su funda de Kitty

Técnica de musicoterapia: la sesión durará alrededor de 15 minutos y será realizada por Estefanía cada vez que sienta dolor

- Evitar realizar a Estefanía procedimientos durante la sesión

<ul style="list-style-type: none"> - Estefanía deberá de ir al baño antes de la sesión para evitar interrupciones - La música la podrá elegir Estefanía de acuerdo a su gusto y estado de animo clásica, jazz, baladas, rock en español o en ingles - Estefanía será ayudada por su madre para que adopte una posición cómoda ya sea acostada en su cama o sentada en su silla de ruedas - Estefanía deberá colocarse los audífonos, encender el diskman y escuchar la música, puede empezar con música suave si lo desea y después continuar con algo mas alegre, también existe la opción de cerrar los ojos si lo prefiere. Lo importante es que logre concentrarse en la música y de esta manera disminuir el dolor <p>Técnica de respiración abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estefanía deberá estar cómoda tendida de espaldas en la cama se utilizara música relajante (mar, los bosques, los lagos) Estefanía cerrara los ojos piense en la naturaleza:.. • Espiración 1. Se pedirá a Estefanía que espire a fondo varias veces, hasta que sienta quedarse sin aire en los pulmones, después lo expulsará todo haciendo un gesto de contracción del abdomen • Espiración 2. Ahora Estefanía Intentara que la espiración sea lenta, larga y profunda. También silenciosa. Se pedirá que intente concentrarse en el movimiento del diafragma. Repetirá este jercicio unos 8 minutos - Espiración 3. Ahora se pedirá Estefanía que Haga un último intento cuando espire emitira el sonido OM. Esto le ayudará a que la espiración sea continua, lenta. muy relajante dado que le hará vibrar la caja torácica y la zona abdominal. Primero la vocal OOOOOO..... al final de la respiración: MMMM 	
<p>Intervención No 3 Proporcionar un ambiente de confort a Estefanía al momento de dormir (NIC 6482) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se buscara que Estefanía comparta la habitación con otro compañero que tenga las mismas necesidades de descanso 	<p>El ambiente hospitalario no siempre resulta ser el adecuado para proporcionar descanso a los pacientes, el ruido ocasionado por las bombas de infusión, los monitores, el encendido de los luces y los diferentes procedimientos realizado impiden en muchas ocasiones un adecuado descanso en el paciente, afectando en la recuperación del paciente.(Sueño-descanso en</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Se evitara interrupciones innecesarias durante las horas de sueño, mediante la planeacion de los cuidados de enfermería, para facilitar el descanso de Estefanía - Con la ayuda del familiar Estefanía adoptara la posición que le sea mas cómoda a la hora de dormir (prona, semifowler, decúbito lateral) - Se fomentará en Estefanía el habito de realizar sus necesidades de eliminación llevándola al sanitario o proporcionándole el cómodo antes de dormir - El personal de Enfermería mantendrá la cama limpia y cómoda para fomentar el descanso de Estefanía - Evitar exponer a Estefanía a corrientes de aire o de calor, mientras duerme - Proporcionar o retirar los cobertores de la cama de Estefanía de acuerdo al clima - Evitar realizar ruidos que puedan interrumpir el descanso de Estefanía - Mantener iluminación tenue en la habitación durante el periodo de descanso y sueño 	<p>los pacientes de Recuperación de Quirófano del Hospital Universitario de Canarias disponible en: http://www.aseedar-td.org/pdfs/13-3.pdf)</p>
<p>Intervención No 4 Fomentar mejorar la calidad del sueño de Estefanía (NIC 1850) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para favorecer el descanso de Estefanía por la noche, en el día se mantendrá ocupada con actividades recreativas como: <ul style="list-style-type: none"> • Iluminar y recortar figuras de papel • Dibujar en hojas de papel • Escuchando música • Realizar manualidades con plastilina • Jugar con memoramas y rompecabezas - Solo en caso de no lograr dormir por la noche se permitirá que Estefanía duerma por la tarde 60 minutos - Controlar las actividades recreativas para que Estefanía no se fatigue demasiado hará dos actividades por día de 30 minutos cada una - Se animara a Estefanía a que establezca una rutina a la hora de irse a dormir para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño (aseo bucal, vestirse la pijama, apagar el televisor, escuchar música) - Disminuir el estrés y la ansiedad en 	<p>A los niños, desde que son lactantes, hay que enseñarles a que mantengan unas pautas de sueño constantes. Es fundamental que se acuesten siempre a la misma hora y que duerman las horas que precisan Los cambios de horario o las alteraciones de las costumbres del sueño provocan que los menores duerman poco y mal por las noches y estén somnolientos e irritables durante el día. Esto les ocasiona ansiedad por falta de descanso. (Los malos hábitos son la principal causa de trastornos del sueño en los niños disponible en www.consumer.es/web/es/salud/2003/01/06/56028.php)</p> <p>Los niños que no descansan lo suficiente no pueden concentrarse en clase, están más irritables, tienen mal carácter e incluso el hecho de no dormir puede afectarles a su crecimiento. La hormona del crecimiento trabaja en la fase de sueño más profundo, y en diversas investigaciones se ha comprobado que los niños considerados "malos dormidores" tienen tallas menores que los que descansan lo necesario, La falta de sueño en los adolescentes produce irritabilidad, ansiedad, decaimiento y bajo rendimiento escolar, porque el sueño ayuda a consolidar los nuevos aprendizajes. Lograr que niños y jóvenes duerman lo suficiente pasa por que la población conozca lo importante que es dormir para</p>

<p>Estefanía antes de que disponga a dormir con ejercicios respiratorios o con música.</p>	<p>lograr la reparación física y psíquica que el organismo necesita. (Diversos estudios demuestran que niños y jóvenes no duermen lo suficiente disponible en: http://www.consumer.es/web/es/educacion/2004/04/03/98128.php)</p>
<p>Intervención No 5 Administración de medicación: epidural) para disminuir el dolor, favorecer el descanso y sueño (NIC 2319) (Interdependiente) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar a Estefanía Buprenorfina (3 mcgr/kg) 1728mcg diluidos en 24ml de solución glucosa al 5% para administrar 1ml por hora vía epidural dosis respuesta. - Aplicación de los cinco correctos al momento de administrar cada medicamento <ul style="list-style-type: none"> * Paciente correcto * Medicamento correcto * Vía correcta * Dosis correcta * Infusión correcta - Valorar el efecto terapéutico de la buprenorfina en Estefanía durante la infusión - Explicar a Estefanía y a su familia la importancia que tiene el adecuado funcionamiento del catéter epidural - Valorar datos de sensibilidad y motricidad 2 veces por turno en cadera y muñones - Vigilar el uso de medicamentos que potencialicen su acción terapéutica - Vigilar datos de depresión respiratoria, náuseas, vómito, vértigo y sudoración - Tener disponible naloxona en caso depresión respiratoria. 	<p>Hay múltiples evidencias en la literatura que demuestran que el mal manejo del dolor agudo repercute en la morbilidad postoperatoria, y complica el tratamiento en el corto plazo aumentando la cantidad de fármacos y costos. Por otro lado, favorece además la cronificación del dolor, y a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño y del comportamiento. La prevención y un buen manejo del dolor son prioridades cuando se trabaja con niños, para lo cual es necesario incorporar y considerar al dolor como el 5° signo vital. (Eberhard f, Manejo del dolor en el paciente pediátrico. <i>Rev. chil. pediatr.</i> 2004;75:(3): 277-279.</p> <p>La Buprenorfina por vía epidural produce analgesia segmental espinal. La dosis referida en la literatura es de 0.3 mg con una duración de acción de 24 horas.15. Se absorbe rápidamente del espacio epidural a la circulación sistémica produciendo analgesia supraespinal contribuyendo a la analgesia postoperatoria, alcanzando concentraciones plasmáticas en 10 a 30 minutos.15. (Jaimes R. R. A. Cols. Buprenorfina epidural vs. Bupivacaína al 0.125% para el manejo del dolor en la paciente Post-operada de cesárea. <i>Rev. Méx. Anest.</i> 2001; 1(2): 56)</p>

Evaluación: la paciente logro mejorar en un grado considerable (del nivel 5 paso al 3) el patrón de sueño habitual, mediante el mejoramiento del ambiente, la realización de actividades recreativas durante el día y también gracias al uso de medicamento que le ayudaron a disminuir el dolor, las manifestaciones clínicas mejoraron así como las expresiones verbales de molestia. Se utilizo material didáctico proporcionado por las damas del voluntariado y por la familia de Estefanía.

