



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



ESTUDIO DE CASO
“LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LA
NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN”

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA
LIC. LINA RAMÍREZ VELA

ASESOR

E.E.I. VERONICA ESPINOZA MENESES

ABRIL 2008



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 especial agradecimiento:

A mi mamá por darme la fuerza necesaria para concluir algo tan importante para mí

A Jaime Vidales por su confianza por sus buenos deseos y por darme la fortaleza para alcanzar mis sueños

A Gladis y a su familia por su apoyo

ÍNDICE

Introducción.....	2
Objetivos.....	3
I. Marco Teórico	
1.1 Estudios relacionados con Virginia Henderson y el Proceso.....	4
1.2 Fundamentación científica de Enfermería.....	12
1.3 Propuesta de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.....	47
1.4 Ética en Enfermería.....	58
1.5 Problema de salud.....	67
II. Metodología	
2.1 Presentación del caso.....	74
2.2 Método e instrumentos para la valoración.....	82
2.3 Elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.....	83
2.4 Componentes del plan de intervenciones de Enfermería.....	89
2.5 Plan de cuidados de Enfermería.....	90
III. Resultados	
3.1 Análisis de las variables.....	157
IV. Conclusiones.....	160
V. Sugerencias.....	162
VI. Bibliografía.....	163
VII. Anexos	
Historia Clínica de Enfermería	
Hoja de reporte diario	
Consentimiento informado	

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que requiere contar con bases teóricas y fundamentos científicos de investigación y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que permitan el desarrollo de conocimientos que den sustento a sus intervenciones en la práctica diaria, por este motivo es importante el uso de teorías y modelos de Enfermería que constituyen la base teórica y filosófica del cuidado enfermero.

En el presente caso clínico se utilizó el Proceso de atención de Enfermería en donde a través de sus cinco etapas de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; y con la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades se valora el estado de salud de la lactante y se identifican las fuentes de dificultad, que son de conocimiento, de fuerza o de voluntad, se elaboró un plan de cuidados de Enfermería con el propósito de satisfacer las necesidades que se encontraban en dependencia y de igual manera mantener en independencia aquellas que estaban satisfechas.

El estudio de caso está constituido por siete apartados; en el primero se fundamentan las bases del cuidado de Enfermería, el segundo trata la metodología del estudio de caso, en el cual se presenta el caso clínico, la metodología e instrumentos utilizados, así como el plan de Cuidados de Enfermería. Finalmente se presentan los resultados obtenidos a partir de las intervenciones de Enfermería en la lactante.

OBJETIVOS

GENERAL

Realizar un estudio de caso mediante el Proceso de Atención de Enfermería sustentado en la propuesta filosófica de las 14 necesidades de Virginia Henderson, aplicado a una lactante mayor con alteración en la necesidad nutrición.

ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración y exploración física exhaustiva y organizar los datos de manera que permitan jerarquizar las intervenciones de Enfermería y por consiguiente proporcionar cuidados oportunos a la recién nacida.
- Analizar los datos obtenidos durante la valoración clínica de las 14 necesidades y determinar cuales se encuentran en independencia y cuales en dependencia.
- Elaborar un plan de atención de Enfermería especializado que permita a la lactante mejorar su calidad de vida.
- Ejecutar intervenciones de Enfermería para favorecer la independencia de la lactante en esta necesidad.
- Valorar periódicamente las intervenciones de Enfermería para continuar o modificar el plan de cuidados.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Estudios relacionados con Virginia Henderson y el Proceso

Es necesario contar con antecedentes de casos clínicos e investigaciones del Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta de Virginia Henderson hechas por enfermeras, que permitan evaluar los resultados obtenidos en dichos estudios y sirvan de fundamento para elaborar un plan de cuidados de Enfermería, por tal motivo y con la finalidad de contar con una base teórica que oriente el desarrollo de este caso clínico aplicado a una recién nacida con alteración en la necesidad de oxigenación; se presentan 10 artículos publicados en diversas revistas de Enfermería, de los cuales 4 son de investigación y 6 estudios de caso, de estos últimos 3 son aplicados a niños y 3 en adultos.

El primer caso clínico fue publicado en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, en la ciudad de México. El estudio se realiza en el Hospital de Cardiología. Dr. Ignacio Chávez, el artículo refiere la actuación de Enfermería en las etapas Pre-trans y postoperatoria, para las cuales establecen objetivos en cada una de las etapas; refiere al principio una valoración focalizada de la necesidad de oxigenación y posteriormente menciona las otras necesidades. La metodología es el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson para brindar los cuidados postoperatorios en donde valoran cada una de las necesidades, como conclusión presentan la importancia que tiene el planificar los cuidados en estos pacientes pero sobre todo el darles continuidad. El artículo presenta una valoración focalizada del estado de salud de la persona. También para cada necesidad valorada describe Diagnósticos de Enfermería y hace mención de los cuidados en cada uno de ellos. Reforzando la importancia de realizar notas de Enfermería bien estructuradas con información clara y precisa del estado de salud de la persona; se lograra el objetivo de brindar cuidados especializados e individuales haciendo cada día nuevas valoraciones y adoptando las intervenciones de acuerdo a las necesidades de la persona; de esta manera

Enfermería puede lograr que los usuarios identifiquen su participación en el cuidado de la salud y su identidad como profesión.¹

El siguiente caso es publicado por la revista Mexicana de Enfermería Cardiológica y se realiza en el Hospital de Cardiología, Dr. Ignacio Chávez en la ciudad de México, es aplicado a un adulto en el servicio de Cardiología Adultos “A” donde se analizan las necesidades postoperatorias de un paciente con Estenosis Aórtica Crítica (EAoC). Presentan como objetivo general la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería para brindar los cuidados y como objetivos específicos la identificación de las necesidades y las intervenciones de Enfermería para favorecer la independencia y detectar la dependencia total o parcial de la persona. En la metodología empleada refieren el lugar donde se lleva a cabo el estudio, el tiempo, el Proceso de Atención de Enfermería, los Diagnósticos de Enfermería empleando la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association) NANDA y la jerarquización de las necesidades de Virginia Henderson. Exponen algunos Diagnósticos de Enfermería que incluyen objetivos, acciones de enfermería y evaluación de las intervenciones, como conclusión expresan la necesidad de utilizar el Proceso de Atención de Enfermería para mejorar los esquemas de cuidados en los pacientes. En este artículo los objetivos están dirigidos al paciente se realizan intervenciones independientes y las refieren como enfermera-ayuda en los niveles de atención enfermera-paciente. En una de sus intervenciones con la ministración de analgésicos como cuidado interdependiente y la vigilancia estrecha del usuario manejan el dolor como etiología de los diagnósticos y cumplen con el objetivo de disminuirlo o controlarlo a través de sus intervenciones.²

Otro estudio se realiza en la ciudad de México, en el instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” aplicado al paciente en el postoperatorio inmediato (12 hrs.) y mediato (después de 12 hrs.) en la terapia intensiva, refieren como objetivo de la atención de Enfermería, recuperar la independencia del paciente, en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales; la metodología del trabajo

¹ JIMÉNEZ. M. La importancia de la Enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 1999; 7 (1-4): 28-35.

² PARRA. A., HEREDIA. E. Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2003. 11 (2); 66-71.

es el modelo de Virginia Henderson; de las cuales presentan las necesidades con mayor alteración, existe un solo objetivo para todas las necesidades evaluadas y fue el de reunir datos, analizarlos, establecer un diagnóstico y las intervenciones adecuadas; en su valoración presenta signos y síntomas de las necesidades alteradas, así como datos de laboratorio; también refieren que la exploración física se realizará a través de inspección, palpación, auscultación, y percusión. En su conclusión establecen que el modelo de Virginia Henderson permite orientar los cuidados hacia el logro de la independencia del paciente. El artículo ofrece una guía de cuidados para la atención a pacientes postoperados de cirugía cardiovascular hay datos muy importantes sobre lo que se debe valorar en estos pacientes, presentan una valoración focalizada de dichas necesidades, también mencionan en la etapa de valoración la historia clínica de Enfermería. Se considera que el objetivo se cumple pues proporcionan una guía de atención para este tipo de pacientes sin olvidar su individualidad. Su conclusión es muy acertada es un hecho que contar con un modelo de enfermería como lo es el de Virginia Henderson y aplicarlo sistemáticamente a través de PAE permite brindar cuidados específicos e individuales a cada persona.³

El estudio se realiza en Barcelona, España y lo publica la Revista Enfermería Clínica, es un caso clínico aplicado a una niña de 5 años postoperada de un quiste de colédoco que desarrollo una pancreatitis. El objetivo del estudio fue elaborar un plan de cuidados para la niña y lograr la independencia de la madre del personal de enfermería. La metodología fue el Proceso de Atención de Enfermería, la propuesta de Virginia Henderson y la taxonomía Diagnóstica de la NANDA. La conclusión refiere que el logro de los objetivos fue cumplido, que cada una de las necesidades afectadas fue satisfecha, lo que favoreció la independencia no solo de la niña sino también de la madre y la familia. El artículo es interesante la estructura y abordaje del problema es complejo y los diagnósticos en su mayoría se presentan como problemas interdependientes en los cuales las intervenciones de Enfermería proporcionaron cuidados específicos a la niña y orientaron a la familia para participar en el cuidado de su hija. Se considera un buen ejemplo de

³ 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.

lo que es Enfermería; de lo que significa el Proceso de Atención de Enfermería y la aplicación de un modelo de Enfermería a la práctica, que refleja el carácter de la profesión, pues como lo menciona Henderson hay acciones de colaboración con los médicos pero estos solo se preocupan o atienden a la persona enferma y es el personal de enfermería a través de su plan de cuidados quienes favorecen no solo la recuperación de la niña, sino que también incluyen a la familia en especial en este caso en particular a la madre quien con todo el problema de su hija, había afectado aún más el núcleo familiar pues no solo no favorecía el estado de salud de la niña, sino que a su otra hija la desatendía por completo relegando su rol de madre y cuidadora a otras personas por miedo, desconocimiento y/o estrés y baja autoestima.⁴

El artículo se realizó durante la especialidad en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y se publicó en la Revista de Enfermería de IMSS, presentan el caso de un adolescente de 13 años con alteración en la necesidad de movimiento y postura, se hace un análisis del núcleo familiar, se presenta el hábitus externo del paciente y esta basado en el Proceso de Atención de Enfermería sus variables son las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, el estudio es un seguimiento de varios meses, en donde se identificaron las necesidades del adolescente y a través de intervenciones de enfermería se logro la independencia del adolescente. El artículo promueve el uso del Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson para brindar cuidados específicos e individualizados a los pacientes, propone Diagnósticos de Enfermería detectados en el paciente, y las intervenciones de Enfermería correspondientes que permitieron la independencia del adolescente, las conclusiones son para la utilidad del proceso.⁵

El presente estudio de caso se realizó en Barcelona, España en la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil Sant Joan De Déu, Espulgues y es publicado en la Revista de Enfermería Clínica, trata de una recién nacida pretérmino, en ella se valoraron las 14 necesidades de Virginia Henderson. El artículo presenta el

⁴ PARTERA. C. Atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(5); 313-320.

⁵ SANCHEZ- V. Cuidados básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. *Revista de Enfermería del IMSS*. 2001; 9(2); 91-96.

objetivo del estudio que fue proporcionar cuidados específicos a la recién nacida incluyendo en el plan a la familia, se presenta también la valoración de las 14 necesidades, los diagnósticos de enfermería, los objetivos de los cuidados y el plan de intervenciones y evaluación de las mismas. El artículo es interesante, pues considero cumple con todos los requisitos del proceso de atención de enfermería basado en la propuesta de Virginia Henderson, es muy apropiada la forma en la que se plantearon todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en donde incluyen dentro de todo el proceso a los padres de la niña, a pesar de las dificultades presentes como era la negación del padre para participar en el cuidado de su hija, que finalmente se consiguió, otro aspecto importante es como manejan las acciones de Enfermería independientes e interdependientes, en donde las primeras fueron las que más se realizaron, lo que refleja una adecuada valoración de Enfermería al lograr la independencia de la recién nacida.⁶

El artículo se realizó en Barcelona, España y es publicado por la Revista en Enfermería Clínica, trata de la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería; la Valoración, y refieren que a pesar de los años que lleva siendo aplicado sigue habiendo muchas dificultades para la realización de esta etapa, han establecido objetivos en los que se pretende identificar las dificultades de las enfermeras al realizar la elaboración del mismo; así como identificar las habilidades, conocimientos y estrategias de las enfermeras. La Metodología, se realiza el estudio en 34 enfermeras que hubiesen realizado una o más entrevistas de valoración formados en el modelo de Virginia Henderson de los cuales solo 28 fueron aceptados; se aplicó un cuestionario con 20 reactivos, los resultados fueron anónimos y estos plantean el grado de dificultad relacionado con el desconocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y el modelo, así mismo las limitaciones en la entrevista pues el paciente experimenta inseguridad y falta de intimidad al responder las preguntas dependiendo del lugar en que se encuentren (habitación única o compartida). En sus conclusiones reflejan la dificultad para valorar las necesidades de creencias y valores, de ocuparse, de evitar peligros y de comunicarse, que el tiempo de la entrevista en esta etapa de

⁶ ROCA. N. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. Revista de Enfermería Clínica. 2001; 8(2); 84-89.

valoración es de aproximadamente 71.25 minutos considerado por la mayoría de las enfermeras como largo. Reconocen la falta de estrategias para la valoración de estas necesidades y que es importante la aportación de las enfermeras para estandarizar los cuidados de la Enfermería.⁷

El artículo es realizado en un Hospital de la ciudad de México y es publicado por la Revista Desarrollo Científico en Enfermería; el estudio de caso es aplicado a un lactante mayor de 1 año 4 meses, se emplea el Proceso de Atención de Enfermería y las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson como marco de referencia del estudio de caso. La valoración de las necesidades se llevó a cabo con el Continuum Independencia-Dependencia de Phaneuf; y se evaluaron las 14 necesidades en el niño. Se trata de un lactante de 4 meses de edad que presenta dificultad respiratoria y un Silverman de 6 a quien se le realizó una toracocentesis y se le colocó sello de agua. Presentan los resultados en el plan de atención en donde se logra a través de las Intervenciones de Enfermería la independencia en la salud del niño. Su conclusión es que a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta de Virginia Henderson enfermería consigue su identidad como profesión y el paciente su independencia a través de la implementación de un plan de cuidado de especializado. Es necesario contar con casos clínicos sustentados en el modelo de Henderson porque proporcionan una guía para el estudiante y orientan su práctica enfermera, al mismo tiempo que reafirman las actividades e independizan a la profesión. Este caso clínico es interesante porque presenta la valoración de las 14 necesidades en el niño y la familia lo que implica la incorporación y la participación de la enfermera-paciente-familia en la elaboración del plan de cuidados que favorezcan la independencia del niño.⁸

El presente caso clínico se realizó en Barcelona, España y es publicado por la Revista de Enfermería Clínica, se aplica a un paciente masculino de 31 años Postoperado de transplante renal previo a su alta hospitalaria. Su metodología fue el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta de las 14 necesidades de

⁷ MARTINEZ. C. Dificultades en la valoración de Enfermería. Revista de Enfermería Clínica. 2003; 13(4); 195-201.

⁸ ESPINOZA. V., FRANCO. M. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un lactante con neumonía. Revista Desarrollo Científico en Enfermería. 2003; 11(1); 24-29.

Virginia Henderson. En el análisis de los datos definen que el paciente es capaz de adaptarse a su nuevo patrón de vida, que hay desconocimiento de la dieta, higiene inadecuada, temor y capacidad de aprendizaje que es importante considerar las necesidades de nutrición e hidratación, e higiene y seguridad y protección. Los diagnósticos presentados son temor al rechazo, relacionado con el reciente trasplante renal, manifestado por el propio enfermo. Deficiente conocimiento sobre la dieta y medicación en relación a una nueva situación de salud, manifestado por el propio paciente. Cada diagnóstico cuenta con objetivos y actividades de Enfermería y una evaluación general. El caso es interesante, considero se pueden elaborar más diagnósticos al respecto, presentan una valoración en general seguramente porque todas las necesidades se interrelacionan y la dependencia de una repercute en la otra. Las etiologías me parece algo en lo que puede intervenir la enfermera; considero que presentan una valoración con datos muy importantes para elaborar el Proceso de Atención de Enfermería, abarcan el grado de dependencia e independencia que el paciente alcanzo al alta hospitalaria y refieren que la intervenciones favorecieron la actitud y estilo de vida de la persona.⁹

Éste artículo también se realizó en Barcelona, España y presenta un plan estandarizado para pacientes intervenidos de artroscopia de rodilla. Su metodología fue el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta de Virginia Henderson; hablan de la valoración de Enfermería para determinar las necesidades del paciente y así establecer diagnósticos estandarizados bajo la taxonomía de la NANDA. Proponen diagnósticos en una etapa pre y postoperatoria y presentan las manifestaciones de dependencia, el objetivo, actividades y evaluación, dentro de este plan se cumplen los objetivos planteados. Presentan también una serie de problemas interdependientes y las acciones de Enfermería en cada caso. El trabajo contiene aspectos importantes sobre la atención a estos pacientes, hace referencia de que cada paciente es único y que

⁹ DOMINGUEZ. M. Planificación de alta de un enfermo con trasplante renal. Revista Enfermería Clínica. 1999; 3(4); 163-166.

es necesario para el desarrollo de la Enfermería contar con trabajos que avalen su práctica profesional.¹⁰

A través de los artículos presentados se concluye que es importante que en Enfermería se realice investigación que este sustentada en teorías y modelos que permitan la elaboración y aplicación del Proceso de Enfermería, esta situación favorece el ejercicio de la práctica profesional de una manera libre e independiente en donde la enfermera demuestra su capacidad con profesionalismo, enfrentándose no solo a avances científicos y tecnológicos sino también a usuarios que demandan ser atendidos por enfermeras capaces de brindar cuidados especializados a sus problemas de salud.

Estos artículos expresan que gracias a la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería se establecieron planes de cuidados, que alcanzaron los objetivos determinados para lograr la independencia no solo de los usuarios sino también de los familiares, lo que demuestra la importancia de Enfermería en el cuidado de la salud, por lo que es necesario que este tipo de trabajo se siga realizando pues los cambios y el éxito obtenido se ven reflejados en el estado de salud de las personas y en el reconocimiento de la enfermera como profesional de la salud.

¹⁰RIERA. J. BOIXADERA. M. Plan estandarizado para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Revista Enfermería Clínica. 2003, 13(5): 246-250.

1.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA

Historia del Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia una fase de cinco fases compatibles, con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Wals fueron autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases; valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.¹¹

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema para la práctica de la Enfermería. La American Nurses Association (ANA) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la Enfermería.

El objetivo principal del proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de Enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de Enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.¹²

El proceso enfermero debe adaptarse a los cambios actuales que vive nuestra sociedad, pues las enfermeras (os) necesitamos demostrar que la atención que brindamos tiene fundamentos científicos que permiten brindar cuidados

¹¹W. IYER. P. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1997. Pp. 9.

¹² W. IYER. Idem.

especializados y de calidad que son beneficiosos para quienes los reciben incluyendo a la familia. Alfaro menciona que el proceso enfermero en un principio era lineal, pues se seguían pasos muy específicos para crear planes partiendo de cero, ahora tenemos un proceso enfermero dinámico en el que adaptamos planes de cuidado estandarizados que ya sean confeccionado anteriormente para situaciones específicas.

Beneficios del proceso enfermero.

- Agilizar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios y acortando su duración.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Tiene requerimientos de comunicación precisos diseñados para:
 - i) Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarios.
 - ii) Dejar un plan escrito que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y la eficiencia de los cuidados de salud.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que:
 - i) Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y que sus puntos fuertes son recursos.
 - ii) Las enfermeras tienen la satisfacción de obtener resultados.¹³

Definición

Para Alfaro el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. Esta

¹³ ALFARO. R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª. Edición. Editorial Masson. Barcelona, España. 2005. Pp. 4.

caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de tal forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración.¹⁴

Para Dugas, La expresión proceso de Enfermería se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera para planificar y proporcionar la asistencia que brinda. Descrito por varios autores como la aplicación del método para la solución de problemas, o método científico, a la práctica de la Enfermería, el proceso proporciona una estructura sistemática en la que puede basarse la atención de Enfermería, de manera que la enfermera brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada en aras del bienestar del paciente.¹⁵

Henderson define el Proceso de Enfermería como el proceso de resolución de problemas.¹⁶

El proceso de Enfermería tiene como elementos centrales el ser planificado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a metas definidas. El proceso incluye cinco etapas:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico
- 3) Planificación
- 4) Ejecución
- 5) Evaluación

Las etapas del proceso continúan una después de la otra, se interrelacionan todas entre sí y sirven de base para tomar decisiones respecto a las acciones que se van a realizar, por lo que la enfermera primero debe estudiar la necesidad de la acción, lo que incluye tener toda la información pertinente y su análisis. A continuación se describen cada una de las etapas que constituyen el Proceso de Enfermería.

¹⁴ ALFARO. R. Op. cit. Pp. 3

¹⁵ DUGAS. B. Tratado de Enfermería práctica. 4ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2001. Pp. 57.

¹⁶ FERNÁNDEZ. F. El Proceso de Atención de Enfermería, estudio de casos. Editorial Salvat. México 1993. Pp. 8.

VALORACIÓN

El primer paso para determinar el estado de salud, se da cuando se hace la entrevista y la exploración física para reunir información y asegurarse de que se dispone de toda la información necesaria. “En la valoración el objetivo de la enfermera es reunir información del paciente e identificar las áreas que requieren intervención de Enfermería”.¹⁷ En esta fase el plan de cuidados se basa en la obtención de datos la cual debe ser correcta, completa y organizada. La fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas: el campo de la práctica de la Enfermería según la definición de la ANA (1980). Por lo que es necesario crear una base de datos sobre las respuestas del cliente ante la salud o la enfermedad; estas respuestas comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, aspectos emocionales, socioeconómicos, culturales, espirituales y ambientales, todos estos considerados por la enfermera, quien se interesa por todas las necesidades humanas que afecta a la persona como un todo.

Existen cuatro tipos de valoración y son:

Tipo	Momento de ejecución	Propósito
Valoración inicial	Realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria	Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.
Valoración Focalizada	Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros	Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.
Valoración urgente	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente.	Identificar problemas que amenazan la vida.
Valoración después de un tiempo.	Varios meses después del estudio inicial.	Comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.

Fuente: Koziar. B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 5ª. Edición. 1999. pp. 97

¹⁷ DUGAS. B. Op. cit. Pp. 59.

Fuentes de Información

Para llevar a cabo la obtención de datos la enfermera deberá acudir a distintas fuentes. La *fente primaria* o directa de información será siempre el propio cliente. Sin embargo, existen varias *fuentes secundarias* o indirectas, que pueden añadirse a la primaria, tales como:¹⁸

- La historia clínica del cliente, actual o anterior.
- La familia y el entorno del cliente.
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud.
- Libros, artículos y obras referidos al tema.

El cliente, cuando esta en condiciones de hacerlo le facilita información sobre su estado y sobre todo lo que, de cerca o de lejos, puede afectar a su salud física y mental. El cliente expresa sus hábitos y sus gustos, lo que facilita la planificación de un plan de cuidados más adaptados.

La consulta de la historia debe permitir a la enfermera estar al corriente de las prescripciones médicas y de la evolución del estado del enfermo; de los informes, exámenes y análisis; de las distintas intervenciones terapéuticas, y de las notas y planes de cuidados redactados por sus colegas. Este tipo de consulta debe ser habitual y diario. A través de este medio, la enfermera esta continuamente al corriente de lo que le ocurre a la persona a la que esta cuidando.

Los contactos con la familia y el entorno son igualmente importantes: a veces, incluso resultan esenciales en ciertos servicios, como urgencias, pediatría y psiquiatría. En todo caso, deberán ser siempre considerados como necesarios y significativos.

La comunicación con otros miembros del equipo multidisciplinario puede igualmente enriquecer a la enfermera. Una mejor comprensión del plan médico o de las intervenciones de otros terapeutas y especialistas puede ayudar a la enfermera a coordinar el conjunto del plan de tratamiento. Puede incluso reforzar las acciones que se recogen en el y evaluar sus resultados. La enfermera es uno

¹⁸ PHANEUF. M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Orientación para el Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España, 1993. Pp. 63.

de los elementos más importantes del equipo de salud. Solo de ella depende el que asuma este puesto y lo mantenga.

Los libros, artículos y trabajos de referencia constituyen también una fuente importante de información, en ellos, la enfermera puede encontrar datos e informaciones sobre el problema de salud de su cliente; sobre las necesidades que pueden alterar este problema; y sobre los tratamientos e intervenciones que generalmente se necesitan en estos casos.

Métodos de valoración

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son:

- La observación
- La entrevista
- La exploración física.

Observación

La observación es un elemento primordial en los cuidados de Enfermería, es la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. En los cuidados de Enfermería la observación consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él con una atención expresa y continua que nos permita conocerlo mejor. “La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre esas tres variables.”¹⁹

Entrevista

Una de las formas de recogida de información sobre el cliente es el encuentro con él en una entrevista. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. El objetivo es recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas entre el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Al realizar la entrevista se deben considerar ciertos factores, como son: respetar la hora de sus comidas,

¹⁹ W. IYER. Op cit. Pp. 56

momentos de fatiga, reposo e igualmente los períodos en que más se sufre; también se debe considerar la intimidad a la que tienen derecho el paciente, así como su confort. El éxito de la entrevista depende además, de la habilidad que se tenga para mantener una comunicación clara y eficaz, que permita a la enfermera obtener los objetivos que se hayan planteado.