Nutrición Hidratación
Fecha identificación: 26 de septiembre
Nivel de Dependencia: 3
Grado de dependencia: Transitoria, algunos días
Tipo de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

DIAGNÓSTICO: Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas

OBJETIVO: Estefanía mantendrá un estado nutricional óptimo mediante el seguimiento de un plan de alimentación adecuado a su edad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Favorecer un adecuado estado nutricional en Estefanía (NIC 1100) (interdependiente, independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir la colaboración del equipo de nutrición para la valoración del estado nutricional de Estefanía - Colaborar con el equipo de nutrición en la realización de la valoración del estado nutricional (somatometría y medición de pliegues cutáneos) - Colaborar con el equipo de nutrición en el desarrollo de un plan dietético adecuado para Estefanía que la nutra y la mantenga en su peso ideal - Se preguntará a la paciente sobre sus gustos y se adecuará su dieta a los mismos - La dieta de Estefanía deberá ser: <ul style="list-style-type: none"> • Completa • Equilibrada • Higiénica • Suficiente • Variada - La dieta de Estefanía deberá estar integrada por: <ul style="list-style-type: none"> • Cereales y leguminosas: arroz, maíz (tortilla), trigo (pan), avena, frijoles, lentejas, garbanzos, soya deben consumirse todos los días a razón de dos cereales por una porción de leguminosas se recomienda la ingesta de cereales durante el desayuno por su alto valor. • Vegetales y frutas: espinacas, berros, chayote, zanahoria, brócoli, coliflor, 	<p>El estado de salud de una persona depende, principalmente, de la calidad de su nutrición. Si se desea obtener un buen estado nutricional se deben mejorar necesariamente los hábitos alimenticios. El alimento es utilizado por los seres humanos para realizar las funciones vitales. El cuerpo requiere diariamente cubrir las necesidades alimenticias, con este fin, utiliza las sustancias nutritivas de los alimentos y por medio del sistema digestivo, las transforma en energía.</p> <p>Por otro lado se deben consumir vegetales y frutas en suficientes cantidades para proveer al cuerpo las vitaminas y minerales y así mismo obtener gran cantidad de fibra, que contribuya a estimular los movimientos intestinales y permitan una evacuación regular (Villalobos S. J. Alimentación para una buena salud disponible en www.mep.gop.cr)</p>

<p>pepino, lechuga y ajo, chile cebolla, elote, naranjas, limones, mandarina, papaya, piña, fresas, guanábana, plátano, mora, guayaba tres veces al día en suficientes cantidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos de origen animal: carne de res, pollo, atún, pescado, hígado, leche, yogur y los quesos, huevo se deben consumir en menor proporción a los anteriores. • Grasas y azúcares: Aceite para cocinar, mantequilla, margarina, crema, mayonesa, helados cremosos, azúcar miel de abeja, jaleas, confites, chocolates, chicles, repostería y galletas, onsumir estos alimentos en pequeñas cantidades. por su alto concentración de energía <ul style="list-style-type: none"> - La dieta diaria deberá incluir alimentos de temporada - Al ingerir los alimentos deberá hacerlo con calma, masticando bien cada bocado, para favorecer la digestión - Estefanía podrá recurrir a la ingesta de algún cereal comercial para mejorar la eliminación intestinal (all bran) - Se procurara que tome un desayuno fuerte por la mañana, que coma abundante al mediodía y realice una comida ligera en la noche para no llenar demasiado el estómago antes de dormir y favorecer una buena digestión. - Estefanía deberá consumir entre seis y ocho vasos de agua al día - Estefanía evitara consumir alimentos “chatarra” - Las comidas se deben realizar con un horario fijo. - Estefanía no deberá suprimir ningún tiempo de alimento - La mama deberá variar las comidas, cuidando especialmente su presentación, buscando un ambiente agradable - Se evitaran las temperaturas extremas de los alimentos - No se aconsejan alimentos con olores o sabores intensos - Utilizar aderezos para mejorar el sabor de los alimentos - Extremar la higiene bucal después de cada ingesta 	
---	--

Evaluación: Mientras estuvo en el hospital se logro mejorar la ingesta de la dieta de manera equilibrada se contó con asesoría nutricional, pero al egresar del hospital con el tratamiento con esteroides su apetito aumento aunado a que la abuela le preparaba los guisados preferidos por ella y a la disminución de la actividad física en un dos meses Estefanía aumento 4 kilos de peso, por lo que se volvió a hacer hincapié en el seguimiento de una dieta equilibrada, y la realización de actividad física así como en la disminución de la ingesta de alimentos “chatarra”, para mantener un estado de salud optimo.

Eliminación
Fecha identificación: 26de septiembre
Nivel de Dependencia: 3
Grado de dependencia: Transitoria, algunos días
Tipo de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

DIAGNÓSTICO: Alteración en la frecuencia de la eliminación intestinal relacionada con disminución de la actividad física y aporte insuficiente de fibra en la dieta diaria manifestado por ruidos intestinales disminuidos evacuaciones escasas y fétidas

OBJETIVO: Estefanía recuperará el patrón habitual de eliminación intestinal mediante la modificación de la dieta y la actividad física en las próximas 24 horas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Favorecer el vaciamiento intestinal en la paciente (NIC 0430) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la causa de la alteración en la frecuencia fecal de la paciente - Identificar la presencia de halitosis matutina y la exposición de gases en Estefanía por parte de la madre - Realizar ejercicios isoperistálticos (reflejo gastro-cólico) en sentido de las manecillas del reloj 30 minutos después del desayuno por 15 o 20 minutos a la misma hora, diariamente - Estefanía deberá aprovechar el momento del reflejo gastro-cólico, de ser posible a la misma hora cada día, para acudir al sanitario, y sentarse por no más de 10 minutos con una lectura o un juego de su agrado - La paciente deberá mantenerse activa el mayor tiempo posible para favorece la regularidad del intestino <ul style="list-style-type: none"> • Subir y bajarse de la cama • Pasarse de una silla a otra • Pasarse de la cama a la silla de ruedas varias veces al día • Rodarse por la cama 	<p>Al establecer un programa intestinal se debe tener como objetivo generar evacuaciones intestinales regulares. Los antecedentes de los hábitos intestinales del paciente y las consideraciones sobre el estilo de vida deben servir como guía para establecer nuevos patrones de evacuación intestinal. (Reentrenamiento intestinal http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003971.htm)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Explicar y mostrar a la madre de Estefanía como valorar la motilidad intestinal en su hija (a través de la palpación y la medición del perímetro abdominal) - Estefanía deberá observar las características sus evacuaciones (horario, frecuencia, color, olor, consistencia, cantidad) - Se explicara a la paciente cuales son los datos de estreñimiento (dolor, y presencia de masas en área abdominal) - Valorar la motilidad intestinal (hipo e hiperperistaltismo) - La paciente deberá acudir o ser llevada al sanitario en cuanto sienta necesidad de ello - Utilizar ropa interior que facilite la eliminación - Valorar el uso de procedimientos y medicamentos para facilitar la evacuación (laxantes, enemas, ablandadores de heces) en caso extremo - Evitar picantes y alimentos que produzcan gases 	
<p>Intervención No 2 Aumentar la ingestión de líquidos y fibra en la dieta de la paciente (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a Estefanía que es la fibra y su función para facilitar la eliminación intestinal - Mediante ejemplos Estefanía conocerá los alimentos que pueden aportarle fibra - La paciente deberá aumentar el consumo de líquidos principalmente de agua simple 6-8 vasos al día y también puede recurrir a los jugos de frutas sin abusar de ello - Se proporcionara información a la madre de Estefanía para mejorar la alimentación de la familia en general: <ul style="list-style-type: none"> • No cocinar demasiado las verduras • Cocinar al vapor y acitronar las verduras para evitar que se degrade la fibra benéfica • Proporcionar a Estefanía tentempiés saludables como: manzanas, peras con cáscara, palomitas de maíz naturales • Ofrecer ensaladas de verduras crudas • Establecer horarios fijos para la alimentación - La paciente deberá comer regularmente, masticando bien y despacio. Evitar el “picoteo” entre comidas 	<p>La fibra acelera el avance de los alimentos que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que las evacuaciones intestinales sean regulares. La mayor facilidad para el paso de las heces fecales mantiene a los músculos intestinales en buena condición y evita la lentitud que ocasiona que las heces permanezcan en el colon durante periodos prolongados. Puesto que la fibra de la dieta se parece a una esponja, absorbe agua. Las cantidades adicionales de agua son útiles para empujar la fibra a lo largo de todo su trayecto (disponible en http://www.tusalud.com.mx/221007.htm)</p>

Evaluación: se contó con poca colaboración por parte del departamento de dietética continuaron enviando alimentos con poca fibra de la dieta se trato de que la paciente ingiriera aquellos que facilitarían la evacuación y fueran de su agrado, se logro mejorar la eliminación intestinal, en cuanto a consistencia y cantidad no así en frecuencia esta necesidad se encontró en un nivel 3 de dependencia, y quedo en 2, al egreso de la paciente se hizo énfasis en la incorporación de fibra en la dieta así como su ingesta, el consumo de líquidos y la realización de actividad física en casa como medidas para evitar estreñimiento crónico.

Higiene, protección de la piel, vestido y desvestido
Fecha identificación: 26 de septiembre
Nivel de Dependencia: 4
Grado de dependencia: Transitoria, algunos días
Tipo de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: fuerza

DIAGNÓSTICO: Dependencia para realizar las practicas higiénicas diarias (vestido, higiene y arreglo personal) relacionado con incapacidad para trasladarse manifestado por necesitar de otra persona para deambular y trasladarse al cuarto de baño

OBJETIVO: Estefanía mejorara de manera gradual con ayuda de la enfermera y de su madre, la capacidad y la fuerza para volver a realizar las actividades de la vida diaria (vestido, higiene, arreglo personal)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Asegurar en Estefanía un estado optimo de higiene corporal (NIC 1801) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a Estefanía por los hábitos que tiene para realizar su baño - Preparara el cuarto de baño libre de corrientes de aire, con agua caliente, una silla de plástico, tapete antiderrapante diariamente antes del baño - Mantener cerca del alcance de la paciente los artículos personales que necesite para llevar a cabo su higiene personal (jabón, shampoo, acondicionador, esponja, toalla, desodorante, crema, bata de baño, cepillo dental) - Realizar el baño de la joven mientras ella no pueda hacerlo sola y solo asistirla cuando lo solicite - En caso de requerir baño de esponja se dispondrá de un biombo para proteger su intimidad de Estefanía - Los pies de Estefanía serán lavados al final del baño de manera cuidadosa por la enfermera - Cuando la madre asista a bañar a su hija la enfermera deberá estar presente cerciorándose que se haga de manera segura 	<p>La higiene corporal es muy importante tanto para la salud como para la imagen personal. Un cuerpo sucio constituye un terreno propicio para el desarrollo microbiológico. El polvo, el sudor y otras secreciones, así como el calor, son algunos de los muchos factores que favorecen la multiplicación microbiana. Las secreciones normales, por si solas bastan para favorecer el crecimiento de los microorganismos. Por lo tanto, la ducha diaria se debe convertir en un hábito de todos.(Higiene corporal disponible en http://www.higiene-educ.com/sp/profs/corporelle/sci_data/objectifs.htm)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Se instruirá a la paciente sobre el aseo de oídos - Cuando Estefanía se sienta indispuesta podrá dejarse el baño para otra ocasión, pero se realizara aseo en cara brazos y genitales - Mantener las uñas de las maños de la joven recortadas y limpias - Cepillarse los dientes tres veces al día después de cada comida - Se preguntará a Estefanía sobre la técnica de cepillado, para saber si lo hace correctamente - Se establecerá un horario para el baño después del desayuno preferentemente - Lubricara la piel con crema hidratante todos los días 	
<p>Intervención No 2 Mantener a Estefanía con vestimenta cómoda y limpia (NIC 1802) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se preguntara a Estefanía por sus preferencias para vestir - Se solicitara a la madre traer pijamas, ropa interior y calcetas para el cambio diario - Estefanía tendrá la opción de no usar bata hospitalaria si lo desea - La paciente contara con la ropa necesaria para cambiarse diariamente - Las pijamas deberán ser de cierre o con broches para facilitar su uso - La ropa sucia será enviada diariamente a casa de la paciente para ser lavada - Cuando Estefanía acudir a algún estudio y/o interconsulta contará con la vestimenta adecuada - La paciente deberá cambiarse de ropa interior y exterior diariamente aun cuando no se lleve a cabo el baño total - Se procurara de que la ropa que use dentro del hospital sea de algodón para que este cómoda - Se ayudara a vestir a Estefanía después del baño - La joven dispondrá del tiempo necesario para arreglarse a su gusto - Estefanía se vestirá dentro del cuarto de baño diariamente - Cuando se lleve a cabo baño de esponja se dispondrá de un biombo para proteger su intimidad durante el mismo y al vestirse - Al terminar de bañarse se ayudara a la paciente a cepillar su pelo y se peinara de 	<p>Al igual que el cuerpo, y por estar en contacto con él, la ropa y el calzado deben ser objeto de especial atención. Es indispensable cambiarse de ropa después de la ducha o baño. La ropa interior se deberá cambiar diariamente. Los niños/as deberán llevar ropas cómodas, no muy ajustadas, de fácil lavado y adecuadas a cada momento y situación del día. Para dormir tendrán que utilizar ropa amplia y diferente a la usarla durante el día. Se debe tener en cuenta la temperatura ambiente y llevar ropas, adaptadas a la misma. (cuidados de enfermería en la higiene escolar disponible en http://www.terra.es/personal/duenas/15.htm#11)</p>

<p>acuerdo a su preferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se mantendrá vivo el interés de la joven por colaborar en su arreglo mediante halagos por cada logro obtenido - Establecer metas para valorar los avances e identificar posibles obstáculos - Se reforzaran aquellas actividades en las que haya presentado dificultad para realizar - Permitir a Estefanía expresar sus inquietudes respecto al vestido - Instruir a la madre para que ayude a su hija a vestirse - Tener disponible ropa para cuando egrese del hospital <p>Se buscara contar con ropa de cama limpia y seca diariamente</p>	
---	--

Evaluación: la cooperación de Estefanía se logro de manera paulatina como se planteo en un principio, al disminuir el dolor pudo movilizarse con mas seguridad y esto le dio confianza para colaborar en su arreglo, se pudo contar con la ropa y los aditamentos necesarios para ello, en cuanto a las instalaciones del cuarto de baño hubo necesidad de hacer algunas adaptaciones para llevar a cabo el aseo diario con seguridad. Actualmente se baña y se viste sola, requiere ayuda solo para bajarse de la silla de ruedas a la silla del baño de su casa. La necesidad se encontró en un nivel 4, ahora se encuentra en 2.

Recreación
Fecha identificación: 16 de octubre
Nivel de Dependencia: 3
Grado de dependencia: Transitoria, algunos días
Tipo de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: fuerza, conocimiento y voluntad

DIAGNÓSTICO: Déficit de las actividades recreativas relacionado con entorno deprovido de actividades propias para la edad de la paciente manifestado por aumento en el tiempo que pasa frente al televisor, aburrimiento y deseos de la paciente por realizar manualidades

OBJETIVO: Estefanía realizara actividades recreativas acorde a su edad con la colaboración de la familia durante su rehabilitación (recuperación)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Fomentar la convivencia entre Estefanía y su familia (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la familia de Estefanía la importancia que tiene que ésta se reincorpore a las actividades de la vida diaria - La familia de Estefanía deberá seguir acudiendo a los centros de diversión que acostumbraban visitar hasta antes de la cirugía - Estefanía será estimulada para que acuda a reuniones familiares cada que sea posible - Decirle a la madre de Estefanía que la involucre en las actividades diarias del hogar - Fomentar la convivencia de la paciente con chicos de su edad (primos, compañeros de la escuela, vecinos, etc) - La adolescente podrá ver solo dos programas de televisión diariamente - Estefanía no deberá pasar mas de dos horas diarias frente al televisor - La joven podrá ver los programas elegidos siempre y cuando haya realizado sus tareas asignadas - Asesorar a la madre de Estefanía en la detección oportuna sobre algún compartimiento diferente al habitual (no comer, Inactividad, apariencia triste, conducta agresiva, llanto, quejas por molestias físicas, miedo a la muerte, autocrítica) 	<p>La atención con enfoque familiar también tiene un amplio apoyo de los profesionales de salud, que reconocen a la familia como la primera fuente de apoyo físico y emocional para sus miembros, así como su influencia principal en el desarrollo de los niños. Le enfermera debe incluir a la familia en la enseñanza para la salud, en las explicaciones de las intervenciones medicas y quirúrgicas y en la coordinación de las actividades para el cuidado de la salud. (Olds, 35 1995)</p>

<p>Intervención No 2 Promover la terapia con juegos y manualidades (NIC 5360) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a Estefanía cuales son los juegos de su preferencia - Investigar cuales son las actividades que la paciente puede realizar en su hogar - Motivar la participación de la adolescente en actividades del hogar - Buscar el ingreso de Estefanía a algún taller de manualidades como (migaron, tarjetería española, repujado, bardado, etc) - Buscar la incorporación de la paciente con algún grupo de apoyo - Permitir que Estefanía exprese sus inquietudes y preferencias - Facilitar material didáctico como libros, revistas sobre manualidades con globos, con migagon, con papel, con faommy, - Buscar el reingreso de la paciente a la escuela 	<p>Es esencial ofrecer al niño actividades apropiadas a su edad, ya que ello permitirá su crecimiento y desarrollo normal así como también fomentara que se distraiga y no centre su atención en su padecimiento. La mayoría de los juegos de mesa tienen como objetivo ejercitar la memoria y las manualidades crear destreza y habilidad manual. Por otro lado las visitas de los amigos y el acercamiento con otros niños les permiten mantener un contacto con el exterior. (Morgan S. K. 152, 2000)</p>
--	--

Evaluación: Esta necesidad se encontró en un nivel 3 de dependencia y disminuyo a 1, Estefanía actualmente acude a un centro social a recibir clases de migajón, actividad que disfruta, por la mañana después de desayunar acude dos veces a la semana, también acompaña a su madre a vender fruta picada los fines de semana y entre semana juega con su hermano y sus vecina que es mayor que ellas por dos años, también sale a pasear con la familia y con la hermana mayor y los amigos de esta, la madre refiere que su estado de animo ha mejorado mucho, ya que antes de acudir a las clases se encontraba de malas, respecto a la incorporación de la paciente a las actividades del hogar aun no es posible, porque aun se encuentra temerosa.