La entrevista tiene cuatro objetivos para la valoración de Enfermería:

1. Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
2. Facilita su relación con el cliente, creando una oportunidad para el diálogo.
3. Permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
4. Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.²⁰

Fases de la entrevista

- La preparación material: (lugar, momento, intimidad, confort) y la preparación organizativa que llevan a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, otros profesionales), para recoger las informaciones previas.
- La introducción: es el momento en que pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y el cliente entran en conocimiento uno del otro.
- El desarrollo o cuerpo de la entrevista: que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el cliente. Es el momento en que la enfermera escucha y observa atentamente a la persona a la que se dirige. Los elementos recogidos en esta fase permiten trazar el perfil de la persona cuidada.
- Conclusión: que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al cliente por su colaboración, charlar informalmente un poco con él y decirle si ya tiene la información que

²⁰ Disponible en El Proceso de Atención de Enfermería. En <http://web.jet.es/alexrt/>

necesita. Si por causa de cansancio del cliente o porque ha de recibir algún tratamiento, necesita entrevistarse de nuevo para completar los datos, es necesario que se le diga.

Exploración física

Es una investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación. La exploración física proporciona datos sobre los cuales se elabora un diagnóstico y se elabora un plan de cuidados.²¹

Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. La enfermera que lleva a cabo una exploración física utilizando el método cefalocaudal (de la cabeza a los pies) comienza el estudio por la cabeza, continua por el cuello, tórax, abdomen y extremidades terminando en los dedos de los pies. Quien sigue el método por aparatos, estudia cada aparato por separado; el aparato respiratorio, circulatorio, nervioso, etc. Durante la exploración física se estudia todas las partes del cuerpo y comparan los hallazgos de cada lado del cuerpo.²²

Técnicas para la exploración física.

- Inspección: es el proceso de observación, que permite determinar características físicas del usuario tales como: la forma, la posición, la localización anatómica, el color, el movimiento, la simetría, etc. Es una técnica que incluye el uso de la vista, el oído y el olfato; es esencial para la evaluación sanitaria, detectar problemas de salud obvios y establecer prioridades.
- Palpación: incluye el uso de los dedos y palmas para determinar temperatura, hidratación, textura, forma, movimiento y áreas dolorosas; con la punta de los dedos se palpa pulsación, tamaño, forma, textura e hidratación, con las palmas se palpa la vibración.
- Percusión: incluye el uso de golpecitos para producir ondas sonoras, que se caracterizan por su intensidad, profundidad, duración y cualidad; esta puede ser directa o indirecta.

²¹ Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Barcelona, España. 2003. Pp. 523.

²² KOZIER. B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 5ª. Edición. 1999. pp. 103.

- Auscultación: es el proceso de escuchar los sonidos corporales, puede ser directa acercando el oído a la zona donde se desea escuchar, o indirecta a través del estetoscopio.²³

Validación de los datos.

Para que el proceso de Enfermería sea un instrumento útil para cuidar al cliente, la información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa. La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse de que la información obtenida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.
- Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos (p. ej., peso, talla, pruebas de laboratorio).

Organización de los datos

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud de la persona, y ayuda a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente.

La fase final de la valoración es el informe y anotación. Informar a tiempo de los datos anormales acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas urgentes.

²³ JOYCE. E. Guía Clínica de Enfermería. Exploración pediátrica. 2ª. Edición. Editorial Mosby. Madrid, España. 1994. Pp. 28-31.

Anotar los datos a tiempo promueve:

- La continuidad
- La exactitud
- El pensamiento crítico

Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención Enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.²⁴

DIAGNÓSTICO

Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera esta en posesión de informaciones que demuestren las manifestaciones de dependencia que hay en un individuo; y puede elaborar un Diagnóstico de Enfermería definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.

El Diagnóstico de Enfermería es la segunda etapa del Proceso de Enfermería. En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. El diagnóstico es un paso crucial en el Proceso de Enfermería. Todas las actividades que preceden a esta fase se dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros y todas las actividades de planificación de los cuidados que le siguen se basan en ellos.²⁵

La definición de los Diagnósticos de Enfermería no es algo nuevo. Florece Nightingale y sus compañeras hacían ya estos diagnósticos, de forma muy eficaz durante la Guerra de Crimea (1854-1855).²⁶

En la década de los años 70, varios dirigentes de la Enfermería reconocieron la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de Enfermería. La American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término **Diagnóstico de**

²⁴ LUIS RODRIGO. MT. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson. Barcelona, España. 1998. Pp. 4.

²⁵ KOZIER. B. Op cit. Pp. 116.

²⁶ PHANEUF. M. Op cit. Pp. 80.

Enfermería y el de proceso de diagnóstico en las directrices para la práctica de Enfermería publicadas en 1973.²⁷

Los años 80 fueron testigos también de la aparición de nuevos diagnósticos (entre ellos los primeros que iban orientados al bienestar), de la clarificación de los diagnósticos existentes y de los continuados esfuerzos por validar diagnósticos mediante la investigación de Enfermería. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó un método para organizar los diagnósticos y la ANA adoptó los diagnósticos de la NANDA como el sistema oficial de diagnósticos de Enfermería.²⁸

La NANDA define el **Diagnóstico de Enfermería** de la siguiente forma: “El Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera”.²⁹

Son las enfermeras profesionales (Enfermeras diplomadas) las responsables de emitir los diagnósticos enfermeros, aunque otros miembros del personal de Enfermería pueden aportar datos al proceso diagnóstico y poner en práctica cuidados específicos. Las Standards of Clinical Nursing Practice (Estándares de Enfermería Clínica) de la American Nursing Association (ANA) hacen hincapié en que las enfermeras son responsables de esta fase del proceso de Enfermería. En la Actualidad, la Joint Comisión for Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias, JCAHO) exige que en el historial de los pacientes figuren también los Diagnósticos de Enfermería.³⁰

Los Diagnósticos de Enfermería se consideran el eje central del Proceso pues deben tener ciertas características para continuar con el plan de cuidados de manera que este satisfaga las necesidades del cliente:

²⁷ W. IYER. P. Op cit. Pp 94.

²⁸ IYER. P. Idem. Pp 94

²⁹ KOZIER. Op cit. Pp. 116.

³⁰ KOZIER. Idem.

- La exactitud y relevancia de todo el plan depende de la habilidad de la enfermera para identificar de forma clara y específica tanto los problemas como su causa.
- Crear un plan activo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten depende de la capacidad de la enfermera para reconocer los factores de riesgo (aquello que sabemos que causa problemas, como un estilo de vida sedentario).
- Los recursos y puntos fuertes que identifica la enfermera son la clave para reducir los costos y maximizar la eficiencia.

Principios y reglas fundamentales del razonamiento diagnóstico

- Reconocer los diagnósticos requiere que este familiarizado con ellos. Al tener las referencias a mano, se pueden identificar los problemas comparando los datos de la persona con los signos, síntomas y factores de riesgo de los problemas que aparecen en las referencias.
- Mantenga la mente abierta. Evite la tendencia a dejarse influir en exceso sobre la experiencias pasadas o por la información que obtiene de los registros del usuario o de otros profesionales; esto evitará que se contemplen los problemas desde una perspectiva reducida, un error común del pensamiento crítico.
- Cuando haga un diagnóstico respáldelo con evidencias, proporcione las claves, signos y síntomas o factores de riesgo que la llevan a formular el diagnóstico; es necesario que el resto del equipo conozca las evidencias para poder evaluar la exactitud del diagnóstico.
- Aunque la intuición es un elemento valioso para la identificación de los problemas, nunca haga un diagnóstico basándose solo en ella, busque evidencia que la verifique.
- Si omite un problema le pone una etiqueta errónea o identifica un problema inexistente, esta cometiendo un error diagnóstico, que puede resultar en el tratamiento inadecuado. Conozca sus cualidades y limitaciones.³¹

³¹ ALFARO. R. Op. cit. Pp. 100

Diez pasos para diagnosticar problemas de salud:

- Empiece por pedir a la persona (y a las personas allegadas) que identifiquen sus tres principales problemas o preocupaciones.
- Asegúrese de que ha completado la fase de valoración, agrupando los datos según el modelo enfermero y por sistemas corporales.
- Determine el funcionamiento normal, deteriorados, en riesgo de deteriorarse o posiblemente deteriorado, y luego haga una lista de los problemas reales y potenciales que sospecha.
- Considere cada uno de los problemas cuya existencia sospecha y busque otros signos y síntomas asociados a ellos; el diagnóstico se basa en la evidencia, cuantos más signos y síntomas tenga, es más probable que el diagnóstico sea correcto.
- Incluya y excluya los problemas: determinar que problema existe y cuál no esta presente.
- Nombre los problemas que más fielmente se ajusten a las claves de la valoración, el diagnóstico se basa en reconocer cuando las claves son consistentes con los signos y síntomas (características definitorias) de un diagnóstico específico.
- Determine las causas del problema para determinar las intervenciones específicas.
- Si se identifican factores de riesgo pero no se tienen signos y síntomas, etiquetarlos como problemas de riesgo potenciales.
- Comparta sus diagnósticos con la persona que requiere sus cuidados, pues la participación del usuario es clave para el desarrollo del plan.
- Preguntar a la persona si hay algo más que incluir como problema; cualquier cosa que la persona perciba como problema *es un problema*.

DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA

La NANDA es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos para los diagnósticos enfermeros y actualiza oficialmente su listado

cada 2 años. La mayoría de las etiquetas diagnósticas de la NANDA tienen tres componentes:³²

1. **Título (etiqueta) y definición.** Una descripción concisa del problema.
2. **Características definitorias.** Grupos de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico. (Los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias porque se aplican a las personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por consiguiente no hay signos ni síntomas evidentes).
3. **Factores de riesgo relacionados.** Factores que pueden causar o contribuir al problema.

Existen diversos tipos de diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo posible, y de salud:

Diagnóstico real: un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de Enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.

Diagnóstico de potencial o de riesgo: Según la definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.

Diagnóstico posible: Es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.

Diagnósticos de salud: Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior. Describe las respuestas del ser humano a los distintos niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad, que poseen el potencial de alcanzar un nivel superior.³³

Componentes del Diagnóstico de Enfermería

El formato básico del enunciado de un diagnóstico es “**Problema relacionado con etiología**”. Sin embargo, las enfermeras deben ser capaces de escribir enunciados de diagnósticos consistentes en una parte, dos partes y en tres partes.

³² ALFARO. R. Op cit. Pp 106

³³ KOZIER. Op. cit. Pp. 116.

Enunciados de una parte

Algunos enunciados diagnósticos, como los diagnósticos de salud y los diagnósticos de síndromes, solo constan de una etiqueta de la NANDA. A medida que estas etiquetas se perfeccionan, tienden a ser más específicas, de manera que las intervenciones de Enfermería pueden derivarse de la propia etiqueta.³⁴

Enunciados básicos en dos partes

Estos enunciados se utilizan para diagnósticos enfermeros reales, potenciales o de riesgo, y posibles. Consta de los siguientes componentes:

1. Problema (P). Enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E). Factores que contribuyen a la respuesta o causas probables de las mismas.

Las dos partes están unidas por la expresión **relacionado con**, en lugar de debido a. Esto supone una relación causa efecto: una parte del enunciado provoca la otra o es responsable de ella. Por el contrario, las otras expresiones sólo suponen un vínculo. Si se modifica una parte del enunciado diagnóstico, también la otra puede cambiar.³⁵

Enunciados básicos en tres partes

El enunciado básico del diagnóstico enfermero en tres partes se denomina **formato PES** y consta de los componentes siguientes:

1. Problema (P). Enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología. (E). Factores que contribuyen a la repuesta o que son causa probable de ella.
3. Signos y síntomas (S). características definitorias manifestadas por el paciente.

El enunciado diagnóstico se hace en tres partes comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (**PES**). Los diagnósticos enfermeros reales pueden documentarse mediante el enunciado en tres partes (**utilizando relacionado con y manifestado por**), porque se han identificado los signos y síntomas del diagnóstico.³⁶

³⁴ KOZIER. B. Op cit. Pp. 130.

³⁵ KOZIER. B. Idem.

³⁶ KOZIER. B. Op. cit. Pp. 131.

PLANIFICACIÓN

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

La planificación se inicia cuando la enfermera tiene el primer contacto con el individuo y termina cuando este es dado de alta, durante este tiempo la enfermera realiza varios tipos de planificación:

Planificación inicial: es aquella que se desarrolla posterior a la valoración inicial del individuo.

Planificación continua: la realizan todas las enfermeras que cuidan al individuo a medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del mismo a los cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno cuando la enfermera evalúa los cuidados que deben prestarse ese día.

Planificación de alta: es el proceso de prevenir y planificar las necesidades del individuo al salir del hospital, tomando en cuenta sus problemas potenciales de cuidado, los recursos con los cuales cuenta el usuario, su familia y que se encuentren disponibles en su entorno.³⁷

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar.³⁸ En realidad se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano. Ante todo esta planificación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo. La mayor utilidad del plan de intervención consiste en facilitar un seguimiento de los cuidados entre las distintas enfermeras y equipos de trabajo. Esta etapa se llama también plan de intervención o plan de cuidados, esta compuesta de dos elementos: *los objetivos de los cuidados y las intervenciones*".

³⁷ ALFARO. R. Op. cit. Pp. 128.

³⁸ PHANEUF. M. Op. cit. Pp 101

El primer paso de la planificación de las actividades esta constituido por los objetivos. Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados. Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas e intervenciones.³⁹

El objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de estas necesidades, por lo que es esencial en la medida de lo posible, que se haga colaborar al cliente en la preparación de su plan de intervención y en la elaboración del establecimiento de las prioridades.

Componentes de los objetivos:

1. Sujeto. ¿Quién se espera que alcance el resultado?
2. Verbo. ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?
3. Condición. ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?
4. Criterios de ejecución. ¿En qué grado va a realizar la acción?
5. Momentos para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?⁴⁰

Las características de un objetivo de cuidados son: debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde se desea conducir al cliente, es decir, debe describir cual es el resultado que se pretende con su acción. Se deben expresar los objetivos de forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él. “Estos objetivos pueden ser acorto plazo (se obtienen en forma rápida, con frecuencia en menos de una semana) y a largo plazo (los que se logran en un tiempo más prolongado, con frecuencia semanas o meses)”⁴¹.

³⁹ PHANEUF. M. Op. cit. Pp 104

⁴⁰ ALFARO. Op. Cit. Pp. 134

⁴¹ ALFARO. R. Op. cit. Pp. 138

El segundo paso de la planificación son las intervenciones, después de haber elaborado los objetivos, la enfermera conoce ya de forma global que orientación deberán llevar sus cuidados hacia el cliente. Sin embargo, el objetivo no es más que una intención, que puede concretarse de formas diferentes.

La elección de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el cliente y para corregir su problema de dependencia. Las intervenciones constituyen las acciones que realiza ella misma para conseguir el bienestar del cliente o su mejoría, engloban también las acciones que la enfermera ejecuta al cliente "cuidados". Las intervenciones de la enfermera se orientan a lo que el cliente puede realizar por si mismo y en determinados casos, a suplir aquello que el no puede hacer por si mismo.

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones enfermeras pueden agruparse en dos categorías (McCloskey y Bulechek, 2000; ANA, 1995):

Intervenciones de cuidados directos: acciones realizadas mediante interacción directa con los clientes.

Intervenciones de cuidados indirectos: acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de este o de un grupo de clientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar.⁴²

Tipos de intervenciones de Enfermería

Existen tres categorías de intervenciones de Enfermería: independientes, interdependientes y dependientes. La selección de categorías se basa en las necesidades del paciente. Es posible que un paciente presente las tres categorías

⁴² ALFARO. R. Op. cit. Pp. 142.

en su plan de cuidados, mientras que otro puede tener solo categorías independientes e interdependientes en su plan de cuidados.

Factores independientes. En las actuaciones independientes intervienen aspectos de la práctica de la Enfermería profesional abarcados por autorizaciones y leyes aplicables. Estas actuaciones no requieren supervisión, ni orientación por parte de otros. Las actuaciones independientes pueden solucionar los problemas del paciente sin colaboración ni consultas con médicos u otros profesionales sanitarios. La ANA creó una lista de 10 áreas que eran competencia de la Enfermería, aclara y determina la esfera de competencia de la Enfermería. Las actuaciones de Enfermería independientes no requieren una orden de un médico ni una orden de otro profesional. Las acciones de Enfermería independientes están relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación sanitaria, la promoción de la salud y el asesoramiento son competencia de la práctica de Enfermería.⁴³

Factores interdependientes. Las intervenciones interdependientes las realiza la enfermera en colaboración con otro profesional sanitario. Las actuaciones interdependientes, ofrecen también una solución a un problema de un paciente, en colaboración con otros, mediante el razonamiento y las recomendaciones del equipo interdisciplinario de asistencia sanitaria. La ANA (1980) define la **colaboración** como una asociación en la cual ambas partes valoran la autoridad de la otra parte, con reconocimiento y aceptación de esferas de actividad y responsabilidad diferentes y combinadas, con salvaguarda mutua de los legítimos intereses de cada parte y una coincidencia de objetivos reconocida por ambas partes.⁴⁴

Factores dependientes. Las actuaciones dependientes se basan en las instrucciones u órdenes escritas por otro profesional. Cada actuación de Enfermería dependiente exige responsabilidades de Enfermería específicas y conocimientos técnicos de Enfermería. Todas las intervenciones de Enfermería exigen un juicio de Enfermería y la toma de una decisión. Cuando encuentra una

⁴³ POTTER. PERRY. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. 3ª. Edición. Editorial Harcourt. Madrid, España 1996. Pp. 150.

⁴⁴ POTTER. PERRY. Op cit. Pp 151.

orden para una actuación dependiente, la Enfermera no ejecuta la orden de forma automática, sino que se detiene para determinar si la orden no es adecuada para el paciente. Todo profesional de Enfermería se ha encontrado alguna vez ante una orden inadecuada o incorrecta, pero si tiene una buena base de conocimientos reconocerá el error y buscará la forma de aclararlo. La capacidad de reconocer órdenes incorrectas es especialmente importante cuando se administran medicamentos o se ejecutan procedimientos. El hecho de aclarar una orden forma parte de una práctica de Enfermería competente, y ello protege al paciente y a los miembros del sistema de prestación de atención sanitaria.⁴⁵

A la hora de seleccionar las actuaciones, se debe reflexionar sobre todas las intervenciones posibles para conseguir los resultados esperados; investigar planes de cuidados estandarizados, libros de texto y literatura sobre Enfermería y asistencia sanitaria relacionada, y colaborar con otros profesionales sanitarios. Durante la reflexión, el personal de Enfermería revisa las necesidades, prioridades y experiencias previas del paciente, para seleccionar las actuaciones de Enfermería que presenten el mayor potencial de conseguir los resultados esperados. A medida que la Enfermera adquiere experiencia, este proceso de reflexión se hace más eficaz y se basa más en la experiencia. (Benner, 1984).

Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC)

La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de Enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes, como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una **Intervención** se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para mejorar los resultados del paciente. La NIC

⁴⁵ POTTER. PERRY. Idem.

puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo).⁴⁶

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial. Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría de las intervenciones son para la utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias y algunas para ser empleadas en comunidades enteras. También se incluyen intervenciones de Enfermería indirectas. Cada intervención que aparece en la clasificación esta catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.⁴⁷

Establecimiento de prioridades

A veces resulta imposible abordar todos los problemas identificados a la vez, por lo que es conveniente el establecimiento de prioridades al momento de planear las intervenciones de Enfermería, por lo que se requiere identificar los problemas que deban ser abordados en primer lugar, para esto existen criterios de establecimiento de prioridades y son los siguientes:

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona sean prioritarios, ya que pueden impedir centrar la atención en problemas que sean más urgentes, pero que no son percibidos como tales.
- Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la eliminación de aquellos eliminará o reducirá estos.
- Problemas que por tener una misma causa, pueden abordarse conjuntamente, así se optimiza la utilización de los recursos y aumenta la eficiencia del trabajo enfermero.

⁴⁶ McCLOSKEY. BULECHEK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª. Edición. Editorial Mosby. Madrid, España. 2005. Pp. 3.

⁴⁷ McCLOSKEY. BULECHEK. Op. cit. Pp. 5

- Problemas con una solución sencilla, puesto que su resolución sirve para abordar otros más complejos o de resolución más larga.

Determinación de prioridades.

Una vez formulados los diagnósticos de Enfermería específicos, se establecen las prioridades de los diagnósticos clasificándolos por orden de importancia (Christensen, Kinney, 1990). Se establecen prioridades de asistencia, de forma que el profesional de Enfermería pueda dirigir mejor los recursos de asistencia sanitaria cuando un paciente presenta varios problemas o alteraciones. (Carpenito 1989).

El establecimiento de prioridades no es solamente una cuestión de enumeración de los diagnósticos de Enfermería basándose en su gravedad o su importancia fisiológica. Es más bien, un método por el cual el profesional de Enfermería y el paciente clasifican de forma conjunta los diagnósticos por orden de importancia basándose en los deseos, necesidades y seguridad del paciente.⁴⁸

Las prioridades se diferencian en **altas, intermedias y bajas**.

- Las prioridades **altas** aparecen en las dimensiones psicológica y fisiológica; el profesional de Enfermería debe procurar no clasificar como diagnósticos de prioridad alta sólo los diagnósticos de Enfermería fisiológicos.
- Los diagnósticos de prioridad **intermedia** se refieren a necesidades del paciente no urgentes y que no amenazan su vida.
- Los diagnósticos de Enfermería de prioridad **baja** son las necesidades del paciente que pueden no estar directamente relacionados con una enfermedad o pronóstico específicos, pero que pueden afectar a su futuro bienestar.⁴⁹

Siempre, que sea posible, el paciente debe intervenir en el establecimiento de las prioridades y en el posterior establecimiento de los objetivos. En algunas situaciones, el paciente y el personal de Enfermería discrepan en cuanto a la clasificación de la prioridad de los diagnósticos de Enfermería. Si ambos conceden valores diferentes a los tratamientos y necesidades de asistencia sanitaria, estas diferencias pueden resolverse mediante un diálogo abierto. Sin embargo, cuando

⁴⁸ POTTER. PERRY. Op cit. Pp. 146.

⁴⁹ POTTER. PERRY. Idem.

están implicadas las necesidades fisiológicas y emocionales del paciente, el profesional de Enfermería tiene que asumir la responsabilidad principal en el establecimiento de las prioridades.⁵⁰

Registro del plan.

Las formas y métodos para anotar el plan de cuidados deberían hacerse a medida para responder a las necesidades de las enfermeras y de los clientes en cada institución. “Es un medio para comunicar por escrito a otras enfermeras, miembros del equipo de salud, los problemas del paciente, resultados finales esperados de la atención de Enfermería y la acción específica que debe tomarse en la atención del usuario”.⁵¹

Existen en la actualidad diversos tipos de documentación de los planes de cuidados, y los más utilizados son:

- Individualizados: aquellos que permiten documentar, los problemas, objetivos y acciones de un usuario en concreto.
- Estandarizados: se realizan en base a un diagnóstico de Enfermería o una enfermedad.
- Computarizados: requiere la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados.⁵²

EJECUCIÓN

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase los actores son múltiples. En primer lugar, se encuentra el cliente que lleva a cabo las acciones planificadas para él; esta también la enfermera que supervisa estas acciones, anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo, ella no está sola sino que forma parte de un equipo de cuidados de Enfermería que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales.⁵³

⁵⁰ POTTER. PERRY. Op cit. Pp. 147.

⁵¹ DUGAS. B. Op. cit. Pp. 79

⁵² Disponible en El Proceso de Atención de Enfermería. En <http://www.terra.es/persona/duenas/pae.htm>

⁵³ PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 125

También se pueden encontrar miembros de la familia del cliente, que, en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados. La ejecución consta de seis etapas y son las siguientes:

1. Preparación para dar y recibir un informe: en el campo clínico se recibe un informe de alguien que haya puesto en marcha un plan, por lo que se debe estar preparada y centrar la atención para recibir una información objetiva que ayude a fijar prioridades al inicio del turno.

2. Establecer prioridades diarias: se requiere aplicar los mismos principios que en la planificación, solo que esta etapa de ejecución esta más centrada en el hacer que en planificar; se debe verificar el estado de la persona al mismo tiempo que se recibe el informe para identificar los problemas urgentes que suponen un peligro para el usuario e implementar las acciones adecuadas.

3. Valorar y revalorar (controlar las respuestas): valorar a los usuarios antes y después de las intervenciones enfermeras es una parte crítica de la ejecución. Para garantizar la seguridad del usuario se debe controlar las respuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados.

4. Realizar las intervenciones enfermeras: llevar a cabo las intervenciones significa estar preparada para brindar los cuidados de forma eficiente y segura que promuevan el bienestar y el logro de los objetivos, ejecutar las intervenciones valorando si el plan de cuidado continúa siendo el adecuado para la persona o si requiere de alguna modificación, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

5. Hacer anotaciones: tras brindar cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, lo siguiente es realizar las anotaciones sobre la valoración, intervención y respuesta, el propósito del registro es: comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud, ayudar a identificar patrones de respuesta, proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados, crear un documento legal que más tarde podría usarse en los tribunales para evaluar los cuidados brindados.