Oxigenación
Fecha identificación: 30 de septiembre
Nivel de Dependencia: 2
Tipo de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: fuerza

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección pulmonar relacionado con estasis de los líquidos corporales

OBJETIVO: Estefanía no presentará infecciones de tipo pulmonar por estasis mientras se encuentre hospitalizada

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Proteger a Estefanía contra infecciones respiratorias (NIC 6550) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía realizará cambios de posición varias veces al día con ayuda de su mamá o de la enfermera - Se fomentara la participación de Estefanía en actividades de la vida diaria que requieran poco esfuerzo y mantengan la movilidad - Se explicara a Estefanía y a su madre los beneficios que se obtienen con la movilidad en el control de problemas respiratorios - Brindar a Estefanía un ambiente templado y sin corrientes de aire - Estefanía evitara estar expuesta a temperaturas extremas (frías o calientes) - Cuando Estefanía acuda a una interconsulta, ira vestida de acuerdo al clima existente - Estefanía evitara estar cerca de cualquier otro paciente que presente alguna enfermedad, respiratoria infectocontagiosa - Restringir la visita de cualquier familiar que presente algún problema respiratorio y/o fomentar el uso de cubrebocas - Alternar los periodos de reposo con los de la actividad físico 	<p>Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Por ello una de las metas del equipo de salud es garantizar la seguridad del paciente hospitalizado y favorecer su recuperación en el menor tiempo posible. Por tal motivo es necesario implementar estrategias de prevención que ayuden a disminuir el riesgo y la propagación de infecciones nosocomiales. (Howard R. J. 11, 1991)</p>
<p>Intervención No 2 Mantener un estado nutricional adecuado en Estefanía (NIC 1100) (interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía recibirá una dieta de acuerdo a su edad y condición de salud - Estefanía realizara una lista de 	<p>Es de suma importancia mantener durante las etapas críticas en los niños un estado nutricional adecuado Una adecuada ingesta durante las etapas críticas como puede ser la hospitalización tiene un efecto inmediato y a largo plazo sobre la supervivencia. A corto plazo, ayuda al reestablecimiento evitar complicaciones por debilidad y pérdida de peso. A largo plazo, ayuda</p>

<p>alimentos de su preferencia para ser incluidos en su dieta diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir en la dieta diaria alimentos ricos en vitamina C (cítricos, guayabas, etc) y abundante en líquidos - Proporcionar a Estefanía comidas poco abundantes y frecuentes - Animar a Estefanía para que consuma los alimentos de su charola - Estefanía tendrá ingesta de líquidos a libre demanda - Evitar la introducción de alimentos “chatarra” (papas, sopas instantáneas, dulces) - Valorar junto con el medico la necesidad del uso de suplementos alimenticios - Evitar que Estefanía vea televisión mientras desayuna, come o cena 	<p>a mantener el estado nutricional del niño y su sistema de defensa, disminuyendo tanto la frecuencia como la gravedad de futuras enfermedades. (Silva, N F. disponible en http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap9.htm)</p>
<p>Intervención No 3 Mantener medidas preventivas en las vías respiratorias (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a Estefanía valoración clínica del funcionamiento pulmonar diariamente en busca de alguna alteración (presencia de estertores, secreciones, sibilancias) - Vigilar la presencia de datos de infección hipertermia, taquipnea, disnea, esputo verdosos o amarillo - Realizar palmopercusión tres veces al día antes del baño, para fomentar la expectoración durante el mismo - Enseñar a Estefanía a realizar ejercicios de respiración profunda y de tos si es necesario (efectuar 3 o 4 respiraciones profundas y toser posteriormente en posición sentada) 	<p>Durante la hospitalización el paciente presenta cambios en la flora bacteriana normal de su organismo, esto ocasiona cambios en la resistencia del huésped a las infecciones el sistema inmunitario se vuelve mas susceptible y el paciente aumenta el riesgo de sufrir alteraciones en su estado de salud.(Howard R. J. 15, 1991)</p>

Evaluación: Estefanía no presento infecciones nosocomiales agregadas mientras permaneció hospitalizada ya que se contó con el material y equipo para realizar las actividades de protección, alimentación planificadas para ella. Egreso del hospital en el tiempo establecido sin complicación alguna.

Comunicación
Fecha identificación: 14 de noviembre
Nivel de Dependencia: 3
Grado de dependencia: Transitoria, varios días
Tipo de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: fuerza y conocimiento

DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro de la comunicación verbal relacionado con cambios de conducta propios de la edad y a la enfermedad crónica

OBJETIVO: Estefanía continuara manteniendo un nivel de comunicación aceptable con quienes la rodean utilizando un lenguaje claro y respetuoso siempre

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Promover la unión a través de la comunicación familiar entre la paciente y su familia (Independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar alteraciones en el trato diario de la familia - Los padres deberán permitir que Estefanía exprese sus sentir respecto a su estado de salud y su condición física - Los padres deberán evitar criticarse entre sí, frente a los hijos, así como también evitar hacer comparaciones entre la paciente y sus hermanos ya sean buena so malas - Los padres de Estefanía deberán buscar el momento adecuado para aclarar los malos entendidos que pudieran ocurrir en algún momento dado - Explicar a los padres de la paciente la importancia que tiene dedicar un día a la semana para la realización de actividades en familia - Promover en la familia la creación de un ambiente en el que Estefanía se sienta respetada, valorada, tomada en cuenta para decidir sobre su tratamiento de rehabilitación - Los padres deberán asegurarse que Estefanía, sea tratada igual que a los otros hijos sin preferencias - Identificar los momentos de ira, tristeza, en Estefanía y promover los momentos de soledad hasta se sienta mas tranquila - Se deberá solicitar y facilitar ayuda psicológica en caso de ser necesario para Estefanía, sus hermanos o los padres de esta - Cuando Estefanía haga algo mal, los padres deberán hacérselo saber centrándose en los fallos y no descalificándole como persona. Por ejemplo es mejor decir “esto no lo has hecho bien” a “eres un inútil” - Evitar los castigos físicos, ya que tienen un 	<p>La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia y a su vez según la actuación de ésta, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica de la persona afectada. De tal forma que los miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. Por tal motivo es de sumo interés que el personal de salud se preocupe por establecer y fortalecer los lazos de unión entre los miembros que la conforman. (Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas disponible en http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple10a.html)</p>

<p>efecto negativo sobre la autoestima y perjudica muy seriamente las relaciones con la persona que inflinge el castigo.</p>	
<p>Intervención No 2 Facilitar la transición de Estefanía en su paso por la adolescencia y su problema de salud (Interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacer las necesidades de Estefanía como adolescente tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Afecto y confianza. • Modelos de conducta • Ser escuchada • Respeto y aceptación • Respeto por sus intereses y valores • Dinero - Los padres de Estefanía deberán reforzar su autoestima con frases como: <ul style="list-style-type: none"> • “Estamos orgullosos de ti” • “Puedes contar con nosotros” • “Confiamos en ti” • “Deseamos comprenderte” • “Te queremos solo por ser mi hija” - Estefanía deberá tener la certeza de que cuando necesite hablar con sus padres podrá hacerlo con toda confianza - Responder con sinceridad de manera clara a las preguntas que pueda formular Estefanía - Buscar la integración de la paciente con algún grupo de apoyo - Identificar datos de depresión en la adolescente (aislamiento, angustia, tristeza prolongada, llanto) y buscar ayuda profesional 	<p>El pasaje de la niñez a la adultez joven puede ser un período de conmoción interna para cualquier adolescente. Suele ser más estresante para el adolescente con alguna alteración de salud. Durante este período, el adolescente experimenta rápidos cambios en su crecimiento físico, cognitivo, emocional y social; sin embargo, debe manejar el proceso de toma de decisiones, su autonomía y su independencia. Para los adolescentes con alguna alteración de salud, el viaje es más difícil dado que enfrentan barreras adicionales.</p> <p>El proceso de transición no sólo significa que el adolescente debe manejar un nuevo conjunto de habilidades, sino que también debe experimentar un cambio de actitud de la dependencia hacia la independencia. Este cambio de actitud no es algo que ocurre de un día para el otro. Se logra con mayor facilidad si la independencia se ha incentivado durante toda su niñez. Los padres juegan un papel importante en esta etapa su ayudar es necesaria para el niño en su paso hacia la independencia. (Chris P. Las Transiciones Hacia la Adolescencia. Disponible en http://www.sbaa.org)</p>

Evaluación: Estefanía ha logrado mantener un mejor nivel de entendimiento entre su padre y ella mas que con su madre, ya que este, la consiente mas, la madre hizo mención en el mes de enero que había ciertos roles entre ella y su esposa debido a que no se podían poner de acuerdo en como tratar a su hija, mientras la madre decía que la enfermedad de Estefanía no era motivo de tolerar sus desplantes el padre hacia todo por complacer sus caprichos, además de que la hija mayor empezaba a manifestar su inconformidad por la poca atención recibida, se hizo nuevamente hincapié en regresar a la terapia con la psicóloga, la madre no se mostró muy convencida pero se logro la canalización de Estefanía al hospital de rehabilitación para que se reciba atención especializada de acuerdo a su estado de salud y pueda incorporarse a un grupo de ayuda. Por lo anterior considero que sigue manteniéndose en el mismo nivel de dependencia 3.

Realización
Fecha identificación: 26 de septiembre
Nivel de Dependencia: 5
Grado de dependencia: Transitoria, algunos meses
Tipo de prioridad: Media
Fuente de la dificultad: fuerza

DIAGNÓSTICO: Riesgo del trastorno de la imagen corporal relacionado con miedo al rechazo de personas del sexo opuesto

OBJETIVO: Estefanía no presentara trastornos en su imagen corporal, mediante la adquisición gradual de seguridad en si misma

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Potencializar la imagen corporal de Estefanía (NIC 5390) (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a Estefanía para que hable sobre la amputación y exprese su sentir sobre los cambios emocionales que esto ha producido en su persona - Explicar a Estefanía lo importante que es ella como persona, y rescatar los valores morales inculcados por su familia - Fomentar la interacción de la paciente con la extremidades amputadas - Buscar la interacción de la adolescente con otros adolescentes del sexo opuesto con el mismo problema - Determinar cual es el impacto de la amputación de Estefanía sobre la familia - Evitar dirigirse a Estefanía con frases de compasión o lastima (“pobrecita de ti”, “como sufres”, “porque te toco a ti y no a otras personas”, etc) por parte de los familiares o del personal del hospital - Brindarle asesoría para mejorar su arreglo personal - Evitar el aislamiento social por cualquier motivo - Buscar ayuda profesional para ayudarla en el proceso de aceptación de su nuevo estado de vida - Estefanía deberá sentirse apoyada emocionalmente por sus familiares y amigos - Evitar la expresión de frases negativas sobre su físico 	<p>Durante la adolescencia, un niño lucha por desarrollar su auto-imagen e identidad, por establecer su independencia, adaptarse a su sexualidad, formar relaciones sociales y planear su futuro. El diagnóstico de una enfermedad incurable o la alteración En su imagen corporal interfiere con esta etapa del desarrollo. Ya que el niño lucha por mantener su independencia, a la misma vez que su enfermedad y tiene la necesidad de depender del personal sanitario, de sus padres y del hospital. (disponible en Reacción emocional de los niños al cáncer y su adaptación a esta situación http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/IIIb.htm)</p>

<p>Intervención No 2 Fomentar la autoestima de Estefanía (5400) (Interdependiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar ayuda al departamento de psicología para que ayude a Estefanía y a su familia en el proceso de aceptación de la pérdida de sus piernas (duelo) - Conocer cual es la percepción que tiene Estefanía sobre si misma - Establecer en conjunto con Estefanía y su familia objetivos realistas que le ayuden a ella a mejorar su autoestima - Prestar atención sobre los comentarios que la paciente haga sobre su aspecto y reforzar la confianza en si misma - Mostrarle confianza cuando la paciente pida cooperar en su cuidado personal - Ayudar a la paciente a identificar sus virtudes y sus potencialidades (ser una niña querida por sus padres, que tiene muchos familiares que la estiman y la quieren) - Evitar que los padres o familiares hagan comentarios negativos (criticas o quejas) sobre su padecimiento frente a ella - Permitir que Estefanía colabore en la realización de actividades de la vida diaria - Enseñar a Estefanía a pedir ayuda cuando sea necesario, evitando que se vuelva dependiente de su familia - Permitir que Estefanía tome decisiones para su cuidado y se haga la responsable de ellas - Recompensar a la paciente con palabras de halago (muy bien, ere muy fuerte, felicidades por tu esfuerzo, etc.) por los logros alcanzados - Proporcionarle un ambiente de camarería y asignación de tareas que la hagan sentirse útil - Instruir a los padres sobre la importancia de su apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de si mismos para sus hijos - Enseñar a los padres a establecer limites con su hija - Pedirle ayuda a los padres de Estefanía para que incrementen la autoestima de su hija pero de una forma realista, sana y positiva, no inflada y vana. Deberán tambien mostrar su cariño a la paciente por medio de abrazos, besos, mimos, etc. - Buscar actividades de acuerdo a su edad y genero que pueda realizar de manera individual 	<p>Si bien la autoestima se va formando a lo largo de toda la vida, en la adolescencia la percepción y valoración que tiene el joven de si mismo toma un auge importante para lograr una de las tareas más esenciales que es el logro de la identidad, al igual que ésta identidad la autoestima consta de varios elementos, por lo que podemos decir que es multidimensional, ya que reúne aspectos de tipo social, moral, físico, cognitivo y sexual. (disponible http://www.geocities.com/Heartland/Farm/8810/investig/aecrian2.html)</p>
--	--

Evaluación: Actualmente Estefanía se encuentra en el proceso de la aceptación de su imagen corporal, ella refiere que sale con amigos de su hermana y ha logrado incorporarse satisfactoriamente, se continua fortaleciendo la seguridad en si misma y su autoestima, la familia la apoya mucho en ese sentido, le proporcionan ropa y accesorios de moda que hacen verse muy bien además empieza a mostrar enteres por maquillarse la cara, se encuentra ilusionada con la idea de pronto volver a caminar con ayuda de sus prótesis, considero que el nivel de dependencia disminuyo de 5 a 3, considero que esta necesidad aun tardara en estar satisfecha ya que está sujeta a los avances y resultados obtenidos con la rehabilitación.

Aprendizaje
Fecha identificación: 8 de diciembre
Nivel de Dependencia: 4
Grado de dependencia: Transitoria, algunos meses
Tipo de prioridad: Baja
Fuente de la dificultad: fuerza y voluntad

DIAGNÓSTICO: Alto riesgo riesgo de presentar déficit en los conocimientos escolares relacionado con falta de voluntad en el aprendizaje escolar

OBJETIVO: Estefanía continuará adquiriendo conocimientos a través de la elaboración de un programa de aprendizaje, acorde a su edad durante su recuperación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Ejercitar la memoria de Estefanía (NIC 4760) (Independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía llevará acabo juegos de mesa donde hará uso de su capacidad mental, como memoramas, ajedrez, domino de frutas una vez por semana durante una hora - Estefanía ordenará figuras, números y objetos por patrones (mayor a menor, orden ascendente, descenderte, por colores, etc.) una vez a la semana por treinta minutos - Estefanía memorizará los Estados de la República Mexicana así como sus capitales en una semana - Se pedirá a Estefanía que conozca y memorice las fechas cívicas más celebradas en nuestro país, así como su significado para los mexicanos una por semana : <ul style="list-style-type: none"> • El día de la bandera, • El día de la Constitución Mexicana • El día la expropiación petrolera • El día la batalla de Puebla 	<p>Es importante ejercitar la memoria cada día, especialmente durante los años de educación básica esto, permite crear hábitos virtuosos como la reflexión y establecer conexiones importantes en el cerebro infantil para una vida adulta más rica y fecunda. (Bator. M A. 2007)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • El día de la Independencia Mexicana • El día de la Raza • El día de la Revolución Mexicana <p>- Conocerá y repetirá algunas adivinanzas y trabalenguas una vez a la semana como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pepe pecas, pica papas, con un pico, con un pico, pepe pecas, pica papas • El que poco coco come, poco coco compra; el que poca capa se tapa, poca capa se compra. Como yo poco coco como, poco coco compro, y como poca capa me tapo, poca capa me compro. • El suelo está enladrillado, quién lo desenladrillará el desenladrillador que lo desenladrillare un buen desenladrillador será • En tres tristes trastos de trigo, tres tristes tigres comían trigo; comían trigo, tres tristes tigres, en tres tristes trastos de trigo ❖ “Una viejita con un solo diente hace correr a toda la gente”, ¿que es? ❖ Blanca fue mi niñez, morada mi mocedad, negra y prieta mi vejez, adivina qué será. ❖ Somos blancos, larguiruchos, nos fríen en las verbenas, y dorados, calentitos, nos comen nenes y nenas ❖ Treinta y dos sillas blancas en un comedor y una vieja parlanchina que las pisa sin temor ❖ Unas son redondas otras ovaladas unas piensan mucho y otras casi nada <p>- Buscará en el diccionario palabras nuevas del idioma español así como</p>	
---	--