6. Dar el informe de cambio de turno: este informe debe ser exacto, objetivo y organizado, este informe debe estar por escrito en las hojas de Enfermería y

primero debe incluir antecedentes generales de la persona como es el nombre completo, el diagnóstico, fecha de ingreso, lista de problemas actuales, etc., y se debe informar que intervenciones se le realizaron durante el día y cual fue la evolución del paciente.⁵⁴

Sistemas de prestación de los cuidados de Enfermería

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de Enfermería, en la ejecución de las intervenciones de Enfermería se utiliza uno de cinco modelos principales. Estos cinco enfoques son:

1. Asignación por tareas.
2. Enfermería de equipo.
3. Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones.
4. Control de casos.
5. Atención enfocada al paciente.⁵⁵

Sus diferencias residen principalmente en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para satisfacer las necesidades del cliente. Las intervenciones de Enfermería se pueden llevar a cabo utilizando modelos individuales en su forma más pura o utilizando uno o más métodos. En la elección del modelo de intervención influyen algunos factores, como los tipos de profesionales de Enfermería disponibles, el costo de la prestación de la intervención, la filosofía de la institución y otros.

Las directrices profesionales, como las de la ANA definen la asignación de recursos, resaltan la necesidad de tener en cuenta factores de seguridad, eficacia y costo al seleccionar un modelo de prestación de los servicios de Enfermería o al asignar al personal para la intervención de los clientes. Entre los factores a tener en cuenta se incluyen los siguientes:⁵⁶

- ¿Qué tipo de profesional de Enfermería es necesario para prestar cuidados de forma segura? ¿Necesita el cliente un tipo de intervención que deba ser prestado por un profesional de Enfermería o puede hacerlo un auxiliar de Enfermería?

⁵⁴ ALFARO. R. Op. cit. Pp. 164-178.

⁵⁵ IYER. W. Op. cit. Pp. 269.

⁵⁶ IYER. W. Op. cit. Pp. 270.

- ¿Cuál es el cuidador más eficaz para el cliente?
- ¿Quién puede prestar la intervención con la mayor relación entre costo y eficacia?

Asignación por tareas

En la asignación por tareas, las responsabilidades de Enfermería se dividen por tareas, y son realizadas por diversos niveles de profesionales de Enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del cliente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamientos. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesaria para llevarlas a cabo. ⁵⁷

Ventajas:

- En este modelo, se da gran importancia a la prestación eficaz de las intervenciones de Enfermería. Dado que el sistema permite el uso de profesionales menos experimentados para completar numerosas tareas, también puede ser económico. Este método tiende también a facilitar la organización en el trabajo, ya que las asignaciones están claramente definidas.

Desventajas:

- La principal preocupación que plantea el modelo es la fragmentación de la intervención. Con frecuencia, la asignación de varias personas a tareas concretas, resulta ineficaz e impersonal. A menudo la intervención se divide en segmentos, cada uno de los cuales debe ser manejado por un individuo diferente. La continuidad de la intervención resulta difícil, ya que no hay un único miembro que tenga una imagen completa de las necesidades del cliente y de las respuestas a las intervenciones de Enfermería.

Equipos de Enfermería

Es un sistema de prestación de cuidados de Enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para

⁵⁷ IYER. W. Op. cit. Pp. 271.

brindar cuidados de Enfermería a algunos clientes. La intervención global al cliente es prestada por los miembros del equipo bajo la dirección de un miembro profesional de Enfermería que será el coordinador de Enfermería, quién es fundamental en este modelo y debe de poseer unos conocimientos y habilidades especiales, no solo en cuanto a procedimientos y técnicas de intervención con el cliente, sino también en cuanto a estrategias de tratamiento y toma de decisiones. Las designaciones a los miembros del equipo se basarán en las necesidades del cliente y en los conocimientos, habilidades y experiencia de los miembros del equipo, el éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz. Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de clientes por escrito, en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de Enfermería, en la participación frecuente en conferencias de intervención al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre los miembros del equipo.⁵⁸

Ventajas:

- Aunque en un enfoque en equipo los cuidados de Enfermería se dividen entre varios miembros del equipo, la fragmentación es menor que en el método funcional. Esto se debe a la creación de una verdadera comunicación y coordinación en el sistema; por lo que resulta más satisfactoria para los clientes que pueden comunicarse de forma más eficaz con el responsable de los cuidados de Enfermería.

Desventajas:

- Se puede convertir fácilmente en un duplicado del modelo funcional. La comunicación y coordinación necesarias para el éxito del sistema se ponen en peligro si el coordinador de Enfermería no tiene habilidades para la organización, el liderazgo, la motivación y la prestación de cuidados de Enfermería. También puede ser ineficaz si los miembros del equipo no se centran en el cliente, no tienen habilidad en la práctica de la Enfermería y no son capaces de comunicarse con claridad.

⁵⁸ IYER. W. Op. cit. Pp. 273.

Enfermería de cuidados básicos

La Enfermería de cuidados básicos es un sistema de prestación de cuidados en el que el profesional de Enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o de un grupo de clientes. El profesional de Enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecuta durante las 24 horas del día. La Enfermería de cuidados básicos se puede utilizar en diversos marcos, incluidos los hospitales y las agencias de salud públicas. Los sistemas de Enfermería de los cuidados básicos incluyen:

- La responsabilidad y autoría del profesional de Enfermería en el tratamiento de los cuidados.
- La descentralización en la toma de decisiones, manteniéndose la autoridad en el profesional de Enfermería de cuidados básicos.
- La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completos.
- La participación del cliente en la validación y es establecimiento de los objetivos.
- La necesidad de comunicación entre el profesional de Enfermería de cuidados básicos y otro profesional de Enfermería, miembros del equipo de atención sanitaria, los clientes y sus familias.
- La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.⁵⁹

En este sistema existen dos modalidades:

Atención total al paciente: en la atención total al paciente, el profesional de Enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario.

Enfermería modular: aquí se pretende asignar al profesional de Enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Un miembro universitario de Enfermería y auxiliares de Enfermería están asignados de forma constante al mismo módulo y asisten a cualquier cliente ingresado en una cama de ese módulo.

⁵⁹ IYER. W. Op. cit. Pp. 275.

Ventajas:

- Los métodos de prestación de Enfermería de cuidados básicos y Enfermería modular favorecen una atención constante al cliente gracias a la calidad y frecuencia de las interacciones entre el cliente y el enfermero. Este método favorece la autonomía y responsabilidad en la práctica de la Enfermería individual.

Desventajas:

- La asistencia integral al paciente, tanto en la Enfermería modular como en la Enfermería de cuidados básicos exigen profesionales competentes que pueden trabajar de forma independiente en la ejecución del proceso de Enfermería. No todo el equipo de Enfermería estaría dispuesto a aceptar la responsabilidad asociada a este sistema.

Control de casos

Se desarrolla a partir de la insistencia en acortar la duración de las estancias y en enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar la efectividad y la eficacia de la prestación de la intervención sanitaria. 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. Algunos de los objetivos del control de caso son:

- Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.
- Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
- Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos.
- Favorecer el ejercicio en colaboración, la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
- Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de Enfermería que trabaja en el medio hospitalario.

- Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.⁶⁰

Los directores del control de casos son miembros del equipo de Enfermería, con experiencia en una determinada área clínica. Pueden trabajar con otros profesionales que hayan recibido una enseñanza similar, en grupos prácticos.

Ventajas:

- Se produce una mayor comunicación entre los profesionales de Enfermería y otros profesionales de la atención sanitaria, clientes y familiares. La atención es la misma incluso cuando se cambia de cuidador. Se favorece la consecución de los resultados del cliente. Favorece el establecimiento de directrices de intervención para tipos concretos de casos.

Desventajas:

- El modelo exige una gran cantidad de planificación y cooperación para establecer el sistema. Puede resultar difícil conseguir la cooperación de los médicos para definir como tratar ciertos tipos de casos y para colaborar con la enfermera a nivel profesional. Algunos miembros del equipo tienen dificultades para aceptar la mayor responsabilidad que lleva consigo ser un director de casos, mientras que otros se resisten a renunciar a los roles de coordinación, educación del cliente y planificación del alta, a favor de un director de casos.

Atención enfocada al paciente

La atención enfocada al paciente es el diseño de la intervención 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. (Lumsdon, 1993).

La atención enfocada al paciente es una reestructuración radical de la prestación de intervención. Los principios de este modelo son los siguientes:

- Dotar a la unidad de Enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios. Habitualmente la unidad contendrá una farmacia, equipo

⁶⁰ IYER. W. Op. cit. Pp. 277-278.

de radiología o de análisis de laboratorio y personal de administración de servicios.

- Combinar profesionales de la Enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades. Estas pueden incluir la preparación de personal para la limpieza, para laboratorio, para fisioterapia terapia respiratoria, con objeto de que tomen parte en la intervención del paciente.
- Potencia la colaboración y comunicación entre todos los niveles dentro de la organización.
- Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con la que éste tiene que interaccionar.
- Diseña de nuevo descripciones de trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
- A menudo se diseña de nuevo la unidad de Enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de Enfermería. Se pueden establecer subcontroles. La ropa, el material, los medicamentos y el registro clínico del cliente se trasladan a un archivo, farmacia y almacén en el interior o directamente fuera de la habitación del cliente.
- La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades del control de casos, incluidos los coordinadores de casos y las vías críticas.⁶¹

El resultado final de todos estos cambios es un equipo de profesionales que trabajan interdisciplinariamente sin las tradicionales barreras de las unidades de hospitalización. El cliente se convierte en el centro de atención, siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin.

Ventajas:

- Los clientes refieren una mayor satisfacción con la atención, por ser esta individual y personalizada, como consecuencia de la reducción en el número de las interacciones con el equipo y de la disminución en la espera de realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas. Disminuyen los

⁶¹ IYER. W. Op. cit. Pp. 280-281.

juicios clínicos inexactos. Aumenta la continuidad de la atención. Se reduce el tiempo de estancia hospitalaria.

Desventajas:

- Conseguir que el médico acepte los cambios puede convertirse en un reto importante. La formación de los profesionales para asumir sus nuevos roles implica un elevado costo al igual que la remodelación de la unidad de Enfermería. En este contexto, puede existir riesgo de falta de identidad profesional dentro del equipo de Enfermería.

EVALUACIÓN

La evaluación crítica –evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados del usuario- es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinados a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora.⁶²

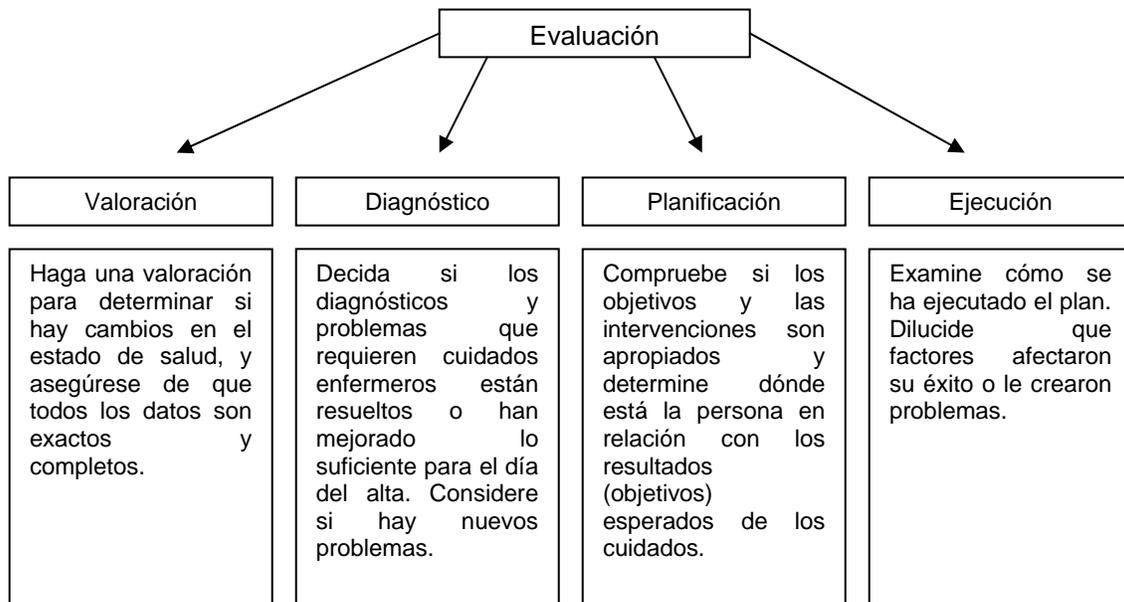
La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del usuario y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud. Para mejorar, debemos mejorar tanto las necesidades como los deseos de los usuarios, no podemos sentirnos satisfechos simplemente dando buenos cuidados, debemos esforzarnos por dar los mejores cuidados posibles.

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al cliente. Se trata de una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto reacciones y orientaciones decididas por la enfermera, es una condición absoluta de la calidad de los cuidados que permite saber si se lograron o no los objetivos, el porqué y la forma de corregir la situación, por lo que es fundamental en el Proceso de Enfermería.⁶³

⁶² ALFARO. R. Op. cit. Pp. 190

⁶³ PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 137.

La evaluación de un plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero, como se demuestra en el siguiente diagrama.



Fuente: ALFARO. R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª Edición. Editorial Masson. Barcelona, España. 2005.

Valoración de la situación actual del usuario.

Tras reunir los datos actuales estos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, la comparación puede llevar a distintos resultados: los objetivos se han alcanzado totalmente, parcialmente o no se consiguieron en lo absoluto.

Cuando los objetivos no se cumplen o se consiguen parcialmente, Alfaro sugiere se formulen las siguientes preguntas:

- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiadas para la persona?
- ¿Se realizaron las actividades de forma consistente tal como estaban planificadas?
- Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿Se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios adecuados?
- ¿Cuál es la opinión del usuario respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?

- ¿Qué factores dificultaron el progreso?
- ¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación y artículos prácticos, aplicables en este caso?
- ¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación del usuario tratable por la enfermera?
- ¿Los datos a partir de los cuales se formuló el diagnóstico eran suficientes y exactos?

Encontrar las respuestas requiere de un análisis crítico no solo del plan de cuidados sino también de nuestra actuación como enfermeras, pues debemos ser capaces de reconocer los errores, nuestros alcances y limitaciones para poder brindar una atención de enfermería de calidad a los usuarios.

Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)

En esta etapa de evaluación se considera también la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) o conocida también por sus siglas en inglés (NOC) Nursing Outcomes Classification.; en donde se presentan doscientos sesenta criterios de resultados, introduciendo cincuenta y siete criterios nuevos relacionados con el individuo y siete con la familia. La clasificación esta estructurada en siete dominios y veintinueve clases, lo que permite una mejor orientación e identificación de cada uno de los criterios de resultados.

Cada criterio incluye una etiqueta o nombre del criterio de resultado, la definición del mismo y una lista de indicadores que describen la situación del paciente, familia y comunidad. Los indicadores se valoran mediante unas escalas, existiendo diferentes tipos, lo que permite ajustar más adecuadamente la valoración. La estructura de los criterios de resultados y la valoración de los indicadores permite utilizar el criterio de resultados como objetivo a cumplir y como **evaluación** de la evolución del paciente.⁶⁴

Los resultados para evaluar la atención sanitaria al paciente empezaron cuando Florencia Nightingale registró y analizó las condiciones necesarias y los resultados de los pacientes durante la guerra de Crimea. Desde entonces se han

⁶⁴ JOHNSON. MASS. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª. Edición. Editorial Harcourt Mosby. Madrid, España. 2001. Pp. 10

desarrollado medidas adicionales de resultado en Enfermería, así como también se han utilizado diversos resultados de pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros y los efectos de las intervenciones de Enfermería.

El interés político en los resultados de los pacientes y en los costos de la atención sanitaria inició una revolución en el cuidado de la salud a finales de la década de los ochenta, que ha sido etiquetada como **la era de la valoración y la gestión**.⁶⁵

Definición

Los resultados son componentes esenciales de cualquier programa de garantía o de mejora de calidad. “Los resultados, son los cambios favorables o adversos, en el estado de salud real o potencial de personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados previos o coexistentes.” Los resultados son el estímulo de los programas de garantía de calidad, ya que responden a la pregunta ¿Se beneficio o no el paciente de los cuidados proporcionados?⁶⁶

La identificación de los cuidados enfermeros, más que depender del uso de resultados interdisciplinarios desarrollados principalmente para la práctica médica, es importante para el control de la calidad asistencial y el desarrollo de los conocimientos enfermeros. El consenso en los resultados enfermeros estandarizados permite a las enfermeras estudiar y comparar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del tiempo y entre los diversos ámbitos asistenciales. Los resultados asistenciales proporcionan los datos para elucidar el conocimiento enfermero y el desarrollo de la teoría evolutiva, así como también la información de la efectividad enfermera para el planteamiento de la política asistencial sanitaria. El desarrollo de los resultados estandarizados en la práctica no tiene ningún valor sino se utiliza en la práctica. Los resultados proporcionan a las enfermeras la oportunidad de registrar el estado del paciente sin aumentar los requerimientos de documentación; por lo tanto, los resultados deben ser fáciles de incluir en la práctica diaria.

La clasificación puede usarse en la práctica, investigación y educación enfermeras. Proporciona un vocabulario estándar y las medidas relacionadas para evaluar el estado del paciente y puede utilizarse para demostrar los cambios

⁶⁵ JOHNSON. MASS. Op. cit. Pp. 12

⁶⁶ JOHNSON. MASS. Op. cit. Pp. 13

en el estado del paciente tras las intervenciones enfermeras. Los resultados pueden utilizarse con los diagnósticos, intervenciones de Enfermería y con las características de los pacientes para que los estudiantes y principiantes de Enfermería desarrollen habilidades de toma de decisiones clínicas.⁶⁷

Finalmente el último paso es decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan de intervenciones:

Continuar con el plan: si la persona no ha alcanzado los objetivos, pero no se identifica ningún factor que dificulte o fomente los cuidados y simplemente se requiere más tiempo.

Modificar el plan: cuando no se han logrado los objetivos, cuando detecta nuevos problemas o factores de riesgo o cuando identifica formas de que los cuidados sean más efectivos.

Dar por terminado el plan: si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y demuestra habilidad para cuidar de si misma.

1.3. PROPUESTA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

La propuesta filosófica de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo, para llegar a la planificación de cuidados a partir del concepto de cuidados de Enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los elementos clave de este modelo. La definición de un rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos de este modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

A continuación se presentan los elementos del metaparadigma de Enfermería de acuerdo a la propuesta filosófica de Henderson:

⁶⁷ JOHNSON. MASS. Op. cit. Pp. 72.

Enfermería: la única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: no define un concepto propio sobre salud, pero en su propuesta un sinónimo de salud es la independencia de la persona en sus 14 necesidades que satisface por si misma sin la ayuda de la enfermera. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su máximo nivel potencial de satisfacción en la vida.”⁶⁸

Entorno: tampoco refiere una definición de este, pero si menciona que existen condiciones e influencias exteriores que afectan la vida del organismo.

Persona: un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidad: en el marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales.

Necesidad fundamental: es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar, y preservarse física y mentalmente”.⁶⁹

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de Enfermería; dichas necesidades son:⁷⁰

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir prendas de vestir –vestirse y desvestirse-

⁶⁸ MARRINER-TOMEY. Teorías y modelos de Enfermería. Editorial Mosby-Doyma. Madrid, España. 1994. Pp. 105

⁶⁹ PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 18

⁷⁰ MARRINER-TOMEY. Op. cit. Pp. 105

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

La propuesta ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería; cuya organización conceptual se apoya en los siguientes postulados y valores de Enfermería.

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”.⁷¹

Valores

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.⁷²

⁷¹ PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 18

⁷² PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 18

Supuestos principales: Henderson no cita directamente lo que cree que constituyen sus supuestos fundamentales, los siguientes han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.⁷³

Enfermería

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.
- La enfermera esta formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar necesidades humanas básicas.
- Los catorce componentes de la asistencia en Enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermera.

Persona (paciente)

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de Enfermería.

Salud

- La salud representa calidad de vida.
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

⁷³ MARRINER-TOMEY. Op cit. Pp. 105

Entorno

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.
- La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la adquisición de equipamiento y mantenimiento.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.
- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones teóricas

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente.⁷⁴

- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- La enfermera como ayuda para el paciente.
- La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave, la **enfermera esta considerada como un sustituto** de lo que el paciente carece para considerarle “completo”, “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera “es, de forma temporal, la consciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el “micrófono” para los demasiado débiles o introvertidos para hablar.

Durante la convalecencia, **la enfermera ayuda al paciente** a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma: “la independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás; aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.

⁷⁴ MARRINER-TOMEY. Op. cit. Pp. 106

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera como miembro del equipo multidisciplinario

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar en conjunto programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. En su propuesta Henderson no solo delimita claramente el campo de acción propio, sino que incluye ayuda al paciente a llevar a cabo su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico.⁷⁵

Elementos fundamentales de la teoría

La propuesta de Henderson incluye la conceptualización del objetivo de los cuidados, del usuario del servicio, del rol profesional, de la fuente de dificultad, de la intervención de la enfermera y las consecuencias de la intervención.⁷⁶

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

Usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

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

Fuente de dificultad consideradas áreas de dependencia, está relacionado con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.⁷⁷

⁷⁵ MARRINER-TOMEY. Op. cit. Pp. 107

⁷⁶ LUIS RODRIGO. MT. Op. cit. Pp. 34

⁷⁷ LUIS RODRIGO. MT. Op. cit. Pp. 34.

- **Los conocimientos** se refieren a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarias con las que cuenta.
- **La fuerza** puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el “poder hacer”, que incluyen la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. La fuerza psíquica, por otra parte se refiere a saber “por qué” hacerlo y se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, a la capacidad para percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones. Por consiguiente, se trata de falta de fuerza física en los casos en que la persona carezca de la habilidad psicomotriz para realizar las actividades requeridas, y de falta de fuerza psíquica cuando no sea capaz de percibir la información, relacionarla con los datos de que ya dispone o tomar una decisión que se manifieste en una conducta concreta. En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de independencia (a diferencia de la falta de autonomía), es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención de la enfermera.
- **La voluntad** implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Por tanto, para identificar como área de dependencia la falta de voluntad es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y de que puede y quiere hacerlo, si bien no desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario. En ningún caso la falta de voluntad se refiere a las situaciones en que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones

terapéuticas; en tal caso, no existe falta de motivación, sino que su opción de salud no coincide con la que los otros profesionales consideran que es la más adecuada para ella.⁷⁸

Intervención de la enfermera incluye a su vez dos elementos que son el centro y el modo de la intervención:

- **El centro de la intervención.** Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, los conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), la fuerza (poder hacer) o la voluntad (querer hacer).
- **Los modos de intervención.** Se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia; por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.⁷⁹

Las consecuencias de la intervención. En función de la situación del usuario, pueden ser la satisfacción de sus necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el nivel máximo de desarrollo de su potencial para alcanzar la independencia) o morir de forma apacible.

Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza (o que otros hacen por el de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo, por ejemplo, el niño) es independiente.

Independencia. En el niño se refiere a alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.⁸⁰

⁷⁸ LUIS RODRIGO. MT. Op cit. Pp. 34

⁷⁹ LUIS RODRIGO. MT. Op cit. Pp. 35

⁸⁰ PHANEUF. M. Op. cit. Pp. 30.

Dependencia. Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento: o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llegue a la edad normal de hacerlo.⁸¹

Manifestación de dependencia

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por si mismo a esta necesidad. Son en si mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

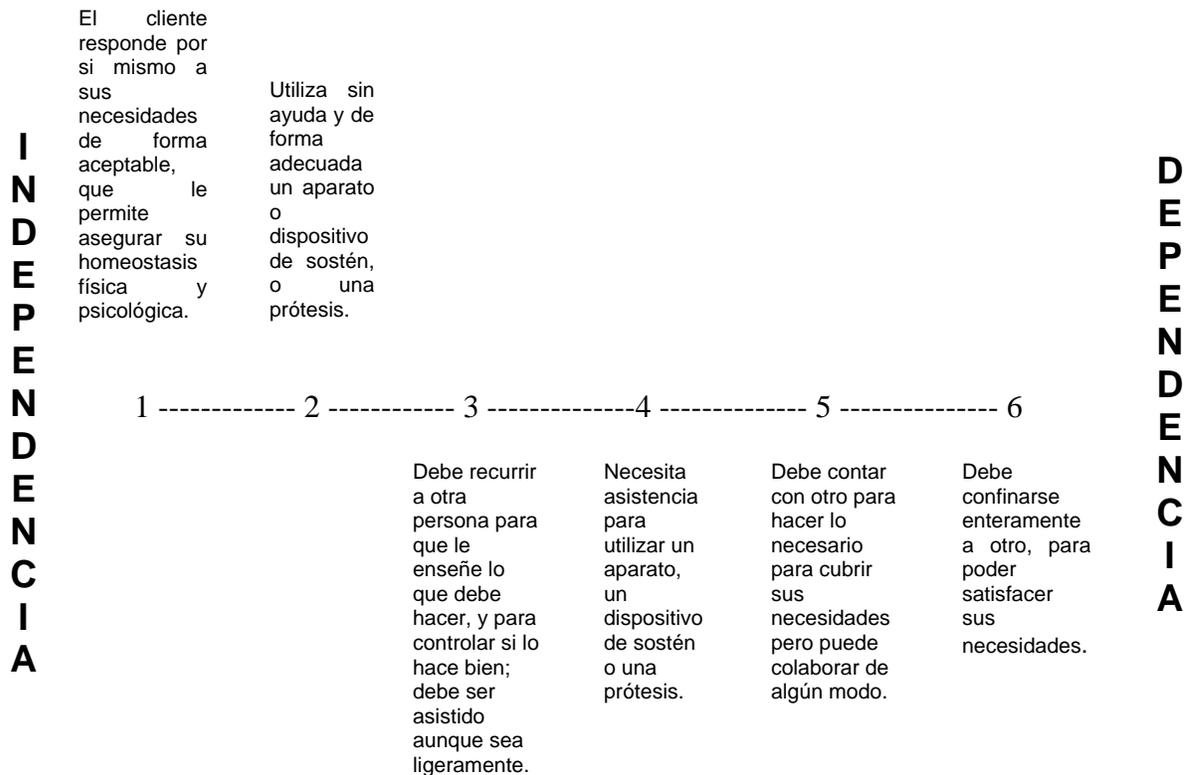
La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse incierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala desde el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.