<p>su significado una vez a la semana</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memorizará a través de tarjetas frases y palabras en inglés, de uso común una vez por semana: ❖ Questions: Do you speak spanish?, Where are you work, How are you? Where are yuo live? ❖ objects: table, chair, desk, book, notebook, glove, T.shirt ❖ Origin: Fidel Castro is Cuban, The tequila is mexican, Wine is from france - Memorizara canciones de su agrado y luego las cantará siguiendo la música, una vez al mes 	
<p>Intervención No 2 Facilitar el aprendizaje básico escolar en Estefanía (NIC 5520) (Independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar instrucción solo cuando Estefanía demuestre estar dispuesta a aprender - Estefanía mantendrá contacto con la escuela a través de: <ul style="list-style-type: none"> • La realización de tareas enviadas por el profesor de 5º año, por medio de su amiga "Mary" • Estefanía podrá asistir a los eventos y festivales realizados por sus compañeros de escuela • Estefanía podrá participar en la realización de actividades cívicas si es requerida a ello - Realizará las actividades de aprendizaje en un lugar cómodo, iluminado, sin distractores y de ser posible con otros niños de su edad - Se fomentará la participación activa y voluntaria de Estefanía - Se proporcionará material didáctico actualizado - Relacionará cada que sea necesario el contenido nuevo con los conocimientos adquiridos previamente - Estefanía reforzar la información cada que sea necesario o tenga dudas - La información será a través de 	<p>El aprendizaje ayuda a construir nuevas redes conceptuales, utilizando las concepciones, la lógica, el lenguaje que se construyeron previamente.</p> <p>El niño reproduce en parte las ideas de la familia y de su medio social, incorpora diversos elementos, da prioridad a algunos datos y olvida otros y con toda esta actividad construye una red de concepciones que le permiten integrarse en la sociedad y realizar las actividades corrientes. Para que un niño pueda aprender, lo que se le enseña debe adecuarse a lo que él es capaz de aprender. (Gagliardi R. 2007)</p>

<p>esquemas, mapas, libros ilustrados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía realizara lecturas en voz alta, posterior a ello se pedirá que haga comentarios sobre ella - Para el área matemática se realizaran juegos con operaciones básicas (suma, resta, división, multiplicación) y la resolución algunos problemas matemáticos 	
<p>Intervención No 3 Evaluar cada semana en conjunto con la familia y la adolescente la necesidad de aprendizaje (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizara una reunión entre Estefanía y su familia para que expresen su opinión sobre las actividades implementadas y las dificultades que encontraron al realizarlas - La familia de Estefanía al igual que ella podrán sugerir temas que sean de su interés. 	<p>Conocer el grado y la medida en que Estefanía esta satisfaciendo esta necesidad; es importante para mantenerla motivada. La motivación tiene connotaciones afectivas y emocionales y es fundamental el “refuerzo del esfuerzo” y de las estrategias empleadas. Cualquier motivación de tipo positivo conlleva a una expresión emocional del mismo tipo. (Gómez G. 22, 1992)</p>

Evaluación: De las intervenciones planificadas, no fue posible aplicar ninguna ya que, por el momento Estefanía muestra mayor interés por la rehabilitación y volver a caminar, se planteo con la madre la idea de mantener contacto con el maestro de su hija pero manifestó que para ella es muy difícil acudir regularmente por las tareas de Estefanía, posterior al egreso en octubre, Estefanía presento infección en los muñones y posteriormente herpes, y esto termino con la posibilidad de reincorporarse a las clases, pero manifiesta la madre que le año próximo, cuando su hija camine podrá volver a la escuela.

Termorregulación
Fecha identificación: 16 de octubre

DIAGNÓSTICO: independencia en la necesidad de termorregulación

OBJETIVO: Estefanía continuara siendo independiente en la necesidad de termorregulación mediante el reforzamiento de las actividades diarias

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1 Aumentar los conocimientos para mantener la temperatura corporal en Estefanía (independiente) Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La adolescente aprenderá a medir su temperatura corporal mediante el uso de termómetro - Estefanía y su madre conocerán los valores normales de temperatura 	<p>Durante la adolescencia temprana los niños se encuentran formando hábitos y adquiriendo conductas, siendo este un momento ideal para difundir en ellos nuevos conocimientos que les ayuden a mantener su estado de salud en optimas condiciones. Esto es más factible de concretar si existe la ayuda comprometida de la familia y le facilita la adopción o cambio a la conducta deseada. (disponible en http://www.mirame.cl/fundamentos.htm)</p>

**Temperatura normal en el
adolescente y adulto:**

Oral	37° C
Axilar	36.4° C
Rectal	37.6° C
Timpánica	37.7° C

- La paciente y su mama conocerán los datos clínicos de hipertermia e hipotermia

Hipertermia

Fase de escalofrío

- Presencia de piloerección
- Coloración de la piel, se observa pálida y fría
- Aumenta la frecuencia respiratoria y cardiaca

Fase de evolución

- Rubor en la piel y se torna caliente
- Boca y labios secos.
- Lengua saburral
- Sudación

Fase de terminación

- Enrojecimiento
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Sudación
- Aumento del pulso

Hipertermia:

- Piel pálida puede tornarse blanca o de tinte azuloso
- En ocasiones piel con aspecto moteado
- Disminución de la frecuencia respiratoria
- Piel fría
- Disminución de la frecuencia cardiaca
- La paciente y su madre conocerá las medidas a seguir en caso de presentar hipertermia o hipotermia:
 - Frío o calor local
 - Desvestir o abrigar a la niña
 - Evitar corrientes de aire o lugares cerrados
- Se explicará a la paciente y a su mama la importancia de acudir al medico y no automedicarse cuando exista hipertermia (38° C)
- Estefanía deberá cubriese al salir a la calle durante la época de invierno y cuando haya descenso en la temperatura

<p>ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estefanía adaptara la ropa de vestir y de cama a la temperatura ambiente - Estefanía evitara exponerse a temperaturas extremas y/o en contacto con superficies frías o calientes - Estefanía conocerá las medidas protectoras necesarias para evitar variaciones extremas de la temperatura corporal: usar ropas de fibra naturales, evitar corrientes de aire, proteger las partes de su cuerpo expuestas a las inclemencias del tiempo 	
<p>Intervención No 2 Favorecer en Estefanía un estado óptimo de nutrición Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se explicará a Estefanía y a su madre la importancia que tiene mantener un adecuado estado nutricional en la regulación de la temperatura - Solicitar la valoración del estado nutricional de Estefanía con el departamento de Nutrición - Colaborar con el equipo de nutrición en el desarrollo de un plan dietético adecuado para Estefanía - La dieta de Estefanía deberá ser: <ul style="list-style-type: none"> • Completa • Equilibrada • Higiénica • Suficiente • Variada - La dieta diaria deberá incluir alimentos de temporada - Estefanía mantendrá un adecuado estado hídrico por lo que deberá consumir entre seis y ocho vasos de agua al día - Estefanía evitara consumir alimentos “chatarra” - Estefanía no deberá suprimir ningún tiempo de alimento 	<p>El Metabolismo basal es la energía mínima necesaria para el correcto funcionamiento del cuerpo humano, y este de ve afectado con los cambios de temperatura al disminuir la temperatura ambiente el metalismo Basal aumenta, ya que nuestro organismo necesita producir más calor para mantener la temperatura corporal (Disponible en www. Consejos de nutrición SEEDO.htm)</p>

Evaluación: Se proporciono la información para aumentar los conocimientos de Estefanía y su madre quien era la cuidadora primaria, la madre por la cronicidad de la enfermedad de la hija, poseía conocimientos previos sobre como cuidar a su hija en los momentos de hipertermia o hipotermia, por lo que la información fue solo para reforzar dichos conocimientos, se valoro la veracidad de dichos conocimientos mediante la realización de preguntas, la cuales fueron contestadas acertadamente.

III RESULTADOS

3. 1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Cuando Estefanía fue abordada se encontraba en un nivel 5 y con un grado de dependencia total ya que necesitaba en mucho de la ayuda de su familiar y/o del personal de salud del hospital para realizar las diversas actividades de la vida diaria que le permitieran satisfacer sus necesidades básicas. Luego de un total de 17 seguimientos y de acuerdo al planteamiento del Modelo teórico de Virginia Henderson sobre la satisfacción de las 14 necesidades (variables) se encontró que Estefanía presentó 1 en independencia, 6 en riesgo y 7 en dependencia siendo la de movimiento y postura la mas afectada, debido a la amputación bilateral de miembros pélvicos, motivo por el cual fue considerada de mayor peso dado el cambio radical en su estilo de vida.

El seguimiento de Estefanía se llevo durante los días de hospitalización y durante sus visitas con el medico reumatólogo, esto permitió el rastreo de las intervenciones y la valoración en cuanto a la evolución de la adolescente hacia la independencia.

En cuanto a la necesidad de **oxigenación** no presento ningún cuadro infeccioso mientras estuvo internada gracias a la cooperación de la adolescente y de la madre para realizar las actividades planeadas entre las que se encontraban mejorar la **nutrición e hidratación** que en un principio estuvo alterada porque la paciente no comía adecuadamente, debido al desagrado por los alimentos proporcionados, se logro hacer que la familia le trajera los alimentos del hogar y de esta manera se logro asegurar un estado de nutrición optimo, pero al salir del hospital debido al uso de medicamentos esteroideos presento un incremento en el peso, por aumento del apetito, debido a esta situación se intervino reforzando los conocimientos (de la madre y la hija) sobre los grupos de alimentos.

Respecto a la **eliminación** mejoro notablemente logrando recuperar su patrón habitual de evacuación de dos veces al día, en cuanto al **descanso y sueño** logro recupera su independencia total a salir del hospital, ya que durante el internamiento debido al ruido y a la realización de los cuidados no fue del todo posible; respecto a las necesidades de **vestido, desvestido e higiene y protección de la piel** la paciente se mostró en un principio muy dependiente de la madre y del personal de salud, pero a medida que adquirió confianza en si misma y mediante el reforzamiento de sus logros con palabras cariñosas disminuyo su miedo y pudo contribuir en su arreglo personal y de mas actividades de la vida diaria, al grado de realizarlas por si misma sin ayuda de nadie, actualmente ya es capaz de bañarse por si misma, contribuir con el aseo y otras actividades del hogar. En cuanto a la **termorregulación** mostró interés en adquirir conocimientos nuevos para mejor sus hábitos al respecto.

La disponibilidad de la adolescente y de su madre fue importante para el cubrimiento de las necesidades de **seguridad, protección y aprendizaje** ya que debido al cambio en el estilo de vida fue necesario adquirir nuevos conocimientos como fue la realización de heridas, identificar datos de infección, vendaje, prevenir lesiones por el uso de prótesis así como mantener un ambiente de seguridad en el hogar realizando algunos cambio estructurales tales como la colocación de pasamanos en el cuarto de baño, acondicionamiento de la recamara para facilitar la deambulación y la realización del cambio de escalones por rampas.

Respecto al sus **creencias y valores** con la problemática de la paciente la familia debió modificar sus actitudes ante dicho suceso y aceptar que estaban viviendo un proceso de duelo por la pérdida de la salud de la adolescente y que la necesidad de apoyo psicológico era necesario, en un principio manifestó la madre no ser necesario acudir a consulta pero después recapacito y acepto la

ayuda por lo que se canalizo a la familia al Centro Nacional de Rehabilitación con los especialistas en el trato con pacientes amputados.

La **comunicación** que se estableció entre la paciente, la familia y el personal de salud facilito la rehabilitación y el tratamiento además de también contribuyo con el proceso de duelo, porque se logro identificar aquellos momentos en los que Estefanía entraba en conflicto con su padecimiento y se le facilito en medida de lo posible un espacio para liberar su enojo o tristeza. Cabe mencionar que la comunicación entre la familia y Estefanía se fortaleció en especial la del padre y la paciente.

Respecto a la **recreación** Estefanía acudió a clases se migajón luego de permanecer varios días en casa sin hacer nada, desde hace dos meses acude a la escuela, acude a fiestas con sus amigos, y se ha incorporado a las labores del hogar lo cual ha favorecido a su **realización** personal ya que al convivir con chicos de su edad su auto imagen se ha fortalecido y su autoestima ha mejorado, esto también fue posible mediante el fortalecimiento de sus virtudes además de la sugerencia del uso de accesorios propios de su edad para mejorar su imagen física.

En comparación con el caso publicado en la revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por Sánchez V. sobre los “Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura” tenemos que a pesar de que ambos pacientes presentaron dificultad para la deambulaci3n el caso de Estefanía fue de mayor cronicidad ya que en el caso anterior solo fue un problema obesidad que dificultaba la deambulaci3n pero con la cirugía logro corregirse dicho problema, en este caso la presencia física de sus piernas ayudó a que la recuperaci3n fuera mas rápida,.

La aplicaci3n del Proceso de Atenci3n de Enfermería y del modelo teórico de Virginia Henderson permiti3 en ambos casos identificar las necesidades mas afectadas y poder establecer un plan de cuidados especifico para cada una

ellas en donde la **enfermera** en todo momento trató al paciente desde un enfoque integral (**persona**), porque a pesar de haber sido identificadas de manera independiente, los cuidados no fueron otorgados de manera aislada, este modelo permitió también en ambos casos integrar a la familia como parte del problema y de la solución (**entorno**) facilitando su recuperación (**salud**) y su incorporación a la sociedad. En ambos casos para la realización del seguimiento se pidió el consentimiento informado de la paciente y de su familia por escrito.

Estefanía actualmente acude a la escuela cursa el sexto año de primaria un aprovechamiento de 7, ha logrado vencer el miedo poco a poco aunque aun no deambula con sus prótesis, la familia espera que pronto lo logre y se encuentran emocionados por los logros obtenidos por su hija.

3. 2 CONCLUSIONES

En cuanto a la utilización del Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el Modelo de Virginia Henderson resulto de mucha utilidad en el seguimiento de este caso clínico porque permitió el abordaje de acuerdo a la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Henderson con la recolección de datos, se conocieron los problemas reales potenciales y de salud de una manera ordenada y sistematizada ubicando las fuentes de la dificultad, para la elaboración de los diagnósticos y objetivos así como la planeación de las intervenciones de enfermería específicas para cada necesidad mediante la jerarquización de las mismas, es importante mencionar aquí que sin la colaboración coordinada del equipo multidisciplinario de salud y de la familia no hubiese sido posible obtener buenos resultados los cuales fueron evaluados de acuerdo a estructura, proceso y resultados.

Los instrumentos utilizados como la historia clínica, y el reporte diario permitieron de manera ordenada recolectar más fácilmente la información, el consentimiento informado permitió una mejor cooperación de la familia en ya que se le aseguraba con ello que la información proporcionada seria solo de carácter didáctico y confidencial.

En lo personal considero que el hecho de contar con el conocimiento de estudios previos sobre casos clínicos semejantes, estudiar el Proceso de Atención de Enfermería, así como el Modelo de Virginia Henderson, me permitió tener elementos suficientes para poder brindar los cuidados específicos a Estefanía, que realmente necesitaba, me permitió planificar y evaluar constantemente mis acciones además pude coordinarme con otros profesionales de salud intercambiar puntos de vista que enriquecieron mis conocimientos sobre el estado de salud de la paciente los cuales aproveche para mejorar cada vez mas mi atención y cumplir en gran parte con el objetivo establecido en un principio lograr **la independencia de Estefanía** me siento

satisfecha y porque aunque aun no logra deambular con sus prótesis los resultados obtenidos hasta ahora indican que va pronto lo hará solo es cuestión de tiempo.

Por ultimo considero importante hacer mención que como personal de salud Especialista es necesario ejercer nuestra labor diaria de manera sistematizada de acuerdo al Plan de Atención de Enfermería actuando bajo un pensamiento crítico, con ética ofreciendo un trato digno con equidad, justicia, beneficencia y no maleficencia para de esta manera responder a las necesidades de salud que nuestro país requiere y dignificar así, nuestra profesión cada vez mas.

3. 3 SUGERENCIAS

- Hacer del conocimiento del área de Enfermería los distintos modelo de enfermería existentes para que tenga la oportunidad de elegir aquel que mas satisfaga las necesidades de su paciente
- Facilitar, fomenta y difundir la publicación de los estudios de caso realizados por los especialistas en Enfermería de todas las áreas
- Promover la comunicación estrecha entre las diferentes Especialidades de Enfermería para intercambiar ideas sobre tratamientos e intervenciones para de esta manera mejorar la planeación de las mismas
- Es importante que el profesional de Enfermería incluya a la familia como elemento importante en la planeación de actividades

IV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. España. Masson, 2005
2. Álvarez P. Cols. Compromiso cardiovascular en niños con Lupus Eritematoso Sistémico. Rev. chil. pediatr. (en línea). jul. 2000, vol.71, no.4 (citado 05 Noviembre 2006) (7 Págs.) Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000400008&script=sci_arttext.
3. Benítez A. Franco M., Proceso del cuidado a un Preescolar con VIH. Enfermería Universitaria: 2004; 1(3):13-23
4. Cárdenas M. et.al. Antología: Teorías y Modelos de Enfermería. México. ENEO- UNAM, 2006
5. Carpenito J. L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Ed. Interamericana. Mac Graw Hill. España, 2005.
6. Castillo E., Domínguez M. Planificación del Alta de un Enfermo Con transplante Renal. Enfermería Clínica 1999; 3(4): 41-44
7. CIE. Clasificación de las intervenciones. (en línea) (consulta 2006-octubre-1): (10 Págs.) Disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>
8. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. (en línea) (consulta 2006- octubre-19); (12 págs.) Disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
9. Comisión de Arbitraje Medico del estado de Veracruz. Derecho de las Enfermeras y los enfermeros (en línea). (consulta 2006-octubre-4) (20 Págs.) disponible en <http://www.codamedver.gob.mx/codigoenf.htm>
10. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005- 2006. Madrid- España. Elsevier.
11. Dueñas J. Enfermeras teóricas. (en línea). (consulta 2006 –octubre-2); (7 Págs.) Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