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

Para realizar esta evaluación se utiliza el **Continuum independencia-dependencia** de Phaneuf en donde se refleja la necesidad de la persona de acuerdo al grado de independencia-dependencia en el que se encuentra en ese momento; también se presentan una escala que sirve de referencia para ubicar al usuario en un plano de satisfacción de la necesidad y determinar el tipo de intervención que requiere para lograr su independencia.

⁸¹ PHANEUF. M. Idem.

Continuum independencia-dependencia



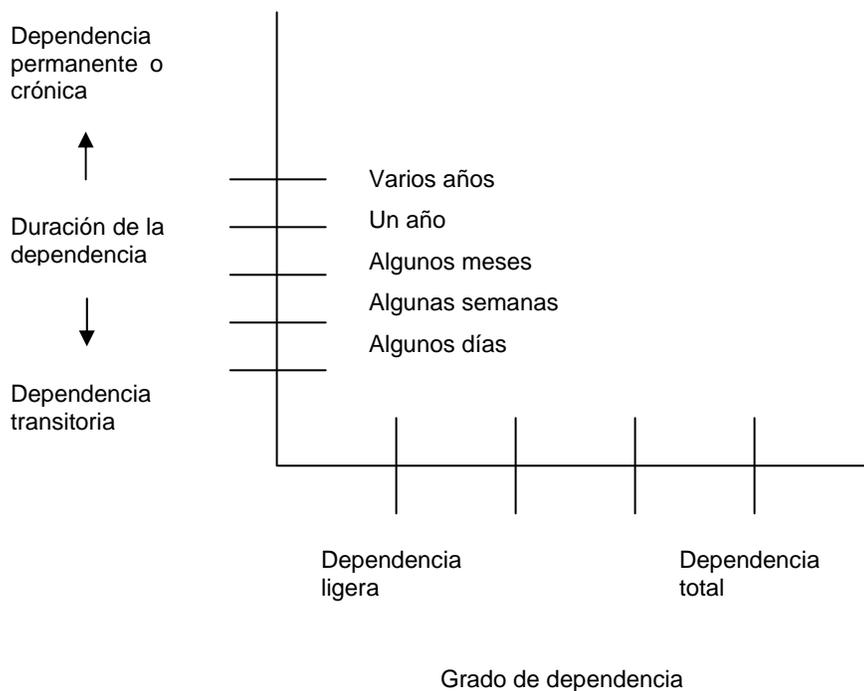
Fuente: PHANEUF: M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. 1993.

Cada nivel evoluciona al siguiente sino se realizan las intervenciones de Enfermería correspondientes, y estos se explican de la siguiente manera:

1. El cliente es independiente si responde por si mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y, de este modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.

4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona; porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Otro aspecto que debemos considerar cuando existe algún grado de dependencia en la persona es la duración y grado de la dependencia que puede ser ligera o total, transitoria o permanente y se expresa a través del siguiente esquema.



Fuente: PHANEUF. M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. 1993.

Tipos de dependencia y niveles de prevención

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio

desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente. Sin embargo, cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia actual, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias. Por otra parte cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones. Si, a pesar de los cuidados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica.

Por lo tanto la enfermera debe centrarse en las fuentes de dificultad y las manifestaciones de dependencia, pues el éxito del cuidado depende de las acciones que se emprendan junto con la persona para que este alcance el grado de independencia deseado en la satisfacción de sus necesidades.

1.4 Ética en Enfermería.

En la segunda mitad de este siglo, los profesionales de Enfermería, interesados en ampliar los fundamentos de la profesión, han trabajado aspectos importantes de ella, tales como la identidad profesional, la autonomía en el quehacer, la orientación de la formación, el marco filosófico, la misión profesional, la ubicación y el sentido de la profesión en el contexto social mundial y regional. La ética ha estado presente en los programas profesionales a través del tiempo; sin embargo, su orientación y contenidos actuales deben responder a las necesidades de la profesión, ubicada en aquí y ahora; es decir, deben considerar los avances científicos y tecnológicos y las condiciones sociales.⁸²

⁸² Ética en Enfermería. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep92/Construccion.html>

Las corrientes teóricas de la ética sirven de preámbulo a la presentación de los aspectos fundamentales para la construcción de la ética profesional. Estas corrientes son:

Ética Normativa. Se ha ocupado de describir normas con validez universal. Kant se refiere a ella cuando plantea los problemas con carácter universal y derivados de una formulación racional en la que fundan su necesidad; también se refiere al deber y a los imperativos categóricos, como principios éticos. Los códigos de ética o normas deontológicas han retomado esta teoría, la cual exige una clara dilucidación entre lo moral y el derecho.

Ética descriptiva. Como su nombre lo indica se limita a reseñar y a presentar los distintos sistemas de moralidad que se han dado a través de la historia, sin explicar su origen, los cambios que acusan, ni justificar su validez. Esta teoría que pretende ser objetiva y registrar simplemente los hechos morales, puede propiciar un relativismo y escepticismo morales, contra las cuales se levantan algunas de las más importantes corrientes de la ética contemporánea.

Ética reflexiva. Corresponde a la ética de hoy, es la que mejor responde a las necesidades del hombre contemporáneo y se adecua a la concepción antropológica actual. Analiza los comportamientos y normas morales buscando establecer los orígenes, las causas y las consecuencias de los mismos. Esta teoría no solo describe, explica e interpreta, por lo cual es crítica, sino que también propone principios, por ello es fundadora de los principios éticos y de las normas morales. De la ética reflexiva puede decirse que es una disciplina teórica cuyo objeto de estudio es la moral, en esta teoría se apoya la propuesta para la construcción de la ética en Enfermería.

Para que las reflexiones que se realicen con miras a la construcción de una ética profesional en Enfermería sean productivas es necesario, en primer lugar, conocer los orígenes de la profesión y su comportamiento a través de la historia; es decir, deben analizarse las condiciones sociales, económicas y políticas bajo las cuales ha tenido que desarrollar su quehacer; así como los énfasis científicos y técnicos que forman parte del todo de la profesión y de la influencia que la evolución mundial ejerce sobre las sociedades. En el caso particular de Enfermería, esta

influencia permite su desarrollo y la incursión creciente, compleja y significativa en todos los ámbitos de la salud, la educación y la sociedad en general.

En segundo lugar, enmarcarse en el aquí y ahora de la profesión, lo cual se refiere a conocer las fortalezas y debilidades actuales entre las que se cuentan aspectos como: la complejidad de los servicios de salud, las áreas de desempeño, el trabajo con las comunidades, el sentido de la delegación, el acrecentamiento de algunas funciones y la disminución de otras, el deseo de cumplir con excelencia las funciones propias de la categoría profesional y las exigencias institucionales alejadas del perfil profesional. El aquí y ahora también incluye el conocimiento de las normas jurídicas que regulan el ejercicio de la profesión, sin que ello signifique que la dimensión jurídico-legal sustituya la ético-moral.

En tercer lugar, debe incluirse la responsabilidad profesional. Dicha responsabilidad es una totalidad a la cual convergen los diferentes ámbitos que la conforman; es decir, la responsabilidad con los usuarios, con la profesión, consigo mismo, con la institución y con el Estado. Ella permite responder al compromiso adquirido con la sociedad en forma autónoma con un verdadero sentido de identidad e independencia y con el poder que genera el conocimiento que se tiene de la profesión. La responsabilidad se fundamenta en el respeto a los derechos humanos, los del enfermo y los de la comunidad.

Además de lo anterior, toda investigación que se realice sobre la práctica profesional debe aportar a la construcción de la ética y, sobrepasando en ámbito de la técnica, trascender al origen, comportamiento y consecuencias de esa práctica.

Es sobre estos cuatro aspectos: origen y comportamiento a través de la historia de la profesión, el aquí y el ahora de la profesión, la responsabilidad profesional y las investigaciones sobre la práctica que debe construirse la ética profesional en Enfermería.

Puede decirse que las enfermeras han representado la esencia del sistema de atención sanitaria y Diers en 1981 escribió: "La Enfermería es un trabajo sumamente complicado, ya que incluye la posesión de conocimientos técnicos, una gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación,

complicidad emocional y otras muchas cualidades. Por lo que se considera también como un complejo proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto y de la observación al diagnóstico. Este proceso de cuidados de Enfermería, constituye el núcleo de trabajo de la profesión donde los principios éticos se deben ir aplicando para hacer la práctica lo más ideal posible.”⁸³

Principios éticos

La profesión de Enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la práctica profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de Enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros; por lo tanto existen principios éticos fundamentales para el desempeño de las intervenciones de Enfermería y son los siguientes.⁸⁴

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

Justicia. La justicia en la atención de Enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su origen biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía. Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana. Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida

⁸³ Aspectos éticos-sociales en los Diagnósticos de Enfermería y su influencia en la profesión. Disponible en: http://scielo.sid.cu/scielo.php?pid=SO864-34662002000300008&sript=sci_arttext

⁸⁴ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México 2001. Pp. 11-14

de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y esta bajo la propia responsabilidad y control.

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

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

Veracidad. Es el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Es fundamental para mantener la confianza de los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

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

Solidaridad. Es un principio indeclinable de la convivencia humana; es adherirse con las personas en situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de la 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. Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la competencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido

respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

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

Doble efecto. Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de: 1) que la acción y el fin del agente sea bueno y 2) que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁸⁵

Cualquiera que sea la profesión debe ejercerse con ética. Esto lo impone no solo la sociedad a la cual el profesional se debe, sino que como ser humano, ha de aspirar a sentir la satisfacción del deber cumplido, en la búsqueda del bien por el camino correcto. En ese camino, las enfermeras también han labrado su espacio, ejemplo de ello es el Código para las Enfermeras, que aprobó el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en 1953, y que ratificó en 1973 y 1989, donde estableció que las responsabilidades fundamentales de la enfermera son procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento.⁸⁶

El código de ética en Enfermería es importante porque resalta los valores heredados de la tradición humanista, es un código que inspira el respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Es un código que resalta los atributos y valores congruentes con la profesión, los cuales han sido propuestos por el Consejo Internacional de

⁸⁵ Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. Op. Cit. Pp. 14

⁸⁶ Aspectos éticos-sociales en los Diagnósticos de Enfermería y su influencia para la profesión. Disponible en: http://scielo.sid.cu/scielo.php?pid=SO864-34662002000300008&sript=sci_arttext

Enfermeras. El código de ética profesional es un documento que establece de forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.⁸⁷

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

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

⁸⁷ Código de ética para la Enfermeras y Enfermeros de México. Op. cit. Pp. 16

La Enfermería es un de las profesiones de asistencia en el campo de la salud, cuya práctica posee una tradición larga y honorable de servicios a la humanidad, por lo que se ha ido transformando, a causa de las necesidades variables de las sociedades. Estos cambios, han tenido y aún provocan un efecto profundo en la práctica de Enfermería. Los profesionales de este campo estamos desafiados a asumir nuevos papeles, trabajar en ambientes asistenciales diferentes, aceptar responsabilidades cada vez mayores y a trabajar cada día más como parte de equipos multidisciplinarios, fortaleciendo la participación equitativa y preactiva de la Enfermería, promoviendo el respeto a la profesionalidad, la dignidad, los derechos y los valores de todos los miembros del equipo y de las personas que requieren de nuestro servicio.

Consentimiento informado.

Otro aspecto legal de la práctica en Enfermería es el consentimiento informado, que es un acuerdo con el paciente por el cuál este acepta un tratamiento o una intervención tras haber recibido una información completa, incluyendo las ventajas y los riesgos del tratamiento ofrecido por el médico. Generalmente, el paciente firma un formulario que proporciona la institución. El formulario es un registro del consentimiento informado, no el consentimiento informado en si mismo.⁸⁸

Existen dos tipos de consentimiento: explícito e implícito. El consentimiento **explícito** puede consistir en un acuerdo verbal o escrito. En general, cuando más invasivo es un procedimiento y/o cuando mayor es el riesgo para el paciente, mayor es la necesidad de un acuerdo escrito. El consentimiento **implícito** se produce cuando el comportamiento no verbal del individuo implica un acuerdo.

El consentimiento informado también se aplica a los profesionales de Enfermería que no actúan independientemente y están realizando cuidados de Enfermería directos para intervenciones como la colocación de una sonda nasogástrica o la administración de medicamentos. El profesional de Enfermería depende del consentimiento implícito o explícito para la mayoría de sus intervenciones.⁸⁹

⁸⁸ ALFARO. Op. Cit. Pp. 57

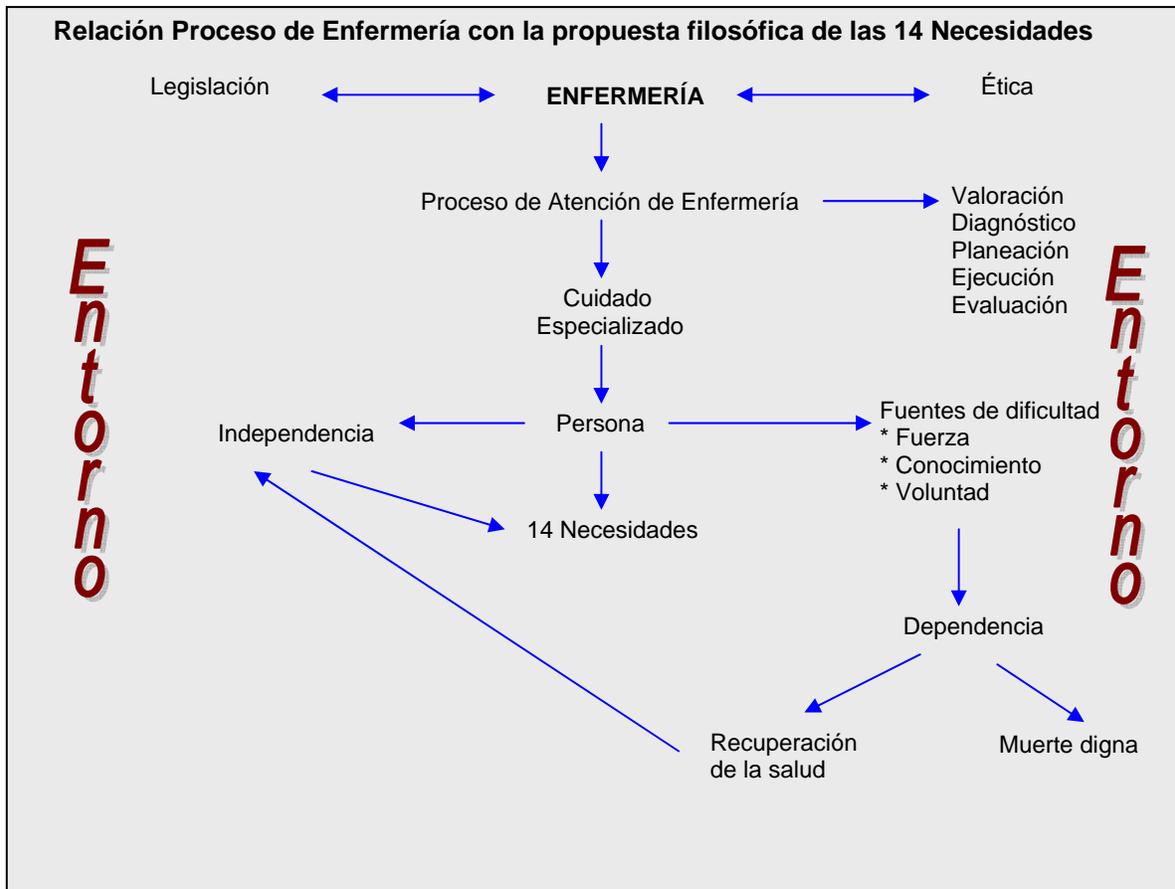
⁸⁹ ALFARO. Op. Cit. Pp. 58

Existen tres elementos principales del consentimiento informado: 1) el consentimiento debe otorgarse voluntariamente, 2) el consentimiento lo debe dar un paciente o una persona con la competencia y la capacidad para comprender y 3) el paciente o la persona deben recibir la información suficiente para poder tomar la decisión definitiva.

Relación del Proceso de Enfermería y la Propuesta Filosófica de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Enfermería ha presentado grandes cambios, mismos que han contribuido a su desarrollo y crecimiento como profesión. Asimismo, plantea un marco jurídico que regula la relación enfermera-paciente, y un código de ética en Enfermería, los cuales pretenden que los cuidados que otorga el profesional sean prestados con responsabilidad y conocimiento. Para que esto sea verdaderamente posible es necesario contar con una metodología como es el Proceso de Atención de Enfermería en donde a través de sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, permiten al especialista en Enfermería identificar las necesidades de la persona y determinar si es independiente, lo que significa la satisfacción de las 14 necesidades, o bien detectar si existen fuentes de dificultad: físicas, de voluntad o de conocimiento que causen cierto nivel y grado de dependencia. Una vez identificadas las necesidades la Enfermera elabora planes de cuidados para mantener la salud o bien recuperarla, las intervenciones de Enfermería se realizarán de manera independiente, interdependiente o dependiente en colaboración con el equipo multidisciplinario.

En el siguiente esquema se representan los principales conceptos de la propuesta de Henderson y el Proceso de Enfermería, así como la relación entre cada uno de ellos.



Elaboró: LEO. Lina Ramírez Vela, 2007

1.5 Problema de salud.

Desnutrición

La desnutrición en sus diversas formas, es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica posible pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos. El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado

por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.⁹⁰

Definición:

Es la enfermedad producida por el consumo de reservas y componentes estructurales del organismo debido a aporte insuficiente de nutrientes. En el niño se manifiesta por déficit ponderal y o pondoestatural.⁹¹

Formas de presentación:

1.-Según clínica:

- Marasmo: Desnutrición calórico-protéica, afecta predominantemente a lactantes.
- Kwashiorkor: Desnutrición proteica, afecta a lactantes mayores y preescolares.
- Mixta: Marasmo-Kwashiorkor.

2.- Según la gravedad (clasificación de Gómez P/E)

- 1° grado: Déficit ponderal: 10 al 24%
- 2° grado: Déficit ponderal 25 al 39 %
- 3° grado: Déficit ponderal 40% o mayor

3.-Según la evolución:

- Aguda: Se altera la relación peso para la edad (P/E) y hay mala adecuación peso/talla (P/T).
- Crónica: Alteración P/E y adecuación P/T.
- Subaguda: Alteración P/E, T/E en menor proporción que el peso y P/T normal ó levemente disminuido.

Existen tres tipos de desnutrición proteico-calórica, las cuales son: severa, moderada y medianamente moderada.

- Desnutrición severa: esta desnutrición es medida por antropometría, basada en las mediciones de peso, altura y edad para calcular los índices peso por altura que es el índice del estado de la nutrición actual y el índice altura por edad como índice de la historia de la pasada nutrición. El

⁹⁰ Disponible en: http://.avolaje.com/apuntes/desnutricion_b1.html

⁹¹ Disponible en: http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/clas_nutri_4a.htm

diagnóstico de severa desnutrición se basa principalmente en la historia de la dieta y el comportamiento clínico del paciente. esta usualmente asociada con severos problemas en la alimentación, constituyendo una alimentación pobre en proteínas; en estos casos existen diarreas e infecciones como consecuencia.

- Desnutrición medianamente moderada y moderada: esta desnutrición se caracteriza por pérdidas de peso (una disminución en el tejido adiposo), la cual puede ser aparente. Cuando la desnutrición es crónica, los niños muestran un retardo en el crecimiento en términos de altura. En adultos la desnutrición moderada y medianamente moderada provocan una reducción en los tejidos subcutáneos. El cambio más común en la composición corporal es una reducción en la adiposidad entre un 12% en los hombres y 20 % en las mujeres. La capacidad para el trabajo físico prolongado se reduce.⁹²

Clasificación según relación peso/talla

$$\% \text{ déficit: } \frac{\text{peso pc. 50 para talla} - \text{Peso actual}}{\text{peso pc. 50 para Talla}} \times 100$$

Área normal: 0 a 9%

- 1er Grado: 10 a 19 %
- 2do Grado: 20 a 29 %
- 3er Grado: 30 % ó más

Desnutrición de tercer grado

El peso corporal es menor al 60% del normal; las funciones celulares y orgánicas se encuentran sumamente deterioradas y se tiene alto riesgo de morir.

Los ojos se hundén, la cara del niño se hace pequeña y adquiere el aspecto de “cara de viejo”; se ven prominentes todos los huesos de la cara y la bola grasosa de Bichat hace su grotesca aparición como última reserva grasosa de este sector del organismo.

⁹² Disponible en: <http://www.victusinc.com/Enterales/Proteinex/despcm.htm>

Los músculos de los miembros cuelgan como pesadas cortinas forrados de piel seca y arrugada; los huesos de los miembros superiores, del dorso y del tórax se observan forrados de una piel escamosa, arrugada, sin vitalidad y sin la menor elasticidad. Los ojos del niño quedan vivos, brillantes y siguen con una gran avidez, los movimientos que a su alrededor se desarrollan, como buscando ansiosamente el alimento que le podría servir de salvación. Muchos desnutridos llegan a esta etapa sin tener edemas por carencia proteica o manifestaciones de carencias vitamínicas y en cambio a otros se les ve hinchados de sus piernas, del dorso de las manos y de los párpados y sobre estos edemas hay manifestaciones peligrosas hiperocrómicas, acrómicas y discrómicas.⁹³

Sobre el estado angustioso de autoconsunción, se observan como síntomas predominantes, la intolerancia absoluta a la alimentación, que toman a veces vorazmente; los vómitos fáciles, los accidentes digestivos de aspecto agudo o semi-agudo y las infecciones focales que estallan con periodicidad desesperante y virulencia cada vez mayor.

El cuerpo del paciente se encuentra en completa bancarrota orgánica; las células solamente tienen capacidad para transformar en alimentos de consumo, los aminoácidos que extraen de las miserables reservas proteicas que van quedando en los músculos; no hay alimento por sencillo, puro y apropiado que se busque, que pueda aprovecharse y a veces ni siquiera tolerarse. Es la etapa de los balances negativos en todos los sistemas del organismo que en estado normal se encadenan, se equilibran y se complementan para la asimilación.

El catabolismo aumenta su curva desproporcionadamente, y su función de arrastre y desecho adquiere proporciones catastróficas y destructoras, llevándose todo lo poco utilizable que va quedando en el desastre, de moléculas proteicas, de reservas glicogénicas o de reservas grasosas. Las sales minerales y el agua también tienen abiertas sus compuertas y no es extraño que un cuadro de anhidremia aguda se implante con el más ligero accidente diarreico. La terminación de estos cuadros es generalmente acelerada por accidentes

⁹³ Dr. Federico Gómez. "Desnutrición". Salud pública de México / Vol. 45, suplemento 4, 2003.

digestivos agudos o por infecciones enterales o parenterales, que dan la más diversa sintomatología final.

Signos y síntomas

- Pérdida excesiva de peso.
- Palidez.
- Hundimiento o abultamiento del abdomen.
- Pómulos salientes.
- Agotamiento.
- Falta de memoria.
- Frío en manos y pies.
- Falta de crecimiento.
- Resequedad en la piel; generalmente se observan fisuras en párpados, labios y pliegues de codos y rodillas.
- Caída del cabello, el cual se torna seco y cambia su coloración.
- Sensación de plenitud y pesadez después de comer en forma ligera.
- Edema.
- Pérdida de masa muscular.
- Alteraciones en coagulación sanguínea y sistema inmunológico.
- Uñas delgadas y frágiles.
- Latidos cardiacos acelerados.
- Continuas infecciones en vías respiratorias.
- Raquitismo y anemia.

Diagnóstico

Se considera la historia alimenticia del paciente y se realiza valoración médica, la cual incluye mediciones de peso, talla y pliegues cutáneos.

Se solicitan análisis clínicos de sangre y orina (como absorción de la D-xilosa o albúmina), los que indican el grado de deficiencia de vitaminas, proteínas y minerales.

Un dato de laboratorio muy importante para determinar si un paciente tiene desnutrición es el valor de proteínas en sangre, por ejemplo, albúmina (principal proteína que circula en nuestro organismo).

Tratamiento

La desnutrición de tercer grado requiere una gran discreción para realimentar, buscando que el sistema digestivo restablezca su capacidad funcional para digerir, muchas veces totalmente perdida. Alimentos en pequeño volumen, sin grasa y de gran valor energético a expensas de los carbohidratos y las proteínas, son los de elección.

Leche láctea semidescremada y con 10% de Dextro-Malto o miel de maíz es el alimento con que iniciamos la realimentación en el Hospital; al mismo tiempo, si el niño pasa de un año, agregamos pan para provocar la masticación y la salivación, y plátano bien maduro. Todo síntoma agudo debe de combatirse con tenacidad: anhidremia, infección enteral, infección parenteral, infecciones de la piel, etc.

Se agrega Complejo B, vitamina C y vitamina A, si encontramos signos de carencia a estos factores. Son frecuentes las reacciones inversas, o paradójicas de Finkelstein; a medida que más alimento se da, principalmente si son prótidos, el peso más se desploma en lugar de aumentar, con el aumento de la fórmula. Estas reacciones inversas son debidas quizás a la barrera hepática que no puede llevar a cabo su función normal sobre las proteínas.