12. Espinosa V. Franco M., Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. *Desarrollo Científ Enferm* 2003; 11(1): 24-29
13. Fernández C. *El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos*. España. Masso - Salvat, 1993.
14. Gallegos R. Definición de las Catorce Necesidades Básicas de los Individuos. *Desarrollo Científ Enferm* 2006; 14(7): 268- 273
15. Gallegos TMR. Cols., Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes. *Desarrollo Científ Enferm*. 2003; 11(9): 268-272.
16. Guallart M., Roca N. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica* 1998; 8(2): 84-89
17. Henderson V. *Enfermería Teórica y Práctica*. México. La Prensa Médica, 1987.
18. Iyer P. *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. México. McGraw- Hill Interamericana, 1997.
19. Jiménez M C., La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiología* 1999; 7(1-4): 28-35
20. Kozier B. *Fundamentos de Enfermería*. España. McGraw - Hill Interamericana, 1999.
21. Lupus Foundation of America (on line) (consulta 2006-octubre-19) (3 Págs). Disponible en <http://www.lupus.org/newsite/index.html>
22. Márquez M. Cols., Proceso de Atención de Enfermería a Usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus Diferentes Necesidades. *Enfermería Universitaria*; 2004;1(2):16-22
23. Martínez C. Cols., Dificultad en la Valoración Enfermería Clínica: 2004; 13(4):195-201
24. Mc closkey.J Cols. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)* Madrid-España. Harcourt- Mosby, 2001.

25. Monrroy G. Lupus Eritematoso Sistémico. Educación médica continúa. (en línea) (consulta 2006- octubre-19) (5 Págs.) Disponible en <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/lupus.htm>
26. Morgan S. K. Cuidados de Enfermería en pediatría. ediciones Doyma. España, 1993
27. Ortega C., Valoración de Enfermería al Paciente Postoperado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque Conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001; 9(1-4): 18-23
28. Parra B A. Cols., Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con estenosis Aórtica. Criticar Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2003; 11(2): 66-71
29. Partera MC. Cols., Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de ayuda a la Madre. Enfermería Clínica 2003; 13(5): 313-320
30. Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, El proceso de Atención de Enfermería. Ed. Interamericana. Mac Graw Hill. España, 1993.
31. Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México. Mc- Hill Interamericana, 1999.
32. Riopelle L. Cuidado de Enfermería. México. McGraw- Hill Interamericana, 1997.
33. Rivera J A. Boixadera V M., Plan Estandarizado de Cuidados par el Paciente Intervenido de Artroscopia de Rodilla. Enfermería Clínica. 2003; 13(5): 246-250
34. Salazar MC. Cols, El valor del cuidado al Neonato con Encefalopatía Hipóxico – Isquémica. Desarrollo Cientif Enferm. 2001; 9(9): 277-280.
35. Sánchez V., Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura. Rev Enferm IMSS 2001; 9(2): 91-96

36. Solís, C, Cols. Síndrome Neuropsiquiátrico en Lupus Eritematoso Sistémic. Rev. Ecuat. Neurol. 2005; 14(1– 3)
37. Wilson G. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. (en línea). (consulta 2006- octubre- 2); (4 págs.) Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion1.htm>

V ANEXOS



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ESCOLAR

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6-12 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio _____

I D A T O S D E M O G R Á F I C O S	Nombre: _____ Edad _____
	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
	Escolaridad del padre: _____ De la madre: _____ del Niño: _____
	Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
	_____ Domicilio: _____
	_____ Procedencia: _____
	_____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

II F A M I L I A	Antecedentes familiares: Problemas de salud de 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: _____	

IV Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:

Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró: _____

Se realizaron maniobras de resucitación: _____

Motivo de consulta/hospitalización: _____

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

¿Quién?: _____ ¿Cuándo? _____

El niño es alérgico: sí: _____ no: _____, Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: _____

_____ Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

A
N
T
E
C
E
D
E
N
T
E
S

Alimentación

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ Torácico: _____ Del brazo: _____

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

¿Considera usted que el niño tiene poco _____ buen o mucho _____ apetito?

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?

En el desayuno

En la comida

En la merienda

Los alimentos y bebidas que le disgustan son: _____

Tiene dieta especial: _____

Tiene alergias alimentarias: _____

Con quién acostumbra comer: _____

Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____

Tiene problemas en mucosa oral: _____

Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias: _____

Eliminación

Orina: Clara: _____ Con sangre: _____ Curbia: _____ Cantidad: _____ Cuántas veces orina al día: _____

Presenta molestias para orinar: _____ ¿Cuáles?: _____

Se orina en la cama por la noche: _____

Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____

Consistencia de las heces: Formada: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____

Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con Parásitos: _____ Grumosa: _____

Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____ Olor: acida: _____

Fátida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos de alimentos: _____

Dolor al evacuar: _____ Hábitos para evacuar: _____

Oxigenación

Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____

Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____

Retracción xifoidea: _____ Disociación torácico-abdominal: _____

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

Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ Controlada: _____

Secreciones bronquiales

	Cantidad	Consistencia	Color	Olor
Por tubo Tranqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____

Por cavidad Oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____
-------------------------	-------	-------	-------	-------

Humidificación y oxigenación: _____

Tiene dificultad para respirar: _____ Cuando camina: _____ Otros: _____

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

Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo-Sueño

Horas de sueño: _____ Qué costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes _____

A qué hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuántas horas duerme con

luz: _____ Con música: _____ Otras costumbres: _____

¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de noche: _____

Es sonámbulo: sí: _____ no: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____

Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____ Tranquilo: _____

Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos: _____ Calor: _____ Frío: _____

Reflejos: _____

Respuesta pupilar: _____

Vestido

Características de la ropa del niño: _____

Higiene: _____ Costumbre en el uso del vestido: _____

Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____

¿Como quién te gustaría vestir? _____

¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____

¿Te vistes sólo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Temperatura

Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es:

Templada: _____ Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento? _____ Está acostumbrado a que le tomen la

Temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? _____

Movimiento y Postura

7 A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____
Se sentó con ayuda: _____ Se sentó sólo: _____ Se paró: _____ Caminó: _____
Saltó: _____ subió escaleras: _____ camina con ayuda de algún aparato ortopédico: _____ Qué postura
adopta al sentarse: _____
Al caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____
Cuando está enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál? _____

Comunicación

8 ¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____
Cuántos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras personas que viven en
casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____
Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ Aparato Auditivo: _____
Algún otro aparato: _____ Describe el carácter de su hijo: _____

¿Con quién acude el niño cuando le falta algo? _____
¿Con quién hace la tarea?: _____
Otros comentarios del niño o familiar: _____

Higiene

9 A qué hora acostumbra el baño: _____ Se baña sólo: _____ Con ayuda: _____
Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes: _____
Tiene prótesis dental: _____ Cuando fue la última visita al dentista: _____ Se peina
solo (a): _____ Con ayuda: _____

Recreación

¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos? _____

Los objetos: _____

Con mascotas: _____

Las personas: _____

Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño: _____

Creencia y religión

¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? _____ Cómo participa el niño en esa práctica: _____

Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad: _____

Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____

Para el niño: ¿Por qué te enfermaste? _____

Seguridad y protección

Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____

Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____

Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____

Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No: _____ Si la respuesta es sí

¿Cómo?: _____

Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____

Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____

Enfermedad crónica de algún familiar: _____

Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Escuela: _____ Con vecinos y amigos de la familia: Sí _____ No _____

Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de última toma:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____

Aprendizaje

¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____ no _____

Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____

Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____

El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No _____ A que edad: _____

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? _____

¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? _____

¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____

De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería: Enfermedad: _____

Tratamiento del niño: _____ Procedimientos: _____ Convalecencia: _____

Otros: _____

Realización

¿Qué espera usted de su hijo? _____

¿Qué esperas de tus padres? _____

¿A quien de la familia su hijo imita? _____

Las precauciones del niño y las de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud: _____

El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Sí _____ No _____ ¿Cuál o cuáles?: _____

Otros datos: _____

Como padre o tutor, qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital: _____

Opiniones: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE PÓSGRADO
 ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

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

Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

Grado de dependencia
 Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dpt.

Causas de la dificultad
 Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC

NIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociale 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
ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Realizadas por	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

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

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

4. Registro de signos y síntomas de alarma:
(Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten)

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

6. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____



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"

Reporte Diario

Nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. de Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

Datos objetivos (Exploración física focalizada, *cuando corresponda*)

Fuentes de la dificultad: (conocimientos, fuerza, y voluntad)



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ participe en el estudio de caso _____

es: _____, cuyo Objetivo principal _____

_____ 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: _____

_____ 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: _____

Firma

Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____