No debe de hacerse cambio dietético alguno tratando de acelerar la curación so pena de exponerse a un fracaso; la paciencia, la discreción y los pasos lentos, son atributos indispensables en el tratamiento de la desnutrición de tercer grado.

Los niños cuyo estado se clasifica como DESNUTRICIÓN GRAVE corren riesgo de muerte por neumonía, diarrea, y otras enfermedades graves. El tratamiento también incluye el uso de Nutrición Parenteral Total; que es la administración de una solución hipertónica constituida por glucosa, proteínas hidrolizadas, minerales y vitaminas mediante un catéter intravenoso. Dada la magnitud del flujo sanguíneo se logra una rápida dilución de la solución que permite mantener cubiertos indefinidamente los requerimientos nutricionales.⁹⁴

⁹⁴ Diccionario de Medicina Océano Mosby. Barcelona, España. 2003. Pp.922

Introducción de alimentación tradicional

- Los alimentos, especialmente aquellos disponibles en la casa son gradualmente introducidos en la dieta en combinación con la formula alta en proteína y energía.
- Para niños, la dosis mínima de proteína diaria es de 3 a 4 g de proteína y 500 a 625 kj (120 a 150 Kcal.)/ kg. de peso. la densidad de los alimentos sólidos puede ser incrementada con aceite, usando proteína animal y/o preparaciones con proteínas de soya.
- El tratamiento de la dieta inicial puede proveer los requerimientos promedio de energía y proteína para los pacientes (45 Kcal. y 0.75 g de proteína/kg./día para adolescentes y 40 Kcal. y 0.6 g de proteína/kg./día para adultos) seguido por un incremento gradual de cerca de 1.5 veces la energía y 3 o 4 veces los requerimientos de proteínas por día.
- Las dietas líquidas descritas para infantes y jóvenes, pueden ser dadas para pacientes anoréxicos.
- Cuando se recupere el apetito, la dieta puede ser dada basada en alimentos tradicionales; pero adicionadas de azúcar y grasas para incrementar la densidad de energía, vitaminas y minerales.
- Las formas menos severas de desnutrición pudieran ser tratadas en forma ambulatoria suplementando la dieta casera con alimentos fáciles de digerir que contengan adecuada cantidad de nutrientes con proteínas de alto valor biológico y alta densidad energética.
- La cantidad de suplemento alimenticio pudiera variar dependiendo del grado de desnutrición y del relativo déficit de energía y proteína. Como guía general pudieran considerarse los requerimientos al menos dos veces la proteína y 1.5 veces la energía.
- Para niños en edad pre-escolar, pudieran considerarse valores de cerca de 2 a 5 g de proteína de alto valor biológico y 500 – 625 kj (120 a 150 Kcal.)/kg. de peso y para infantes menores de un año cerca de 3.5 g de proteína y 625 kj (150 Kcal./kg./día).

II. METODOLOGÍA

2.1 Presentación del caso

El presente estudio de caso corresponde a una lactante mayor de 4 meses de edad de sexo femenino que proviene de una familia nuclear formada por el padre de 50 años de ocupación campesino, la madre de 40 años dedicada al hogar, un hijo de 9 años y la abuela paterna de 80 años de edad; aparentemente sanos.

Son originarios de Teolocho, Tlaxcala. Su nivel socioeconómico es bajo, se dedican a la siembra por temporal y no siempre tienen trabajo; sin embargo, refieren ser apoyados económicamente por ambas familias. Habitan en casa rentada con paredes de tabique y techo de lámina de asbesto, la vivienda tiene 2 habitaciones, en una de ellas duerme toda la familia y la otra la utilizan como cocina, cuentan con servicios intradomicilarios como agua, luz y estufa de gas pero en ocasiones utilizan leña para calentar agua, esta la encienden fuera de la casa; la disposición de las excretas se realiza fuera de la casa en una letrina.

Se trata de una lactante producto del 2º. Embarazo obtenida por vía cesárea debido a que estuvo en trabajo de parto por 12 horas y la madre no presentó dilatación de cuello uterino, durante el embarazo tuvo control médico 6 a 7 consultas, tomo algunos medicamentos pero la madre no especifica cuales.

Cuando nació la niña lloró y respiró al nacer, se desconoce la calificación de APGAR, a los 15 días de nacida presentó un cuadro gastrointestinal con diarrea y deshidratación por lo que fue internada en el Hospital de Tlaxcala donde curso con neuroinfección.

Los primeros 15 días de vida la niña fue alimentada con seno materno a libre demanda, posteriormente presenta vómitos y es alimentada con fórmula Nan sin lactosa, al continuar la presencia de vómitos es nuevamente hospitalizada y se inicia alimentación a través de sonda nasogástrica pero continúa sin ganar peso.

El 07-09-06 es referida al Hospital Infantil de México Federico Gómez para realizar estudios de Sudan II y D-xilosa

El 19-09-06 es hospitalizada en esta Institución pues los estudios de Sudan II y D-xilosa reportan ser compatibles con mal absorción de carbohidratos, a demás de una pérdida ponderal importante; por lo que es ingresada para recuperación nutricional. Se Diagnostica desnutrición grado III, con un déficit del 55% de peso corporal.

Los diagnósticos agregados a partir de ese momento son:

20-09-06 Acidosis metabólica descompensada

20-09-06 Desequilibrio electrolítico

22-09-06 Hipokalemia

22-09-06 Sepsis

02-10-06 Acidosis tubular renal

15-10-06 Raquitismo hipofosfatémico (por déficit de vitamina D)

16-10-06 Reflujo Gastroesofágico grado III

26-10-06 Rayos X de huesos largos y cráneo reportan:

Tejidos blandos con densidad ósea disminuida así como de su grosor. Huesos largos con densidad ósea disminuida principalmente en miembros pélvicos con ensanchamiento de las metáfisis así como también en miembros superiores. Tórax con datos de realción a rosario costal. Cráneo con densidad ósea normal.

07-11-06 Infección de vías urinarias

24-11-06 Neumonía viral

28-11-06 Infección de vías urinarias.

A la exploración física se encontraron los siguientes hallazgos:

Signos vitales

Presión arterial	90/60	Frecuencia respiratoria	30 x min.
Temperatura	36.5° C	Frecuencia cardiaca	128 x min.

Somatometría

Peso	3.080 Kg.	P.C.	36 cms	P.T.	33 cms.
Talla	53.4 cms.	P.A.	33 cms.	P.B.	7 cms.

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática 06-12-06	
Hb	11.6 gr.
Hto.	34.2%
Leucocitos	18.800
Plaquetas	310.000

Electrolitos séricos en sangre	
07-12-06 00:37hrs	07-12-06 09:52hrs
Na 137 mmol/litro	K 3.9 mmol/litro
K 3.8 mmol/litro	Na 13.6 mmol/litro
Cl 100 mmol/litro	Cl 100 mmol/litro
Ca 5.6 mg/dl	Ca 5.9 mg/dl
P 6.0 mg/dl	P 4.6 mg/dl

Hábitus externo

Se observa lactante de 4 meses con edad aparente menor a la cronológica, con palidez generalizada y en estado caquéctico, se encuentra en posición semifowler forzada, sujeta por elementos de fijación externa. Tiene una sonda nasogástrica instalada en narina derecha. Esta alerta, reactiva, con sonrisa social y balbuceos. Se observan extremidades superiores hacia arriba y en abducción, tiene las manos empuñadas; cuenta también con un catéter periférico permeable en miembro superior derecho en la cual se infunde solución Hartman. Viste ropa amarilla, limpia de su propiedad, no desprende olores desagradables.

Jerarquía de necesidades

Necesidades en Dependencia

1.- Nutrición e hidratación. Esta necesidad se encuentra en dependencia debido a que en el primer contacto con la niña la encontramos con desnutrición grado III, en la percentila 25 con relación al peso para la edad, la pérdida de peso es importante, cuando la niña nació se refiere con un peso de 3.300 Kg. y en la actualidad 4 meses después pesa 3.080 Kg., este problema inicia con una alteración en la mecánica de la deglución (reflujo gastroesofágico) y diarrea, presenta ausencia de reserva grasa y muscular, palidez, debilidad muscular, fragilidad capilar, cabello delgado y opaco que se desprende con facilidad, ruidos abdominales hiperactivos e incapacidad para deglutir.

La mamá refiere que la niña fue alimentada con seno materno durante las dos primeras semanas de vida extrauterina, y que desde que nació ha tenido reflujo gastroesofágico, posteriormente fue alimentada con fórmula Nan sin lactosa, sin embargo la niña seguía vomitando la leche, motivo por el cual fue hospitalizada en el estado de Tlaxcala y a partir de ese momento es alimentada por sonda orogástrica en infusión continua.

2.- Eliminación. La niña se encuentra en colchón metabólico debido a que presenta aumento en el gasto fecal de 195 ml. en 24 horas, también presenta vómitos de 40 ml. en 24 horas.

La mamá refiere que la niña evacua 6-7 veces por día, comenta que la evacuación es líquida y a veces abundante, tiene que avisar porque las evacuaciones de la niña se cuantifican y le infunden solución Hartman para reponer las pérdidas, refiere que evacua sin dificultad y que no presenta molestias por que no llora o se queja. Comenta que antes la niña tenía reflujo pero desde que le iniciaron la alimentación por la sonda nasogástrica este ha disminuido, sin embargo ocasionalmente lo presenta. En cuanto a la eliminación urinaria comenta que en el hospital generalmente le colocan una bolsita para cuantificar la uresis.

3.- Movimiento y postura y Aprendizaje. Para la edad que tiene y de acuerdo a la Escala de Denver en los apartados de motricidad fina presenta un desarrollo de un mes de edad, la motricidad gruesa el desarrollo es de 1-2 meses; no sigue por

completo objetos con la mirada, únicamente sigue de la línea media hacia el lado izquierdo, no junta las manos y no manifiesta la necesidad de alcanzar objetos; no es capaz de levantar la cabeza a 45°, no tiene sostén cefálico. Las extremidades superiores están hipotónicas e hipotróficas, en la Escala de Fuerza muscular se encuentra en 3/5. Las extremidades inferiores se encuentran hipotónicas e hipotróficas, en la Escala de Fuerza muscular presenta 2/5, solo por instantes levanta las piernas y las mantiene en abducción flexionadas. Clonos negativos. Por escala de Denver, presenta un desarrollo motriz fino correspondiente a los 2 meses por lo que se considera requiere terapias de estimulación para favorecer su desarrollo. Se valoró también al familiar (mamá) y se detectó falta de conocimientos para favorecer el desarrollo de la niña.

4.- Seguridad y protección. La mamá comenta que prácticamente desde que nació ha estado hospitalizada; presenta dependencia debido a que se encuentra en un área hospitalaria, con riesgo de infecciones nosocomiales, al revisar la cartilla de vacunación se detectó que únicamente se había aplicado la vacuna de la tuberculosis al nacimiento, en lo referente al entorno se mantiene en una cuna cuyos barandales son funcionales, tiene pulsera de identificación y a pesar de encontrarse en una habitación fría por las noches se arropa adecuadamente y se encienden los calefactores para favorecer el mantenimiento de la temperatura corporal. El 26-Marzo-07 presenta proceso infeccioso que reporta hemocultivo central positivo a Klebsiella p. pneumoniae y S. epidermidis.

5.- Termorregulación. Al valorar la temperatura axilar en la niña esta se encuentra dentro de parámetros normales 36.5°C, a pesar de encontrarse en una habitación fría la niña siempre se mantiene arropada y por las noches utilizan un calefactor que mantiene la habitación a una temperatura templada, durante el baño se evitan las corrientes de aire se protege para evitar enfriamientos. La mamá comenta que la niña no ha presentado fiebre o piel fría; excepto el 26 de marzo cuando le aumentó la temperatura durante la mañana y tarde (38.5 °C) por presentar un proceso infeccioso, la fiebre cedió cuando se retiró el catéter central a la niña el mismo día e inició con esquema de antibióticos.

6.- Comunicación. De acuerdo a la Escala de Denver en el área de lenguaje presenta un desarrollo acorde a una niña de 2 meses, presenta sonrisa social pero no ríe en voz alta, no llora en voz alta (chillidos). Ocasionalmente presenta balbuceos pero no son constantes, cuando las personas le hablan las observa y en pocas ocasiones responde con un balbuceo.

Necesidades Independientes

7.- Vestido y desvestido. Esta necesidad se encuentra satisfecha debido a que con respecto a la edad la niña es independiente y es por consiguiente la mamá quien se encarga de satisfacerla proporcionándole ropa limpia y suficiente. La mamá refiere que cambia a la niña de ropa diario, a veces hasta dos o tres ocasiones por día, cada semana que su esposo viene a visitarla le trae ropa limpia para la niña y se lleva la sucia para lavarla en casa. La niña normalmente usa ropa de algodón, y ropa de estambre, comenta que le gusta que su hija se encuentre limpia y huela bien. La niña también usa la ropa que le proporciona el hospital, como son pijamas, sábanas y cobijas.

8.- Valores y creencias. A pesar de las circunstancias en las que se encuentra la familia y por la separación que viven los padres debido a la enfermedad de la niña y el hecho de que uno de ellos tenga que permanecer en el hospital y el otro se vea en la necesidad de seguir trabajando y cuidar al otro hijo de 9 años en el estado de Tlaxcala, los valores como la solidaridad, la familia, la responsabilidad, el amor, la honestidad y el respeto siguen siendo un factor fundamental que ha permitido que sigan siendo una familia unida que se apoya en los momentos difíciles, otro factor que favorece y facilita este momento es que la familia cuenta con el apoyo de la familia de ambos padres, tanto moral como económicamente. El aspecto religioso, a pesar de encontrarse en un ambiente ajeno y en una situación de desesperanza ha sido fundamental para mantener la confianza en el restablecimiento de la niña y para favorecer en los padres un estado de aceptación por la enfermedad y a la vez una motivación para participar en el cuidado de su hija y cumplir sus promesas a Dios una vez recuperada la independencia en la salud de la niña.

9.- Descanso y sueño. La mamá refiere: que a la niña le gusta dormir cobijada, porque ella nota que cuando esta calientita duerme toda la noche 10 a 12 horas y cuando no esta bien cobijada despierta constantemente; que durante el día ella la carga y a veces la duerme en sus brazos, posteriormente la acuesta en su cuna y la niña se queda tranquila, que toma 3 o 4 siestas durante el día de 30 minutos cada una aproximadamente, ella considera que la niña descansa bien porque al despertar esta de buen humor y sonrío, que a veces le pone música del radio, que casi siempre ha estado hospitalizada por lo que ya se acostumbro al ruido del hospital y no le molesta para dormir.

10.- Recreación. La niña ha estado hospitalizada desde que tenía un mes de edad, la mamá refiere que ella y su esposo platican con la niña y que ella mueve la cabeza, sonrío y a veces balbucea, tiene algunos juguetes, una sonaja, una pequeña bolsa y un móvil que en ocasiones le coloca en la cuna el cual le gusta a la niña porque da vueltas y le llama atención los colores. Escucha música que pasa en el radio. Esta necesidad se encuentra en independencia de acuerdo a su etapa de desarrollo, debido a que cuenta con sonajas que le sirve para estimular su motriz grueso y fino, tiene también un móvil de colores que apoya la estimulación visual y además un pequeño radio que estimula su audición; además de muñecos de plástico y peluche que ayudan a reconocer diferentes texturas.

11.- Higiene y protección de la piel. La niña se encuentra limpia, las cavidades nasales, los pabellones auriculares y el ombligo se encuentran limpios, no desprende olores desagradables, la piel esta íntegra e hidratada, las uñas son cortas y limpias, el baño se realiza todos los días y posteriormente se lubrica la piel con crema o aceite. La mamá refiere que la niña se baña todos los días, que cuando la bañan sonrío porque disfruta el baño con agua “calientita”, comenta que después del baño ella le limpia los oídos y la nariz, que le pone aceite o crema en todo el cuerpo y que procura que siempre tenga las uñas cortas, comenta también que cada que la niña evacua le cambia el pañal y la limpia con agua o toallas húmedas desechables para evitar rozaduras, refiere que a veces le aplica apomada. El producto que utiliza para el baño es el jabón que proporciona el hospital y ocasionalmente compra shampoo.

12.- Oxigenación. La niña al nacer lloró y respiró aparentemente no tuvo ningún problema y es dada de alta al tercer día de nacida, se observa piel pálida, nariz central, con tabique aplanado, narinas permeables, simétricas, cavidad nasal sonrosada, narina derecha con sonda nasogástrica para alimentación en infusión continua; boca con labios delgados, hidratados y sonrosados, mucosa oral hidratada, encías integra sonrosadas, paladar íntegro. Cuello corto, cilíndrico, se observa cicatriz en lado izquierdo, secundario a inserción de catéter, se palpan pulsos carotídeos homócritos entre sí y sincrónicos con el radial, con ritmo, intensidad y frecuencia, no se palpan adenomegalias. Tórax cilíndrico, simétrico, tetillas simétricas, se marcan bordes costales no hay presencia de tejido adiposo, movimientos de amplexión y amplexación coordinados, a la palpación no hay presencia de masas o ganglios, a la percusión claro pulmonar. Se ausculta área cardíaca multifocal, el latido tiene ritmo, intensidad y frecuencia, a la auscultación de campos pulmonares murmullo vesicular presente; llenado capilar de 2”.

Necesidades en riesgo

13.- Realización. Se considera en riesgo, de acuerdo a la valoración realizada a la mamá, esta se manifiesta satisfecha por como es su hija, pues comenta que esta contenta por que ve a la niña en mejores condiciones de salud y refiere sentirse realizada por estar al lado de la niña; sin embargo, puede presentar riesgo de afrontamiento familiar debido al cambio de roles que presentan después de varios meses separados. Comenta también que la niña fue deseada porque ella tardó mucho tiempo en volverse a embarazar, es la segunda de dos hijos y toda la familia la quiere mucho a pesar de su escasa convivencia; se siente preocupada por la enfermedad de la lactante, ella la quiere y esta aquí porque le preocupa pero se siente incómoda al descuidar a su otro hijo a quien tuvo que dejar al cuidado de su suegra en el estado de Tlaxcala, por lo que siente que lo esta descuidando, comenta que su esposo también cuida al niño pero ella quisiera estar más tiempo con el, desde que la niña se hospitalizo lleva 4 meses sin ver a su hijo y únicamente le habla por teléfono. Su esposo la ha apoyado en todo momento, las visita una vez por semana, trae ropa limpia y dinero, convive un rato

con la niña y lleva a comer a su esposa, además refiere que el cuida a su otro hijo, que lo lleva a la escuela y lo atiende para que su mamá este tranquila.

2.2 Métodos e instrumentos para la valoración

- Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y las 14 necesidades.
- La valoración de la niña se realizó a través de la exploración física de forma exhaustiva y focalizada, la información se obtuvo a través de dos tipos de fuentes, Primarias: como la exploración física y la entrevista con la madre; las fuentes secundarias fueron: el expediente clínico, libros, revistas, Internet y otros miembros del equipo de salud.
- Se utilizó también el Continuum Dependencia-Independencia de Phaneuf que permite determinar el tipo de intervención, así como la duración y grado de Dependencia en que se encuentra la persona.

Los instrumentos utilizados fueron:

- La Historia Clínica de Enfermería Infantil para niños de 0 a 5 años; (Anexo 1) elaborada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la cual sirvió para valorar las necesidades básicas de la paciente, esta Historia de Enfermería esta constituida por los siguientes apartados:
 - I. Datos demográficos
 - II. Antecedentes familiares
 - III. Orientación de la familia
 - IV. Antecedentes individuales que incluyen la valoración de las 14 necesidades de acuerdo a lo propuesto por Virginia Henderson; y un apartado para el análisis de los datos obtenidos
 - V. Jerarquía de necesidades
 - VI. Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería en las dimensiones física, psicosocial y espiritual de la persona, familia y/o comunidad.
 - VII. Plan de atención de Enfermería
 - VIII. Plan de alta

- La hoja de reporte diario para la valoración focalizada de cada una de las 14 necesidades; elaborada también por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (Anexo 2).
- El formato de Consentimiento informado. (Anexo 3).

2.3. Elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.

Los diagnósticos de Enfermería fueron diseñados de acuerdo a la propuesta taxonómica de la NANDA 2005-2006, y para su elaboración se utilizó el formato "PES" propuesto por Gordon (1976) para la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería reales, para los diagnósticos de riesgo se utilizó el formato en dos partes, para los de salud el formato en dos partes al igual que para los potenciales.

Se elaboró un total de 21 diagnósticos de Enfermería, de los cuales 7 son reales, 5 de riesgo y 9 de salud.

En el siguiente cuadro se presentan los diagnósticos de Enfermería, elaborados por necesidad y de manera jerárquica, cada diagnóstico incluye la fecha de identificación, la fuente de dificultad, el nivel y grado de dependencia y el tipo de prioridad.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Nutrición e hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con alteración en la mecánica de la deglución (reflujo) manifestado por presentar un peso por debajo de la percentila 25 con relación a la edad, ausencia de reserva grasa y muscular, palidez, debilidad muscular, fragilidad capilar, cabello delgado y opaco que se desprende con facilidad, ruidos abdominales hiperactivos e incapacidad de deglutir.	31-11-06	Física	Dependencia Total. Nivel 6	Alta
Nutrición e hidratación	Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con falta de estimulación manifestado por incapacidad para coordinar la succión y deglución	31-11-06	Física	Dependencia Parcial. Nivel 6	Intermedia
Nutrición e hidratación	Riesgo de aspiración relacionado con aumento de volumen gástrico residual y retraso en el vaciado gástrico.	05-12-06	Física y de Conocimiento	Dependencia Total. Nivel 6	Alta

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Nutrición e hidratación	Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza de los músculos de la masticación manifestado por rechazo al alimento, retraso en la deglución y presencia del alimento en la cavidad oral y expulsión de la comida fuera de la boca.	05-12-06	Física	Dependencia Parcial. Nivel 6	Intermedia
Eliminación	Diarrea relacionada con cambios del estado nutricional manifestado por presentar evacuaciones líquidas abundantes de 195 ml/24hrs.	31-11-06	Física	Dependencia Parcial. Nivel 5	Alta
Eliminación	Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con aumento de la eliminación intestinal.	06-12-06	Física	Dependencia Parcial. Nivel 5	Alta
Eliminación	Riesgo de infección urinaria relacionado con estancia hospitalaria prolongada y cambios en las defensas secundarias.	07-12-06	Conocimiento y Física	Dependencia Parcial. Nivel 5	Intermedia

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Movimiento y postura Aprendizaje	Retraso en el crecimiento y desarrollo motor relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario sobre estimulación temprana manifestado por encontrarse en la escala de Denver con desarrollo de una niña de un mes en motricidad fina y de uno a dos meses en motricidad gruesa.	04-12-06	Física y de Conocimiento por parte del cuidador primario (mamá)	Dependencia Temporal Nivel 5	Intermedia
Evitar peligros	Proceso infeccioso relacionado con cambios en las defensas primarias y secundarias manifestado por temperatura de 38.5°C, secreción purulenta en el punto de inserción del catéter, eritema en la periferia del mismo, hemocultivo central positivo Staphylococcus epidermidis y Klebsiella pneumoniae, leucocitos de 16,000, basófilos 1%, eosinófilos 1%, neutrófilos en banda 7% y segmentados 29%, monolitos 3% y linfocitos 59%.	26-03-07	Física	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Evitar peligros	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con cambios del estado nutricional y múltiples procedimientos invasivos.	05-12-06	Física y de conocimiento	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Termorregulación	Hipertermia relacionada con múltiples factores (cambios en las defensas primarias y secundarias, infección de catéter central) manifestado por piel enrojecida, temperatura axilar de 38.5°C y calor al tacto.	25-03-07	Físicas	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Comunicación	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con falta de estimulación manifestado por encontrarse en la escala de Denver con desarrollo de una niña de 2 meses.	05-12-06	Conocimiento	Dependencia Temporal Nivel 3	Intermedia
Vestido y desvestido	Conductas generadoras de salud: mejorar vestido/desvestido	07-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Valores y creencias	Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con conductas de fe definidas manifestado por tener un niño Dios, usar un escapulario y asistir a escuchar misa una vez por semana en la capilla del hospital.	08-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Descanso y sueño	Conductas generadoras de salud: mejorar el descanso y sueño.	11-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja

Necesidad	Diagnósticos de Enfermería	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
Recreación	Disposición del familiar para mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo de su hija manifestado por interés sobre actividades recreativas propias para la lactante. (Juegos y música que debe escuchar la niña).	14-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Intermedia
Recreación	Independencia en la necesidad de recreación	14-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Higiene y protección de la piel	Conductas generadoras de salud: mantener la higiene	11-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Higiene y protección de la piel	Independencia en la necesidad de higiene y protección de la piel.	11-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Oxigenación	Independencia en la necesidad de oxigenación.	13-12-06	No existe	Independiente Nivel 1	Baja
Realización	Riesgo de afrontamiento familiar comprometido relacionado con cambio temporal de roles.	10-01-07	No existe	Independiente Nivel 1	Intermedia

2.4 Componentes de las Intervenciones de Enfermería

Para estructurar este plan de cuidados se elaboraron Diagnósticos de Enfermería tomados de la NANDA y se elaboró un plan de cuidados para los diagnósticos de Enfermería más relevantes por cada necesidad; siendo un total de 14 planes de cuidados, los objetivos se redactarán a corto, mediano y largo plazo, las intervenciones de Enfermería son de tres tipos: independientes, interdependientes y dependientes. En la planeación de los cuidados se uso como referencia la Clasificación de Intervenciones de Enfermería 4^a. Edición, 2005. La evaluación se realizará en base a los objetivos, la estructura, procesos y resultados.

El Plan de Atención de Enfermería esta conformado de la siguiente forma:

- Encabezado
- Identificación del paciente
- Diagnósticos de Enfermería que incluyen fecha de identificación, tipo de diagnóstico y prioridad
- Plan de intervenciones de Enfermería
- Ejecución
- Evaluación



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ficha de identificación

Nombre: G.A.C.C

Edad: 4 meses

Diagnóstico: Desnutrición grado III

Servicio: Pediatría III y IV

Procedencia: Teolochoolco, Tlaxcala

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Fuentes de la dificultad

Físicas: el problema de reflujo no le permite tolerar el alimento y esta situación ha provocado una disminución de peso del 55% del que corresponde para su edad.

Conocimiento: el cuidador primario no tiene suficiente información para mantener a su hija una posición que disminuya el reflujo.

Fecha de identificación	Nivel y grado de dependencia	Tipo de prioridad
30 de noviembre de 2006	Dependencia total a largo plazo nivel 6	Alta

Diagnóstico de Enfermería

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con una alteración en la mecánica de la deglución (reflujo) manifestado por peso en la percentila 25 con relación a la edad, ausencia de reserva grasa y muscular, palidez, debilidad muscular, estado caquéctico, fragilidad capilar, cabello delgado y opaco que se desprende con facilidad, ruidos abdominales hiperactivos y dificultad para deglutir.

Objetivo

Se realiza en colaboración con el equipo multidisciplinario. Lograr el equilibrio nutricional de la niña a través de planes alternativos de alimentación.

Intervención 1. Independiente

La enfermera brindará cuidados específicos a la lactante para ayudarla a ganar peso manteniendo un adecuado balance energético. (CIE 1240)

Fundamentación

El balance energético es la relación entre la energía derivada de los alimentos y la energía consumida por el cuerpo. El organismo obtiene energía en forma de calorías procedentes de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. El cuerpo consume energía para las actividades voluntarias como moverse o hablar, involuntarias como la respiración y la secreción de enzimas. (Kozier, B. 2005:1284).

El mantener un peso sano e ideal requiere un equilibrio entre el consumo de energía y el aporte de nutrientes. En general, cuando las necesidades energéticas de un individuo son iguales al aporte calórico diario, el peso corporal se mantiene estable. (Kozier, B. 2005:1285).

Acciones de Enfermería

1. Pesar a la niña todos los días por la mañana, a la misma hora y en la misma báscula, en ayunas y la misma persona.
2. Observar la presencia de náuseas y vómito y colocará a la niña en posición semifowler a 45° para disminuir o evitar que estos se presenten.
3. Verificar que la niña se encuentre en posición semifowler a 45° al iniciar la alimentación.
4. Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte de una enfermedad crónica como la desnutrición.
5. Registrar en la hoja de Enfermería la curva de peso diario de la niña y la colocará en un lugar estratégico.

Intervención 2. Independiente

La enfermera identificará los trastornos de la alimentación en la lactante, a través de la observación continua durante la alimentación. (CIE. 1030)

Fundamentación

La comprensión del funcionamiento normal del sistema gastrointestinal, posibilita entender mejor el funcionamiento patológico que tiene lugar en la lactante. (Morgan, 1993:93)

Acciones de Enfermería

1. Llevar un registro de de la ingesta y eliminación de líquidos en la lactante.
2. Limitar la actividad física de la niña para promover la ganancia de peso corporal.
3. Determinar el peso corporal ideal de la lactante

Intervención 3. Independiente

La enfermera realizará monitorización el estado nutricional de la lactante cada 24 horas. (CIE. 1160)

Fundamentación

La nutrición inadecuada se acompaña de una notable pérdida de peso, debilidad generalizada, alteración de las capacidades funcionales, retraso de la cicatrización de heridas, aumento de la vulnerabilidad a infecciones, disminución de la inmunocompetencia y trastorno de la función pulmonar. En respuesta a la hiponutrición se movilizan las reservas de hidratos de carbono, almacenadas en forma de glucógeno hepático y muscular. Sin embargo, estas respuestas solamente pueden satisfacer las necesidades energéticas durante un período corto (24 horas) y a continuación se moviliza la proteína corporal. (Kozier, 2005:1304).

Acciones de Enfermería

1. Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
2. Llevar un registro de la curva de peso de la lactante.
3. Controlar el tipo y cantidad del ejercicio habitual.
4. Observar y notificar datos de piel seca, descamada o con despigmentación en la lactante.
5. Observar la turgencia de la piel.
6. Reportar las características del cabello de la niña: seco, quebradizo o fácil de desprender.

7. Valorar la integridad de la mucosa bucal.
8. Observar la presencia de náuseas o reflujo y en que momento se presentan, al iniciar la infusión o al terminar, etc.
9. Vigilar los niveles de albúmina y hematocrito en la lactante.
10. Comprobar el crecimiento de la niña a través de la medición de peso talla.
11. Observar la forma y características de las uñas para valorar la integridad o alteración de las mismas.

Intervención 4. Independiente

La enfermera proporcionará terapia nutricional a la lactante favoreciendo un aporte óptimo de alimento. (CIE. 1120)

Fundamentación

Los procesos patológicos de las personas afectan su estado nutricional, pueden alterar la absorción, metabolismo y eliminación de los nutrientes esenciales. Las necesidades nutricionales varían en cada ciclo vital, una nutrición alterada puede ser por malnutrición que se define como la falta de sustancias alimenticias necesarias o apropiadas para el organismo. (Kozier, 2005:1302)

Acciones de Enfermería

1. Administrar la alimentación a través de una sonda nasogástrica.
2. Verificar en el expediente clínico las indicaciones de la fórmula para la lactante.
3. Observar que la sonda corresponda al calibre necesario para infundir la alimentación.
4. Infundir la alimentación con los horarios y cantidad indicada.
5. Comprobar que la temperatura de la fórmula es la indicada para la lactante, la cual debe estar a temperatura ambiente.
6. Previo a la alimentación comprobar que la sonda se encuentra colocada de forma correcta.
7. Comprobar que la sonda esta fijada adecuadamente.
8. Verificar la permeabilidad de la sonda.

9. Colocar un membrete de identificación que contenga los datos de la fórmula que se esta infundiendo, la cantidad y el tiempo de infusión, así como también los datos de la lactante, de la persona que la instalo y la fecha.
10. Observar constantemente a la lactante durante la infusión de la fórmula y reportar la presencia de vómito.
11. Suspender la fórmula si presenta vómito y reportarlo al médico.
12. Medir perímetro abdominal antes y después de la infusión de la fórmula.
13. Vigilar balance hídrico.
14. Vigilar que la sonda no se encuentre acodada.
15. Vigilar que la sonda quede fija a la ropa de la niña para evitar se salga con la manipulación.
16. Enjuagar la sonda posterior a la alimentación con 5 ml. de agua.
17. Cambiar la sonda cada 48 horas.
18. En este momento es alimentada con Alfare en infusión continua cada 3 horas.
 - Alfare 6.6 grs. de polvo
 - Agua 50 ml.
 - Cereal 2.5 grs.
 - Aceite 1 ml.

Colocación de sonda nasogástrica

Objetivo

Administrar alimentación por sonda a pacientes incapaces de comer o deglutir una dieta suficiente.

Procedimiento

1. Explique al paciente lo que va hacer. La introducción de una sonda nasogástrica no es dolorosa, pero es desagradable.
2. Lávese las manos.
3. Proporcione intimidad al paciente.
4. Examinar los orificios nasales de la lactante.
 - Colocar la cabeza de la lactante en hiperextensión.

- Examinar los orificios nasales para descartar cualquier obstrucción o deformidad.
 - Seleccionar el orificio nasal que presenta el mayor flujo de aire.
5. Preparar la sonda.
- Cuando utilizamos una sonda de caucho es necesario colocarla en hielo durante cinco a diez minutos. Si se utiliza una sonda de plástico es necesario colocarla en agua caliente hasta que este más blanda y flexible.
6. Determinar hasta dónde hay que colocar la sonda.
- Utilice la sonda para marcar la distancia desde la punta de la nariz del paciente hasta el extremo del lóbulo de la oreja y, desde ahí, hasta la punta del apéndice xifoides.
 - Marque esta distancia con tela adhesiva si la sonda no tiene marcas.
7. Colocar la sonda.
- Póngase los guantes.
 - Lubrique bien la punta de la sonda con lubricante hidrosoluble o con agua para facilitar su colocación.
 - Introduzca la sonda con su curvatura natural hacia el paciente, a través del orificio nasal seleccionado.
 - Dirija la sonda siguiendo el suelo del orificio nasal hacia el pabellón auricular de ese lado.
 - En ocasiones es necesaria una presión suave para introducir la sonda en la nasofaringe, y en algunos pacientes pueden aparecer lágrimas en este punto.
 - Si la sonda encuentra alguna resistencia se debe retirar, volver a lubricar, y colocar de nuevo por el otro orificio nasal.
 - Una vez que la sonda alcanza la orofaringe (garganta), la lactante puede sentirla en esa zona y experimentar náuseas y arcadas.
 - Si presenta náuseas, interrumpa momentáneamente la introducción de la sonda.

- Si continúa presentando náuseas y la sonda no avanza con cada deglución, la debemos retirar ligeramente y efectuar una inspección de la garganta mirando a través de la boca.
8. Comprobar la colocación correcta de la sonda.
 - Ausculte la insuflación de aire colocando un estetoscopio sobre el epigastrio del paciente inyectando de 10 a 30 ml de aire en la sonda a la vez que ausculta un sonido de chorro.
 - Si esta empleando una sonda de calibre fino, deje el fijador todavía en su posición hasta verificar radiológicamente la posición correcta.
 9. Fijar la sonda sujetándola con tela adhesiva al puente de la nariz de la lactante.
 10. Conectar la sonda a un dispositivo de aspiración o una bomba de alimentación según este indicado.
 11. Fijar la sonda a la ropa de la lactante.
 12. Documentar la información más relevante; la colocación de la sonda, el método mediante el cual se determinó la localización correcta y las respuestas de la lactante.
 13. Establecer un plan de cuidados de la sonda nasogástrica en la lactante.
 - Inspeccione el orificio nasal buscando la existencia de exudado o irritación.
 - Limpie el orificio nasal y la sonda con aplicadores de punta de algodón humedecidos.
 - Aplique lubricante hidrosoluble al orificio nasal si aparece seco o con formación de costra.
 - Cambie la fijación siempre que sea necesario.
 - Cuidados frecuentes de la boca. El paciente puede respirar por la boca y no puede beber.
 14. Cuando se realiza una aspiración es necesario garantizar el mantenimiento de la permeabilidad de la sonda nasogástrica y del sistema de aspiración.
 - Puede ser necesario lavar la sonda a intervalos regulares con 3-5 ml. de agua.

- Documente el tipo de sonda utilizada, la fecha y hora de colocación de la sonda, el tipo de aspiración aplicada, el color y la cantidad del contenido gástrico, y la tolerancia del paciente al procedimiento.

Intervención 5 Interdependiente

La enfermera administrará la nutrición parenteral total NPT y Lipofundin de acuerdo a las indicaciones médicas. (CIE 1200)

NPT 138 kilocalorías totales, administrar 425.2 mililitros para 24 horas.

Sol. Glucosada 50%	153 ml.
Levamine	94.5 ml.
CINa	3.15 ml.
KPO4	4.7 ml.
Gluconato de calcio	9.45 ml.
Sulfato de magnesio	3.7 ml.
Trasefucin	0.9 ml.
Multivitamínico	5 ml.
Agua	150.8 ml.
Lipofundin	58.4 ml. para 24 horas.

Fundamentación

La nutrición parenteral total es la administración de nutrientes necesarios: aminoácidos, grasas, oligoelementos, hidratos de carbono, vitaminas y electrolitos, través de una vena central o periférica: la nutrición venosa central o periférica puede preferirse cuando no se dispone de una vía enteral debido a anomalías mecánicas o funcionales del tracto gastrointestinal; entre los cuadros clínicos que pueden indicar necesidad de nutrición parenteral se encuentran síndrome de intestino corto y mala absorción. (Tucker, 2002: 72).

Acciones de Enfermería

1. Comprobar la colocación correcta del catéter venoso central a través de una placa de rayos X.
2. Verificar que la NPT y Lipofundin están indicados y los nutrientes corresponden a las necesidades de la lactante.

3. Aplicar los cinco correctos previo a la administración de la NPT y Lipofundin.
 - Paciente correcto
 - NPT y Lipofundin correctos
 - Vía correcta
 - Dosis correcta
 - Infusión correcta
4. Instalar la NPT y Lipofundin con técnica estéril de acuerdo a las normas de la institución.
 - Lavado de manos
 - Uso de guantes estériles
 - Uso de bata estéril
 - Isodine
 - Alcohol al 70%
 - Sol. Fisiológica para permeabilizar
 - Gasas y torundas estériles
5. Durante la instalación comprobar permeabilidad y retorno venoso del catéter.
6. Observar punto de inserción de catéter y comprobar que no presente datos de infección, como son tumefacción, dolor, calor, rubor, eritema o secreción.
7. Utilizar bombas de infusión para la el aporte de NPT y Lipofundin.
8. Comprobar continuamente que el volumen infundido corresponde a lo programado en la bomba.
9. Programar la infusión de acuerdo a las indicaciones médicas.
10. Cambie los equipos cada 24 horas.
11. Prepare las infusiones en campana de flujo laminar.
12. Registrar signos vitales cada 4 horas.
13. Control de glicemia capilar cada 8 horas, reportar datos de hiperglucemia o hipoglucemia.
14. Tomar labstix urinario cada 6 horas, reportar datos de glucosa.

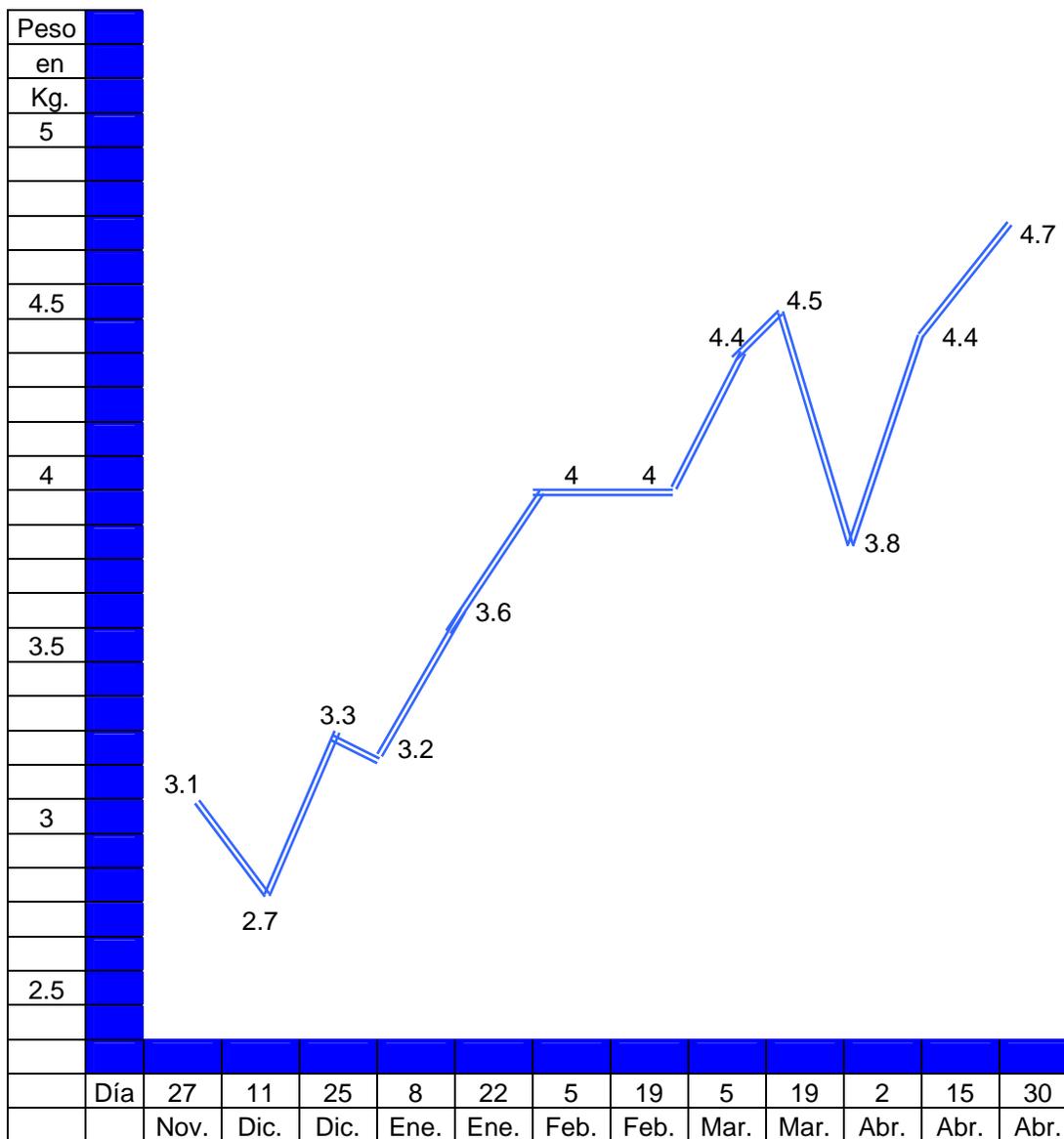
- 15.No administrar la NPT y Lipofundin conjuntamente con otras soluciones o medicamentos.
- 16.Asegúrese de fijar los lúmenes de catéter para evitar una manipulación inadecuada.
- 17.Valore el estado neurológico de la lactante cada 6 horas.
18. Lleve hoja de balance hídrico, ingresos y egresos.
19. Pese diariamente a la lactante a la misma hora, llevando la misma ropa y utilizando la misma báscula.
- 20.Valore datos de compromiso hepático (colestásis); ictericia, heces blanquecinas o esteatorrea, orina de color oscuro o prurito cutáneo.

Evaluación

La niña se mantiene en un grado de dependencia total nivel 6, se han realizado 20 seguimientos, de aproximadamente 30-40 minutos cada uno, se ha logrado cierta ganancia de peso la cual se expresa en la siguiente gráfica en donde podemos observar que en el primer contacto con la niña se encontraba con un peso de 3.100Kg, posteriormente el 11 de diciembre presenta una pérdida de peso de aproximadamente 400 gramos la cual fue ocasionada porque la niña presentó intolerancia al alimento y comenzó con evacuaciones diarreicas lo que ocasionó se mantuviera en ayuno. Las semanas siguientes logramos una ganancia de peso constante hasta el 5 de febrero, en donde nuevamente por intolerancia alimenticia no presenta aumento de peso, sin embargo logra mantenerse sin pérdidas. Posteriormente presenta una ganancia de peso conservada pero gradual y es el 02 de abril en donde presenta una disminución de peso muy importante de 750 gramos la cual se presento durante un proceso de tipo infeccioso (colonización de catéter). A partir del día 15 de abril se ha mantenido con una ganancia de peso constante, de tal manera que desde el 21 de abril alimenta exclusivamente con su fórmula en infusión continua a través de la sonda nasogástrica. Hasta el 30 de abril presenta una ganancia de peso sostenido que alcanza los 4.760 kg. Todo esto lo podemos observar en la siguiente gráfica. Para la ejecución de este plan de cuidados el hospital cuenta con la infraestructura adecuada y el material suficiente para realizar todas las intervenciones planeadas, de la misma manera el

personal de Enfermería al cuidado de la niña y el cuidador primario colaboró satisfactoriamente para realizar el plan de cuidados de forma continua.

Gráfica de peso



ELIMINACIÓN

Tiene una infusión de solución Hartman con indicación de reposición de pérdidas por evacuación al 50%.

Superficie corporal 0.21	Labstix urinario Ph 7.5 DU 1008 Sustancias reductoras en evacuación (-)	Ingresos en 24 horas. VO. 400 VP. 97	Egresos en 24 horas. O. 85 E. 195 V. 0 Pérdidas insensibles. 32.1
			Balance positivo de 184.9

Fuentes de dificultad

Físicas: su problema de base (desnutrición) es un factor para que el intestino no absorba el alimento.

Fecha de identificación 31-noviembre-2006	Nivel y grado de dependencia Dependencia parcial Nivel 5	Tipo de prioridad Alta
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Diarrea relacionada con cambios en el estado nutricional manifestado por presentar evacuaciones líquidas abundantes de 195 ml/24hrs.

Objetivo

La lactante disminuirá los cuadros de diarrea a través de la implementación de un plan de cuidados hasta corregir el estado nutricional.

Intervención 1. Independiente

La enfermera establecerá medidas de prevención para evitar se presenten cuadros de diarrea. (CIE.0460).

Fundamentación

La diarrea es el incremento del número de heces y la emisión de heces líquidas no formadas. Es un síntoma o alteración que afecta la digestión, la absorción y la secreción en el tracto gastrointestinal. El contenido intestinal pasa a través del intestino delgado y grueso demasiado rápido para permitir la normal absorción de líquidos y nutrientes. La irritación del colón puede ocasionar un incremento de la

secreción de moco, como resultado, las heces se vuelven acuosas. (Potter, 2003:1468).

La diarrea se produce por alteración de la capacidad en la absorción intestinal. Una desnutrición grave y el agotamiento de las proteínas pueden desencadenar esta reacción, debido al trastorno de la capacidad del mecanismo de transporte osmótico para trasladar los nutrientes a la red capilar intestinal. (Carpenito, 2005:970).

Acciones de Enfermería

1. Identificar los factores que causan la diarrea, medicamentos, alimentos o algún proceso infeccioso.
2. Tomar una muestra de evacuación para su análisis e identificar si existe algún agente que ocasione la diarrea.
3. Instruir al cuidador primario a registrar color, volumen, frecuencia y consistencia de las evacuaciones.
4. Identificar los factores que puedan contribuir a la presencia de diarrea (alimentación por sonda).
5. Indicar al cuidador primario notifique la presencia de evacuaciones líquidas.
6. Observar la turgencia de la piel regularmente. (después de cada evacuación)
7. Llevar registros de la cantidad de evacuación presentada por la lactante.
8. Pesar todos los días a la niña.
9. Notificar cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.
10. Auscultar la presencia de ruidos intestinales.
11. Tomar sustancias reductoras en evacuación dos veces por turno.

Intervención 2. Independiente

La enfermera proporcionará la dieta indicada para la lactante. (CIE. 1100).

Fundamentación

El tipo de alimentación influye en la eliminación. Una alimentación diaria equilibrada ayuda a mantener un ritmo regular del peristaltismo del colon.

Alfare, es una forma semielemental de baja osmolaridad, cuya administración está particularmente indicada para la alimentación de niños con problemas de

asimilación en los trastornos de tipo gastrointestinal. A pesar de su baja osmolaridad asegura un aporte adecuado de sales minerales y vitaminas, calculado para compensar las pérdidas fecales. (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 1995:303).

Acciones de Enfermería

1. Comentar con el equipo multidisciplinario (dietista), el número de calorías y el contenido de los nutrientes necesarios para los requerimientos de alimentación.
2. Evitar los azúcares en la fórmula porque predisponen evacuaciones diarreicas.
3. Determinar la capacidad de la lactante para satisfacer las necesidades nutricionales.
4. Proporcionar la alimentación indicada en los horarios indicados.
5. Evitar se retrasen la infusión de las fórmulas.
6. No infundir más volumen del indicado cuando haya retraso en alguna toma.
7. Infundir la fórmula en el tiempo indicado.
8. Verificar que la toma administrada es la indicada para la lactante.
9. Comprobar que la infusión y el goteo de la fórmula corresponde con los horarios indicados.
10. Si la fórmula se infunde en menor tiempo de lo programado reportar y vigilar la presencia de evacuaciones.

Intervención 3. Independiente

La enfermera monitorizará el balance hídrico de la lactante. (CIE. 4130).

Fundamentación

Diversos factores, como las enfermedades, traumatismos, cirugías y fármacos, pueden afectar la capacidad del organismo para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico. Los pacientes con incapacidad para expresar sus necesidades corren el riesgo de sufrir una ingestión inadecuada de líquidos. Los vómitos, la diarrea o la aspiración nasogástrica pueden causar pérdidas de líquido considerables. (Kozier, 2005:1488).

Un paciente con desequilibrio hídrico y electrolítico es propenso a presentar complicaciones de shock, hipotensión, hipoxia y arritmias. Los cambios de volumen hídrico se producen como consecuencia de la disminución de la ingestión de líquidos o una pérdida anormal de estos. (Carpenito, 2005:44).

Acciones de Enfermería

1. Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de alimentación.
2. Identificar los factores de riesgo de desequilibrio de líquidos.
3. Vigilar el peso.
4. Registro de ingresos y egresos preciso.
5. Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y respiratoria.
6. Observar las mucosas y la turgencia de la piel.
7. Observar el color, cantidad y densidad urinaria de la orina.
8. Observar si las venas del cuello están distendidas.
9. Administración de líquidos. Solución Hartman para reposición de pérdidas por evacuación, al 50%.
10. Vigilar la permeabilidad del catéter.
11. Reponer las pérdidas cada que presente una evacuación.

Intervención 4. Independiente

La enfermera mantendrá la integridad de la piel perianal y aliviará las molestias. (CIE. 1750).

Fundamentación

Las heces son ácidas y contienen enzimas digestivas muy irritantes para la piel. Por lo tanto, la zona que rodea la región anal debe mantenerse limpia y seca, y protegerse con óxido de zinc u otra pomada. (Kozier, 2005:1346)

Acciones de Enfermería

1. Realizar limpieza de la zona perianal después de cada evacuación.
2. Mantener el perineo seco.
3. Realizar baños de asiento con yodo povidona, si es necesario.
4. Limpiar el perineo exhaustivamente.
5. Valorar el estado de la piel, color, textura, eritema, dolor o lesiones que sangren.

6. Observar si hay zonas de presión y fricción.
7. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
8. Tomar nota de los cambios registrados en la piel.
9. Instruir al cuidador primario sobre los signos de pérdida de integridad de la piel.

Intervención 5. Independiente

La enfermera colocará a la lactante en colchón metabólico para realizar una cuantificación estricta de las pérdidas por evacuación y urinarias.

Fundamentación

La valoración del estado nutricional de los lactantes puede requerir la recogida cuantitativa de orina y heces. En algunos casos puede ser deseable un estudio de balance metabólico para el análisis exacto de la ingesta y la excreción urinaria y fecal. Como los lactantes suelen tener su principal fuente de energía en la leche natural o artificial, es posible determinar de forma más exacta la ingesta de energía y nutrientes específicos en ellos que en niños mayores.

Acciones de Enfermería

1. Preparar el colchón metabólico.
2. Mantener las sábanas extendidas sin la presencia de dobleces que puedan ocasionar una lesión.
3. Colocar un recipiente (riñón) para recolectar la evacuación en el centro del colchón metabólico.
4. Colocar a la niña con las piernas separadas en la cama metabólica.
5. Colocar sujetadores externos para mantener movimientos limitados en la lactante y evitar se pierda la evacuación.
6. Instalar una bolsa recolectora de orina.
7. Extraer la evacuación y cuantificarla cada que se presente.
8. Se puede colocar un sujetador por debajo de la cintura de la lactante para evitar se hunda en el riñón.

Evaluación

Dentro del área hospitalaria se contó con todo el material necesario para el cuidado de la niña, el plan de cuidados elaborado para la lactante ha logrado que se disminuyan los cuadros de diarrea, se ha mantenido a la lactante fuera del colchón metabólico presentando un gasto urinario y fecal conservado y no presentó estados de deshidratación. Se ha cumplido con el objetivo y a pesar de que se mantiene dentro del mismo nivel de dependencia no ha habido complicaciones en la satisfacción de esta necesidad.

MOVIMIENTO Y POSTURA Y APRENDIZAJE

No puede rodar sobre su cuerpo y es incapaz de mantenerse erguida en posición sedente. Los reflejos tendinosos presentes y disminuidos: Bíceps +, braquirradial +, rotuliano +, de aquiles + y tríceps +. Pares craneales dentro de parámetros normales.

Fuentes de la dificultad

Físicas: de acuerdo a la Escala de Denver presenta retraso en el crecimiento y desarrollo, no ha alcanzado el desarrollo psicomotriz correspondiente a la edad cronológica y por escala de fuerza muscular se encuentra en 2/5 y 3/5 respectivamente.

Conocimiento: el cuidador primario desconoce como puede ayudar a la niña a desarrollarse de acuerdo a su edad.

Fecha de identificación 04 de diciembre de 2006	Nivel y grado de dependencia Dependencia temporal Nivel 5	Tipo de prioridad Intermedia
---	--	--

Diagnóstico de Enfermería

Retraso en el crecimiento y desarrollo motor relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario sobre estimulación temprana manifestado por encontrarse en la escala de Denver con un desarrollo de una niña de un mes de edad en motricidad fina y de uno a dos meses en motricidad gruesa.

Objetivo

La niña alcanzará un desarrollo motriz acorde a su edad cronológica por medio de la adquisición de conocimientos (del cuidador primario, mamá) de terapias de estimulación en un tiempo aproximado de 6 meses.

Intervención 1. Independiente

La enfermera brindara apoyo al cuidador principal para hacerlo partícipe en el cuidado de la niña. (CIE 7040)

Fundamentación

Ofrecer apoyo emocional y fomentar el hecho de compartir sentimientos puede ayudar a que la persona aclare y exprese sus miedos, lo que permite que el profesional de Enfermería obtenga una información real y mayor confianza en su trabajo. (Carpenito y Mollet, 2005:68)

Acciones de Enfermería

1. Evaluar el nivel de conocimientos del cuidador sobre la terapia de estimulación.
2. La enfermera junto con el cuidador estudiaran los puntos fuertes y débiles para el desarrollo de la terapia de estimulación de la lactante.
3. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos y logros del cuidador con respecto al cuidado de la niña.
4. Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador, valorando las necesidades de este con respecto al cuidado de su hija.
5. Proporcionar información sobre el estado de la niña, así como de los avances que se tengan en cuanto a la terapia de rehabilitación y las actividades que la niña debe realizar con respecto a su edad cronológica.
6. Observar si hay indicios de estrés en el cuidador primario y posponer las terapias cuando este se encuentre cansado.
7. Animar al cuidador durante los momentos difíciles de la lactante.
8. Ayudar al cuidador a establecer límites y a cuidar de si mismo.

Intervención 2. Independiente

La enfermera enseñara al cuidador primario a realizar actividades que favorezcan el desarrollo y movimiento de la lactante. (CIE 5605)

Fundamentación

La estimulación temprana y los cuidados que los padres y las madres aprenden, para que el desarrollo temprano sea exitoso, son de primordial importancia en la educación de la niñez. Todo lo que se encuentra alrededor del niño estimula sus sentidos, los cuales sirven para construir sistemas funcionales que influyen en su aprendizaje. La estimulación temprana, en estos momentos, implica recibir constantemente y en secuencia ejercicios que brinden seguridad y equilibrio emocional. (Collado. 2004:6, 9, 11).

Acciones de Enfermería

1. Ayudar a los padres a identificar las respuestas de estimulación por parte del niño.
2. Proteger a la lactante de la sobre estimulación.
3. Planear junto la rutina para la estimulación de la lactante.
4. Enseñar a los padres actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.
5. Enseñe a los padres a técnicas para dar masaje y realizar ejercicios a la lactante.
6. El masaje diario debe ser efectuado por 30 minutos después de alimentar al bebé. Cada caricia se debe realizar en 10 segundos.
7. Previo al masaje del bebé:
 - Retírese todas las joyas, incluyendo el reloj para no dañar al bebé.
 - Quítele toda la ropa a la niña, excepto el pañal.
 - Ponga al bebé en el centro de la cama o encima de una toalla en el piso (nunca lo deje desatendido en la cama)
 - Si es posible, deje todo y concéntrese en el bebé.

Comience con el bebé boca abajo 5 minutos

- Cabeza. Realice seis caricias usando la mano abierta (palma y dedos, no las yemas de los dedos). Con la palma de la mano, acaricie la frente y la cabeza hasta el cuello, y del cuello de regreso hasta la frente.

Voltee al bebé boca arriba, 5 minutos

8. Realizar ejercicios de hombros.

- Espalda. Realice seis caricias usando los dedos (no las yemas de los dedos) de las dos manos simultáneamente. Acaricie desde el cuello hasta la cintura, para regresar hacia el cuello nuevamente. Asegúrese de que los dedos están a los lados de la columna vertebral y no sobre ella.
- Hombros. Realice seis caricias usando las dos manos (los dedos, no las yemas de los dedos). Cruce los dedos en el cuello y bájelos por los hombros hacia los codos, para luego regresar al cuello.
- Flexión. Con los brazos a los lados del cuerpo, elevarlos hacia delante y arriba, acercándolos a la cabeza.
- Extensión. Estando en posición vertical junto la cabeza, mover los brazos hacia delante y abajo hasta dejarlos en posición de reposo a los lados del cuerpo.
- Hiperextensión. Mover los brazos desde la posición lateral (de reposo) a la parte de atrás del cuerpo.
- Abducción. Mover los brazos desde la posición de reposo hacia los lados y por encima de la cabeza, con las palmas de las manos vueltas hacia fuera.
- Aducción (anterior). Mover los brazos desde su posición lateral y llevarlos hacia delante lo más lejos posible, los codos pueden estar estirados o flexionados.
- Circunducción. Mover los brazos hacia delante, arriba, atrás y abajo dibujando un círculo completo.
- Rotación externa. Con el brazo elevado a nivel del hombro, el codo flexionado en ángulo recto, y los dedos apuntados hacia abajo, elevar el brazo de modo que los dedos apunten hacia arriba.
- Rotación interna. Con los brazos a la altura de los hombros, los codos doblados en ángulo recto y los dedos hacia arriba, llevar el brazo hacia delante y debajo de modo que los dedos queden mirando hacia abajo.
- Brazos. Realice seis caricias usando los dedos (no las yemas de los dedos) de las dos manos. Acaricie desde los hombros hasta la muñeca, para regresar a los hombros nuevamente.

- Brazos. Realice seis movimientos por cada brazo. Muévelos uno por uno. Sostenga el brazo desde la muñeca, cuando esté extendido, y doble el codo para extenderlo otra vez.
9. Realizar ejercicios para la articulación del codo.
- Flexión. Llevar los antebrazos hacia delante y hacia arriba hasta tocar los hombros con las manos.
 - Extensión. Llevar los brazos hacia delante y hacia abajo manteniendo derechos los brazos.
 - Rotación para la supinación. Girar las manos y los antebrazos de modo que las palmas de las manos miren hacia arriba.
 - Rotación para la pronación. Girar las manos y los antebrazos de modo que las palmas de las manos queden mirando hacia abajo.
10. Realizar ejercicios para la muñeca.
- Flexión. Mover los dedos de cada mano en dirección a la cara interna del antebrazo.
 - Extensión. Enderezar las manos para que queden en el mismo plano de los brazos.
 - Hiperextensión. Doblar los dedos de las manos hacia atrás lo más posible.
 - Flexión radial (abducción). Doblar las muñecas hacia el lado del pulgar con la mano en supinación
 - Flexión cubital (aducción). Con la mano en supinación. Doblar las muñecas hacia el lado del meñique.
11. Realizar ejercicios para manos y dedos.
- Flexión. Cerrar el puño de ambas manos.
 - Extensión. Enderezar los dedos de ambas manos.
 - Hiperextensión. Doblar los dedos hacia atrás lo más posible.
 - Abducción. Separar los dedos de ambas manos.
 - Aducción. Juntar los dedos de ambas manos.
12. Ejercicios para el dedo pulgar. (Articulación en silla de montar).
- Flexión. Desplazar el pulgar por la palma de la mano acercándolo al dedo meñique.

- Extensión. Mover el pulgar separándolo de la mano.
- Abducción. Extender lateralmente los pulgares.
- Aducción. Extender los pulgares hacia atrás.
- Oposición. Tocar con los pulgares la punta de los demás dedos de la misma mano. Con el pulgar se realizan movimientos de abducción, rotación y flexión.

13. Voltee al bebé boca abajo, 5 minutos

- Repetir los pasos 1 al 5.

14. Realizar ejercicios de cuello:

- Flexión. Desde la postura erguida y en la línea media, mover la cabeza hacia delante hasta tocar el tórax con la mandíbula.
- Extensión. Mover la cabeza desde la postura en flexión hasta la posición erguida.
- Hiperextensión. Mover la cabeza hacia atrás lo más posible.
- Flexión lateral. Mover la cabeza lateralmente hacia los hombros derecho e izquierdo.
- Rotación. Volver la cara hacia la derecha y la izquierda lo más posible.

15. Ejercicios de cadera.

- Piernas. Realice seis caricias usando los dedos (no las yemas de los dedos) de las dos manos. Masajee las dos piernas a la vez. Acaricie los muslos desde la parte más alta hasta los tobillos, para regresar a los muslos otra vez.
- Flexión. Mover cada pierna hacia delante y hacia arriba. La rodilla puede estar flexionada o extendida.
- Extensión. Dejar cada una de las piernas flexionadas junto a la otra.
- Hiperextensión. Con las piernas en extensión, mover cada una de ellas hacia la parte de atrás del cuerpo.
- Abducción. Separar cada pierna hacia un lado.
- Aducción. Mover cada pierna extendida hacia la otra y cruzarla por delante.
- Circunducción. Mover cada pierna hacia atrás, arriba, hacia un lado y hacia abajo en círculo.

- Rotación interna. Girar el pie y la pierna hacia adentro de modo que los dedos apunten lo más lejos posible hacia la otra pierna.
- Rotación externa. Girar el pie y la pierna hacia fuera de modo que los dedos apunten lo más lejos posible de la otra pierna.
- Piernas. Realice seis movimientos por cada pierna. Muévelas una por una. Sostenga la pierna desde el tobillo cuando esté extendida, doble la rodilla para luego volver a extenderla.
- Piernas. Realice seis movimientos simultáneos en las piernas. Mueva las dos piernas juntas. Sosténgalas desde los tobillos cuando estén extendidas, doblando las rodillas para luego volver a extenderlas

16. Ejercicios para la rodilla.

- Flexión. Doblar cada pierna, llevando el tobillo hacia la parte posterior del muslo.
- Extensión. Enderezar las piernas, colocando el pie en su posición habitual junto al otro pie.

17. Ejercicios para el tobillo.

- Extensión (flexión plantar). Dirigir la punta de los dedos hacia abajo.
- Flexión (dorsiflexión). Dirigir la punta de los dedos hacia arriba.

18. Ejercicios para pies.

- Eversión. Volver la planta del pie hacia fuera.
- Inversión. Volver la planta del pie hacia adentro.

19. Ejercicios para los dedos de los pies.

- Flexión. Doblar las articulaciones de los dedos hacia abajo.
- Extensión. Enderezar los dedos de los pies.

20. Ejercicios para el tronco.

- Flexión. Con la lactante en posición supina doblar el tronco hacia los dedos de los pies.
- Extensión. Enderezar el tronco previamente flexionado.
- Flexión lateral. Doblar el tronco hacia la derecha y hacia la izquierda.
- Rotación. Girar la parte superior del cuerpo de un lado a otro.

Intervención. 3. Independiente.

La enfermera realizará estimulación temprana a la lactante para desarrollar su motricidad.

Fundamentación

Con el progreso en la maduración biológica ocurre un desarrollo simultáneo de conductas que permiten al lactante reaccionar a su medio ambiente y hacerle frente en forma cada vez más amplia. Se puede clasificar a estas conductas de adaptación en diversas categorías: 1) motoras burdas y 2) motoras finas. La adquisición de habilidades en cada área ocurre de manera ordenada, conforme a las leyes usuales del desarrollo cefalocaudal y proximodistal. El conocimiento de la secuencia de desarrollo permite evaluar el crecimiento normal así como desviaciones o anormalidades secundarias. (Whaley y Wong, 1988:218).

Acciones de Enfermería

1. Ejercicios para lograr control de cabeza y cuello. Fase I. (0 -3 meses)
 - Sujetar los hombros y el pecho y realizar movimientos de flexión, para favorecer una reacción de enderezamiento y respuesta a la tracción.
 - Sobre una pelota colocar a la lactante en decúbito dorsal y realizar movimientos hacia delante y atrás para favorecer la estimulación visual y el equilibrio del cuello.
 - Realizar movimientos alternos de hombro (flexión y abducción) con la finalidad de que el niño pueda llevar los objetos a la línea media, iniciar la toma del objeto y mejorar la actividad motora espontánea.
 - Realizar masaje al pulgar separándolo suavemente del resto de los dedos para liberarlo y lograr las funciones básicas de la mano en la toma de objetos.
 - Girarla en bloque sobre la cama para favorecer la disociación de la cintura.
 - Colocar a la lactante en decúbito dorsal apoyada en los antebrazos, sirve para favorecer el equilibrio del cuello, liberar la cara y para que empiece a apoyarse en antebrazos y se entrene para el arrastre.
2. Ejercicios para lograr control el control de tronco. Fase II. (4 -6 meses)
 - Realizar movimientos antigravitatorios:

- Colocar a la lactante en posiciones intermedias de acostado - sentado para favorecer la incorporación y la fuerza abdominal.
 - Realizar ejercicio de disociación de cintura para, realizar cambios de posición y ponerle objetos al alcance para favorecer el patrón de arrastre y gateo.
 - Realizar ejercicios de medios giros hacia ambos lados con el niño colocado en decúbito ventral.
 - Realizar giros completos sobre la cama para favorecer que se desplace por rodamiento.
 - Ejercicios de balanceo, sobre una pelota colocar al niño en posición semifowler a 90° y realizar movimientos giratorios suaves para favorecer el equilibrio y las reacciones de defensa (anterior, posterior y lateral).
3. Ejercicios para el arrastre. Fase III. (7 - 10 meses)
- Realizar giros completos sobre la cama para favorecer que se desplace por rodamiento.
 - Realizar ejercicios de arrastre de miembros superiores, colocar a la lactante en decúbito dorsal con los brazos extendidos hacia delante y al frente poner un objeto que llame su atención, con el fin de favorecer la coordinación, el alcance de objetos y preparar para el gateo.
 - Colocar a la lactante en posiciones intermedias de acostado - sentado para favorecer la incorporación y la fuerza abdominal.
 - Colocar a la lactante en posiciones intermedias de sentado al apoyo en cuatro puntos para favorecer el gateo, el desplazamiento y los cambios de posición.
4. Ejercicios para el arrastre. Fase IV. Gateo (10 - 12 meses)
- Realizar ejercicios antigravitatorios:
 - Estimulación propioceptiva en cuatro puntos, colocarlo en posición de gateo para favorecer el equilibrio, la coordinación y las cargas de peso.
 - Realizar ejercicios de equilibrio y estimulación propioceptiva en dos pies.
 - Ejercicios de balanceo, realizando cambios de posición de sentado a acostado, en decúbito ventral o dorsal.

- Realizar ejercicios en posiciones intermedias boca abajo y cuatro puntos para favorecer movimientos de defensa y posición de pie.
 - Realizar ejercicios de defensa hincado; sirve para alcanzar objetos y para la coordinación.
5. Ejercicios para el arrastre. Fase V. Bipedestación (12 - 15 meses)
- Realizar ejercicios antigraavitatorios:
 - Colocar a la niña en posiciones intermedias hincada – parada para el fortalecimiento de los miembros superiores e inferiores, la bipedestación y el equilibrio.
 - Realizar ejercicios de cargas de peso parado, colocar a la niña de pie apoyada en algún mueble fijo para favorecer el equilibrio, la propiocepción y preparar para la marcha.
 - Ejercicios de balanceo en cunclillas, sirve para el fortalecimiento realizando cambios de posición intermedias de parado a hincado.
 - Equilibrio en un pie, colocar a la niña sobre un pie (con ayuda) y el otro flexionarlo hacia atrás para favorecer el desplazamiento.
 - Iniciar la marcha para favorecer los movimientos de defensa. (AGUILAR, Edda. Programa de estimulación temprana ARN y RNPT. Escuela Superior de Terapia física y rehabilitación. Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2003. Apuntes inéditos).

Evaluación

Aprendizaje: el área física en donde se encontraba la niña permitió al cuidador primario (mamá) aprender las diferentes técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo de la niña. Al principio la mamá se mostraba nerviosa al realizar los ejercicios a su hija, pero una vez desarrollada la habilidad y con el conocimiento previo se mostró muy comprometida y ella misma realizaba los ejercicios de estimulación a la niña sin requerir de supervisión continua.

Movimiento y postura: para el desarrollo de este plan dentro del área hospitalaria se contó con todos los recursos materiales que fueron proporcionados por la institución, se realizaron todas las actividades planeadas para la lactante; sin embargo algunos días los ejercicios de estimulación no pudieron realizarse por

alteraciones en la necesidad de nutrición en donde no presentaba una ganancia de peso constante que le permitiera realizar alguna actividad física. Sin embargo, y de acuerdo a la escala de Denver la niña presenta un desarrollo de 8 meses, es capaz de sentarse con ayuda y tomar objetos cercanos, pasarse los objetos de una mano a otra y comienza a hacer presión con el pulgar y los dedos. El motor grueso presenta una edad de entre 7 y 8 meses puede apoyar cierto peso en las piernas, logro el sostén cefálico, estando acostada se impulsa para sentarse, se roda en la cama, sin embargo, aun necesita apoyo para sentarse. En el primer contacto con la lactante presentaba un desarrollo motor fino de un mes y motor grueso de uno a dos meses de edad. Los reflejos osteotendinosos son de ++. Por lo que el plan ha sido apropiado para favorecer la independencia de la niña en esta necesidad, por lo que se seguirá realizando como fue planeado.

EVITAR PELIGROS

Se encuentra pálida, irritable al contacto, con llanto al contacto físico, piel caliente al contacto, con una temperatura de 38.5°C, se descubre catéter y se observa eritema en la periferia y secreción purulenta en el punto de inserción del catéter.

Laboratorios

26-Marzo-07	26-Marzo-07
Hemocultivo central positivo: Staphylococcus Epidermidis Klebsiella pneumoniae	Hemoglobina 10gr. Hematocrito 30.1% Reticulocitos 7.0% Leucocitos 16,000 Basófilos 1% Eosinófilos 1% Neutrófilos: Bandas 7%, Segmentadas 29% Linfocitos 59% Monocitos 3% Plaquetas 340,000

Fuentes de dificultad

Físicas: el estado nutricional de la niña condiciona cambios en las defensas inmunológicas que la hacen susceptible de sufrir procesos infecciosos.

Fecha de identificación 26-Marzo-07	Nivel y grado de dependencia Total, nivel 6	Tipo de prioridad Alta
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Proceso infeccioso relacionado con cambios en las defensas primarias y secundarias manifestado por temperatura de 38.5°C, secreción purulenta en el punto de inserción del catéter, eritema en la periferia del mismo, hemocultivo central positivo Staphylococcus epidermidis y Klebsiella pneumoniae, leucocitos de 16,000, basófilos 1%, Eosinófilos 1%, neutrófilos en banda 7% y segmentados 29%, monocitos 3% y linfocitos de 59%.

Objetivo

La enfermera en colaboración con el equipo multidisciplinario realizará medidas de protección y tratamiento para eliminar el proceso infeccioso en la niña.

Intervención 1. Independiente

La enfermera realizará medidas de protección para disminuir la transmisión de agentes infecciosos. (CIE. 6540)

Fundamentación

Las infecciones humanas obedecen a cuatro grandes categorías microbianas: bacterias, virus, hongos y parásitos. Las bacterias son los gérmenes que más infecciones ocasionan. Hay varios centenares de gérmenes patógenos para el ser humano que pueden vivir y ser transportadas con el aire, el agua, los alimentos, el suelo, los tejidos y los líquidos corporales, los objetos inanimados. (Kozier, 2005:686)

Acciones de Enfermería

1. Enseñar al personal de cuidados la técnica del lavado de manos apropiado.
2. Instruir a los familiares sobre la técnica correcta del lavado de manos.
3. Indicar a las visitas se laven las manos al entrar y salir de la habitación de la niña.
4. Utilizar jabón antimicrobiano (clorhexidina) para el lavado de manos.
5. Lavarse las manos antes y después de cada actividad con la niña.
6. Garantizar la manipulación aséptica de las líneas intravenosas.

- Cambie el apósito de la vía central empleando técnica estéril.
 - Prepare la zona con povidona yodada y permita que se seque al aire.
 - Aplique una gota de povidona yodada al punto de introducción del catéter.
 - Cubra la zona con un apósito estéril y fíjela con un parche transparente.
 - Proteja las entradas del catéter con una gasa estéril.
7. Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y equipos de infusión intravenosa.
- Cambiar el equipo de Nutrición Parenteral Total en un cuarto cerrado.
 - Evitar la entrada y salida del personal durante el procedimiento.
 - Preparar el equipo de NPT en campana de flujo laminar.
 - Las soluciones con las que se realiza la asepsia deben cambiarse cada 24 horas y mantenerse en frascos estériles.
 - Utilizar gorro, cubreboca y bata estéril durante el cambio de equipos.
 - Realizar aseo en los lúmenes donde se instalará la NPT y lípidos: primer limpiar con alcohol al 70% en tres tiempos, posteriormente con povidona yodada y permitir que seque a temperatura ambiente. Limpiar el excedente con agua estéril y conectar el equipo de la NPT.
 - Cubrir con gasa estéril.

Intervención 2. Independiente

La enfermera. Identificará los datos de infección en la paciente de riesgo (CIE. 6550)

Fundamentación.

La respuesta inflamatoria. La inflamación es la respuesta defensiva local e inespecífica de los tejidos ante un agente lesivo e infeccioso. Se trata de un mecanismo de adaptación que destruye o diluye al agente nocivo, e impide que la lesión se propague, y fomenta la reparación del tejido dañado. Se caracteriza por cinco signos: a) dolor, b) tumefacción, c) eritema, d) calor y; e) impotencia funcional si la lesión es grave. (Kozier, 2005:690)

Acciones de Enfermería

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada durante el tiempo que se administre la antibioticoterapia. (tumefacción, dolor, calor, eritema).
2. Observar el grado de vulnerabilidad de la niña a infecciones.
3. Vigilar el recuento de granulocitos, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
4. Preguntar a todas las visitas si padecen enfermedades transmisibles como tos, resfriados o infecciones de la garganta.
5. Mantener las normas de asepsia para la paciente.
6. Proporcionar cuidados a la piel periférica al sitio de inserción del catéter: mantenerla limpia y seca.
7. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel, y en las membranas mucosas.
8. Inspeccionar el estado de cualquier incisión.
9. Obtener muestras para realizar un hemocultivo.
10. Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
11. Facilitar el descanso.
12. Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.
13. Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos.

Intervención 3. Independiente

La enfermera facilitará la utilización de forma segura y efectiva de los medicamentos prescritos para el control de infecciones. (CIE. 2380)

Fundamentación

Un medicamento es una sustancia que se administra para diagnosticar, curar, tratar o aliviar un síntoma, o para prevenir una enfermedad. La acción de un fármaco en el organismo puede describirse en relación con su semivida, es decir, con el intervalo temporal necesario para que los procesos de eliminación del organismo reduzcan la concentración del fármaco a la mitad. El objetivo de la mayoría de los tratamientos farmacológicos consiste en mantener una

concentración constante del fármaco en el organismo, por lo que para conseguirlo es necesario administrar dosis repetidas en los horarios indicados. (Kozier, 2005:862)

Acciones de Enfermería

1. Determinar los fármacos necesarios y administra de acuerdo a la prescripción médica.
2. Considerar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.
3. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
4. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
5. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
6. Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
7. Vigilar los niveles de suero en sangre.
8. Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
9. Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
10. Controlar el cumplimiento del régimen de la medicación. (Aplicar los cinco correctos).
11. Desarrollar estrategias para prevenir efectos secundarios de los fármacos (infusiones lentas, previa medicación).
12. Administrar el fármaco indicado (Vancomicina 45 mg IV.) cada 6 horas e infundirlo en 1 hora, diluidos en 50 ml. de solución glucosa al 5%.

Vancomicina: inhibidor de la síntesis de la pared celular, produce lisis celular, altera la permeabilidad de la membrana celular e inhibe la síntesis de RNA. Esta indicada en infecciones por Estafilococos resistentes a la penicilina y metilino resistentes. *S. aerus*, *S. epidermidis*, enterococos, estreptococos del grupo A y B, *Listeria*, *Clostridium* y *Corinebacterium*. Resistente a *S. neumoniae*. Efectos colaterales: síndrome del cuello rojo, neutropenia, eosinofilia, exantema, ototoxicidad y nefrotoxicidad.

Evaluación

Con el plan de cuidados de Enfermería elaborado para la lactante se logro eliminar el proceso infeccioso y se tuvo que retirar el catéter central; el hospital proporcionó

todo el equipo y material necesario para llevar a cabo el plan de cuidados, el resultado fue un hemocultivo negativo dos días posterior al término del tratamiento con antibiótico. En el área de inserción del catéter se eliminó la presencia de secreciones y disminuyó el eritema en la periferia del mismo.

Los resultados de laboratorio reportan:

11-Abril-07	11-Abril-07
Hemocultivo central positivo: Negativo	Hemoglobina 10.3 gr. Hematocrito 32% Leucocitos 8.600 Neutrófilos: Bandas 2%, Segmentadas 49% Linfocitos 33% Monocitos 11% Plaquetas 399,000

TERMORREGULACIÓN

Fuentes de dificultad

Físicas: la lactante presenta una desnutrición grado III, lo que la hace más susceptible a presentar infecciones que se complican por su estado nutricional.

Fecha de identificación 25-Marzo-07	Nivel y grado de dependencia Total, nivel 6	Tipo de prioridad Alta
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Hipertermia relacionada con múltiples factores (cambios en las defensas primarias y secundarias, infección de catéter central) manifestado por piel enrojecida, temperatura axilar de 38.5°C y calor al tacto.

Objetivo

La niña se mantendrá normotérmica a través de medidas de control de temperatura durante 3 horas.

Intervención 1. Independiente

La enfermera dará tratamiento para disminuir la fiebre. (CIE 3740)

Fundamentación

La elevación anormal de la temperatura del cuerpo por encima de 37°C, debida a una enfermedad, se denomina fiebre; y esta causada por un desequilibrio entre la eliminación y la producción de calor. La fiebre aumenta la actividad metabólica en

un 21% por cada grado centígrado, lo que exige una mayor ingesta de alimentos. En los niños pueden aparecer convulsiones cuando la temperatura se eleva con rapidez y puede provocar delirio. (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2003:552-553)

Acciones de Enfermería

1. Tomar la temperatura cada 30 minutos.
2. Observar el color de la piel y la temperatura
3. Vigilar el estado de consciencia.
4. Comprobar los valores de recuento de leucocitos.
5. Monitorizar, por si hubiera anomalías en los electrolitos.
6. Monitorizar la frecuencia de arritmias cardiacas.
7. Administrar medicamentos para tratar la fiebre. (Paracetamol). El paracetamol es un efectivo analgésico y antipirético que actúa a nivel del sistema nervioso central, cuando la temperatura se eleva; a nivel de termorreguladores en el hipotálamo incrementando la pérdida de calor por vasodilatación cutánea, aumentando la diaforesis. El paracetamol se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal en 15 a 30 minutos, fijándose el 25% a proteínas plasmáticas y su vida media circulante y acción es de 2 a 3 horas, aparece en todos los líquidos corporales y se metaboliza en el hígado a nivel de enzimas microsomales, es excretado como glucuronoide en la orina. Contraindicado en trastornos de la coagulación y úlcera péptica, hepatopatías y neuropatías graves, en hipersensibilidad conocida al paracetamol. Puede causar dolor epigástrico, ictericia, leucopenia, daño renal, rash cutáneo, náusea y vómito. (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 1995:1636)
8. Dar un baño con agua tibia.
9. Vigilar la ingesta de líquidos.
10. Aplicar compresas húmedas en ingles y axilas.
11. Aumentar la circulación de aire mediante un ventilador.
12. Controlar la temperatura de manera continua para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.

Intervención 2. Independiente

La enfermera aplicará frío en la piel para disminuir la hipertermia. (CIE. 1380)

Fundamentación

La aplicación de compresas humedecidas en agua fría a la piel es útil para reducir la temperatura central. La sangre enfriada en la superficie de la piel continúa su viaje hacia los órganos y tejidos internos, mientras que la sangre caliente que proviene de éstos llega a la superficie cutánea, donde se enfría antes de continuar su recorrido. Los vasos sanguíneos superficiales se dilatan cuando el cuerpo intenta disipar el calor en el medio ambiente, lo que facilita esta técnica de enfriamiento. (Whaley y Wong, 1988:528)

Acciones de Enfermería

1. Explicar la utilización del frío como parte del tratamiento.
2. Verificar que no existan contraindicaciones para aplicar el frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, o disminución de la circulación.
3. Seleccionar un método para la aplicación del frío que resulte conveniente y de fácil acceso, como son las bolsas de plástico herméticas, compresas húmedas o inmersión en la bañera.
4. Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento.
5. Seleccionar el sitio de estimulación: ingles y axilas.
6. Determinar la duración de la aplicación en función de la respuesta de la persona.
7. Vigilar la presencia de escalofríos.
8. Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación del frío.

Intervención de Enfermería 3. Independiente

La enfermera dará consecución y mantenimiento de la temperatura corporal de la lactante dentro de parámetros normales. (CIE.3900)

Fundamentación

La temperatura corporal refleja el equilibrio que existe entre la producción y la pérdida de calor corporal, y se mide en unidades llamadas grados. Hay dos clases de temperatura corporal, la central y la superficial. La central es la que existe en

los tejidos profundos, como la cavidad abdominal y la pelvis, y es bastante constante. La superficial, es la que existe en la piel, el tejido subcutáneo y la grasa y, a diferencia de la central, aumenta y disminuye de acuerdo con los cambios térmicos ambientales. (Kozier, 2005:540)

Acciones de Enfermería

1. Comprobar la temperatura corporal al menos cada hora.
2. Vigilar la temperatura de la niña hasta que se estabilice.
3. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.
4. Observar y registrar los signos y síntomas de la hipertermia.
5. Favorecer un aporte de líquidos intravenoso adecuado para las necesidades de la niña.
6. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la niña.
7. Reconocer los síntomas de inestabilidad térmica: apnea, bradicardia, taquipnea, acrocianosis, mayor necesidad de oxígeno, convulsiones, acidosis, hipoglucemia, cianosis.
8. Mantener a la lactante protegida de los cambios de temperatura.
9. La enfermera monitorizará la temperatura corporal y explicará al familiar los signos que se presentan cuando existe aumento de la temperatura corporal.

Intervención 4. Independiente

La enfermera manipulará el ambiente para mantener eutérmica a la lactante. (CIE. 6480)

Fundamentación

El ambiente tiene un efecto intenso en la temperatura corporal del cuerpo. Esta no solo aumenta o disminuye con los cambios permanentes, como los que se observan cuando el individuo está en clima caliente o frío, sino también con los temporales, como los aumentos breves de calor. Si la humedad falta, disminuye la cantidad de calor que se pierde por evaporación en la superficie corporal y la temperatura corporal comienza a aumentar con rapidez. Por el contrario un ambiente frío disminuye la temperatura corporal. El clima húmedo enfría más que el seco, y cuando hay gran movimiento de aire se eliminan del cuerpo mayores

cantidades de calor, en consecuencia se registra una temperatura más baja de la que se registra en el termómetro exterior. (Dugas, 2000:356-357).

Acciones de Enfermería

1. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, se pueden utilizar los calefactores o ventilar la habitación según corresponda.
2. Controlar o evitar las corrientes de aire.
3. Cuando se requiera trasladar a la niña a servicio de Rayos X, ultrasonidos, etc. la enfermera brindará la protección adecuada a la lactante para evitar la exposición a un ambiente frío.
4. La enfermera vigilará que la lactante no se encuentre demasiado cerca de fuentes de calor que puedan alterar su temperatura corporal.
5. La enfermera identificará probables causas de pérdida de temperatura corporal como son un colchón húmedo o ropa mojada.
6. La enfermera proporcionará ropa adecuada a la lactante acorde a los cambios de temperatura para cubrir sus necesidades y mantenerla normotérmica.

Evaluación

Dentro del área hospitalaria se contó con el equipo, material y medicamento necesario para realizar el plan de cuidados, se realizaron todas las intervenciones gracias al apoyo del personal de Enfermería y se logro el objetivo planteado.

COMUNICACIÓN

Fuentes de dificultad

Físicas: La niña no presenta desarrollo neurológico con respecto a la edad.

Conocimiento: El cuidador primario desconoce como debe estimular a la niña para favorecer su desarrollo.

Fecha de identificación 05 de diciembre de 2006	Nivel y grado de dependencia Dependencia temporal Nivel 3	Tipo de prioridad Intermedia.
---	--	---

Diagnóstico de Enfermería

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con falta de estimulación manifestado por encontrarse en la Escala de Denver con desarrollo de una niña de 2 meses de edad.

Objetivo

La niña se comunicará verbalmente de acuerdo a su edad cronológica a través de técnicas de estimulación temprana en un lapso de tres meses.

Intervención 1. Independiente

Fomento de la comunicación: Déficit del habla. (CIE. 4976)

Fundamentación

La función del habla es un sistema fisiológico, diferenciado. Participan, armónicamente combinados, estímulos aferentes de tipo propioceptivo de los músculos respiratorios de la fonación, auditivos, táctiles, vibratorios y otros. También intervienen estímulos eferentes de diversos sistemas musculares, correspondientes a los grupos neuromusculares, de la laringe, la lengua, el maxilar inferior y la respiración. (Escobar Picaso y Espinosa Huerta, 2002).

Los ruidos orales omitidos durante el primer año de la vida son conocidos bajo distintos nombres: murmullo, balbuceo, laleo, etc. Durante las primeras semanas solo existen los gritos, y algunos parecen corresponder a malestar y otros a bienestar. (Escobar Picaso y Espinosa Huerta, 2002)

La estimulación vocal se personaliza, cuando a partir de uno o dos meses la madre (o todo cuidador primario) busca responder al balbuceo del niño o intenta hacerlo reaparecer. A los seis meses es posible una especie de diálogo vocal. El niño repite el ruido cuando el adulto se calla para hacerlo reemprender la emisión y poderlo oír de nuevo. (Escobar Picaso y Espinosa Huerta, 2002)

Acciones de Enfermería

1. Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.
2. Utilizar palabras simples y frases cortas.
3. Abstenerse de bajar la voz la final de una frase
4. Estar de pie delante del paciente al hablar
5. Utilizar gestos con las manos

6. Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos.

Intervención 2. Independiente

Hablarle a la lactante de forma clara y despacio.

Fundamentación.

El niño comprende mejor cuando se le habla con lentitud, a razón de 55 palabras por minuto o menos. Es muy importante hablarle, ya que asimila el lenguaje conforme lo escucha. Mientras más conversaciones escuche, mayor probabilidad tendrá de alcanzar su potencial de destreza mental. (Reeder, 1995.)

Intervención 3. Independiente

La conversación con la lactante debe realizarse con orientación cara a cara.

Fundamentación

Es importante que la madre platique con la niña orientándola hacia su cara. En esta posición le transmite signos no verbales y expresiones faciales que le causan emociones. Además, en esta posición, los niños desde los cuatro meses de edad son capaces de reconocer que una secuencia de movimientos de mandíbula, lengua y labios corresponde a los sonidos que escuchan, lo cual facilita su imitación. (Reeder, 1995:584).

Intervención 4. Independiente

Al hablar con la niña se debe hacer uso de preguntas

Fundamentación

Es más conveniente que los padres formulen preguntas al niño en vez de darle órdenes o decirle algo afirmativo. Por ejemplo preguntarle ¿Tienes hambre? En vez de decirle “Te voy a dar de comer”. El uso de las preguntas se relaciona en forma positiva con la adquisición temprana del lenguaje y confiere cierto sentido de importancia porque el tono elevado que indica pregunta hace que el niño comprenda que esta requiere una respuesta. (Reeder, 1995:558).

Intervención 5. Independiente

Se debe entablar un diálogo cuando se le habla a la niña.

Fundamentación

En los diálogos, se escucha algún lenguaje en determinados momentos. Si el padre o la madre completan todo el diálogo, el niño no tendrá la oportunidad de

aportar algo. Por el contrario, cuando el diálogo materno se limita los niños tienen estímulos para vocalizar. Se puede lograr una mezcla de vocalización de la madre y el niño cuando la primera vocaliza cerca del 25% del tiempo. (Reeder, 1995:558).

Intervención 6. Independiente

Fomentar la participación de los padres en la estimulación del lenguaje de la lactante.

Fundamentación

Los padres disfrutarán al jugar con el niño, aceptarán los consejos de los profesionales, pero sin depender exclusivamente de ellos, aportando ideas conforme se van realizando los aprendizajes. Adquirirán más seguridad y confianza en sus propias posibilidades como padres, conociendo sus propias limitaciones, planteándose unos objetivos sensatos a lograr con el niño. (Disponible: http://www.babysitio.com/bebe/estimulacion_temprana.php)

Intervención 7. Independiente

Favorecer la comprensión simbólica. La lactante debe reconocer el significado de los objetos, las personas y acciones.

Fundamentación

Es recomendable que al niño se le nombre e identifique los diferentes objetos y personas de su entorno. Si bien todavía no va a poder repetirlos, las irá almacenando en su cerebro, que cada día se desarrolla más y más. Algunas investigaciones asocian mayor inteligencia a mayor cantidad de palabras y sonidos escuchados durante el primer año. Al finalizar el tercer mes por lo general ya emite cadenas de sonidos de letras "R", "EJE", "AJA", "AJO".

(Disponible: bbmundo.com/bbeducacion)

Intervención 8. Independiente

Repetir a la lactante los balbuceos emitidos por ella misma.

Fundamentación

Esta actividad puede resultar útil, imitar las acciones realizadas por el niño y luego esperar su reacción. Estas imitaciones pueden ser enriquecidas con elementos

nuevos, en especial si son de tipo vocal, dándoles entonación, y ritmo distintos al original. (Disponible: bbmundo.com/bbeducacion)

Intervención 9. Independiente

Hablar a la niña con el lenguaje cotidiano y no usar diminutivos.

Fundamentación

En todo momento se les debe hablar con un lenguaje claro y adulto (sin diminutivos ni eufemismos), de acuerdo a lo que ocurre en el momento. Esto es importante dado que es la única forma de que el niño otorga un sentido a lo que está escuchando. No se debe exagerar la pronunciación de las palabras, ya que esto puede ser incluso contraproducente, al exponer al niño a un lenguaje deformado y no natural. (Disponible: www.universia.cl)

Evaluación

En este plan de cuidados no se empleo el libro de Clasificación de Intervenciones de Enfermería; sin embargo las intervenciones realizadas han sido satisfactorias para favorecer la independencia de la lactante en esta necesidad, en el hospital se contó con un área física adecuada en donde en colaboración con el personal de Enfermería y la mamá, el plan se llevo a cabo en su totalidad, el resultado de acuerdo a la escala de Denver fue que la niña presenta un desarrollo en el área de lenguaje correspondiente a la edad de 8-9 meses, emite sonidos como “ma”, balbucea de forma más continua e imita los sonidos del lenguaje cuando hablan con ella en un intento por mantener la comunicación. Actualmente la lactante tiene 10 meses de edad.

VESTIDO Y DESVESTIDO

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 07-diciembre-2006	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Baja
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Conductas generadoras de salud: mejorar vestido y desvestido

Objetivo

La lactante mantendrá su independencia en la necesidad de vestido y desvestido.

Intervención 1. Independiente

La enfermera elegirá la ropa necesaria para cubrir la necesidad de vestido de la lactante y la mantendrá a la niña con ropa limpia y cómoda. (CIE. 1630)

Fundamentación

Independencia en el niño: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el niño de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentre. (Phaneuf, 1993:30)

Acciones de Enfermería

1. Vestir a la lactante después de su higiene personal.
2. Vestir a la lactante con ropas que no le aprieten.
3. Utilizar de preferencia ropas de algodón.
4. Vestir a la lactante con ropa personal, si es posible.
5. Cambiar la ropa de la niña cuantas veces sea necesario.
6. Considerar la temperatura de la lactante para el uso de prendas de vestir.
7. No utilizar demasiada ropa para vestir a la lactante si hace calor.
8. Arrojar a la niña en caso de descenso de la temperatura.
9. Separar la ropa sucia de la limpia.
10. Mantener la ropa limpia.
11. Solicitar al cuidador primario ropa limpia para la lactante.
12. Es importante que en esta etapa se utilicen ropas coloridas, con figuras, dibujos, para estimular la visión al niño.
13. El tipo de tela debe de ser suave, ya que los movimientos que realiza el niño hace fricción y puede provocar rozaduras.
14. Debe de ser holgada para permitir la actividad física libremente.
15. No debe de tener accesorios que puedan lesionar su piel.
16. Recomendar al cuidador primario no lavar con suavizantes de tela o jabones perfumados.

Intervención 2. Independiente

La enfermera brindará a la lactante ropa de cama suficiente y limpia dentro del ambiente hospitalario. (CIE. 6480)

Fundamentación.

El cambio de ropa de cama forma parte de las medidas para mantener la higiene. (Kozier, 2005:822).

Acciones de Enfermería

1. Proporcionar ropa de cama en buen estado.
2. Arreglar la ropa de cama y retirar el excedente.
3. Mantener la cama de la lactante con ropa limpia y seca.
4. Realizar el cambio de ropa de cama cuantas veces sea necesario.
5. Hacer uso adecuado de la ropa hospitalaria.
6. No colocar sábanas que cubran los barandales de la cuna.
7. Solicitar la ropa necesaria al departamento correspondiente dentro del área hospitalaria.
8. Verificar que las sábanas queden bien extendidas para evitar dobleces que lastimen a la lactante.
9. Solicitar al familiar una almohada en caso de que el niño este acostumbrado a dormir con ella.
10. No apilar sábanas o ropa en la cama de la niña.
11. Tomar únicamente la ropa que se va utilizar en el tendido de cama.
12. Verificar que la lactante tenga una cobija para cubrirse por las noches.
13. Informar al familiar que la ropa hospitalaria es de uso exclusivo para los pacientes.
14. No permitir que la ropa este en contacto con el suelo.

Evaluación

El plan de cuidados cumplió con su objetivo de mantener a la niña en independencia en esta necesidad, el hospital siempre proporciono ropa limpia y suficiente para satisfacer la necesidad de vestido de la lactante, la mamá gustaba de vestir en ocasiones a la niña con ropa de su propiedad, la cual mantenía en buenas condiciones de limpieza e integridad para la lactante, el papá apoyaba

trayendo ropa limpia cada semana, por lo que siempre se mantuvo en independencia.

VALORES Y CREENCIAS

Se valora en el cuidador primario (mamá).

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 08 de diciembre de 2006	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Baja
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Disposición para mejorar el bienestar espiritual relacionado con conductas de fe definidas manifestado por tener un niño Dios, usar un escapulario y asistir a escuchar misa una vez por semana en la capilla del hospital.

Objetivo

Los padres mantendrán la independencia en la necesidad de valores y creencias a través de estrategias que reafirmen sus creencias espirituales durante su estancia hospitalaria.

Intervención 1. Independiente

La enfermera brindará apoyo espiritual al cuidador primario para mantener sus creencias. (CIE. 5420)

Fundamentación

Las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad, planear el futuro y a tener una perspectiva realista de sí mismo de su relación con el mundo que les rodea. Es posible que la religión les proporcione la fuerza interna tan estrechamente relacionada con la salud emocional y el bienestar físico. En consecuencia, las creencias espirituales a menudo ayudan a los pacientes en época de estrés. Algunos buscan en la filosofía religiosa la explicación de su enfermedad; otros la consideran como una prueba de fe. Conceptuadas así, las enfermedades y lesiones suelen aceptarse con paciencia e implican poco riesgo para la fe religiosa. (Dugas, 2000: 660).

Acciones de Enfermería

1. Mantener una comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
2. Animar al cuidador primario a revisar la vida pasada e identificar las relaciones que proporcionan fuerza y apoyo espiritual.
3. La enfermera proporcionará privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
4. La enfermera se mantendrá alerta sobre las expresiones de preocupación del cuidador primario.
5. La enfermera permitirá al cuidador primario rezar cuando este lo considere conveniente.
6. La enfermera se mantendrá alerta sobre las expresiones de soledad o ansiedad del cuidador primario.
7. La enfermera alentará la asistencia a los servicios religiosos si el familiar así lo desea.
8. Se le informará al cuidador primario sobre los recursos religiosos disponibles en la institución, proporcionándole tiempo para asistir cuando el familiar lo considere necesario.
9. La enfermera permitirá al cuidador primario tener los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias de la persona.
10. La enfermera estará dispuesta a escuchar los sentimientos del cuidador.

Intervención 2. Independiente

La enfermera facilitará al cuidador la práctica religiosa. (CIE. 5424)

Fundamentación.

La orientación de la existencia de servicios espirituales que ofrece la institución contribuye a que los familiares sepan que cuentan con un lugar donde realizar sus oraciones de manera privada. (Potter y Perry 2002:518).

Acciones de Enfermería

1. La enfermera identificará las inquietudes del cuidador con respecto a la expresión religiosa (uso de velas, ayunos, oraciones o imágenes).

2. La enfermera informará la existencia de servicios religiosos dentro del área hospitalaria (bautizos, comunión y lugares de oración) dentro del área hospitalaria.
3. La enfermera debe respetar las prácticas religiosas del familiar y tratarlo con dignidad.
4. La enfermera fomentará la planificación religiosa y podrá participar en ella si lo considera conveniente.
5. La enfermera podrá sugerir al cuidador hablar con un consejero religioso si es conveniente para la persona.

Evaluación

El plan de cuidados ha sido satisfactorio para favorecer la independencia de la familia en esta necesidad, se ha coordinado el cuidado de la niña con el personal de Enfermería para permitir al cuidador primario realizar sus prácticas religiosas dentro de un ambiente que respete su individualidad y culto religioso; el cuidador primario se observa tranquilo y sigue manteniendo la fe en su doctrina religiosa. Una vez egresada del hospital la mamá acudió a la capilla del hospital para dar las gracias a Dios por la recuperación de su hija y la oportunidad de poder llevarla a su casa.

DESCANSO Y SUEÑO

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 11 de diciembre de 2006	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Baja
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Conductas generadoras de salud: mejorar el descanso y sueño.

Objetivo

La lactante mantendrá la independencia en la necesidad de descanso y sueño

Intervención 1. Independiente

La enfermera facilitará ciclos regulares de sueño y vigilia. (CIE. 1850)

Fundamentación

El sueño en esta etapa ocupa gran parte de las horas del día. A los 4 meses duermen 15 horas al día. Durante los primeros 3 meses el adormecimiento nocturno se produce generalmente con facilidad, pero a partir de esta edad se observa cierta dificultad en alcanzarlo; quizás relacionado con el deseo de mantenerse contactado con su medio ambiente. Hacia los 3 meses la maduración de los sistemas de control produce una distribución casi estable de los periodos de sueño y vigilia diurnos, por ello el patrón de sueño está relativamente bien establecido hacia las 12-16 semanas de vida. Es importante mantener un sueño reparador en los niños desde el nacimiento, es imprescindible fijarse en aspectos de hábitos y rutinas que más adelante serán vitales para mantener un sano dormir.

Disponible en:

(http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/prevencion.htm#a5).

La mayor parte de la secreción de somatotropina se efectúa en periodos cortos de secreción llamados pulsos, mismos que suceden durante las primeras horas del sueño más profundo. Un dato interesante es que la somatotropina permanece en el torrente sanguíneo sólo durante unos cuantos minutos. (Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/enviar.php?type=2&id=1253 –)

La liberación de hormona del crecimiento tiene un pico máximo durante el primer ciclo de sueño de ondas lentas, aproximadamente a los 50 - 60 minutos de haberse iniciado el sueño nocturno (si se retrasa el sueño, también lo hace la liberación de HC). (Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/dormirydescansar/hcrecimi.htm>)

Acciones de Enfermería

1. Evaluar el patrón de sueño y vigilia de la lactante, determinando las horas de sueño por la noche y el número de siestas que toma durante el día.
2. Valorar si el sueño es profundo o superficial.
3. Coordinar los procedimientos y los agrupará para evitar interrupciones durante el sueño o bien realizar solo una interrupción.

4. Identificar que factores alteran el descanso y sueño, tales como ropa mojada, cama sucia, ruidos excesivos o procedimientos que puedan esperar a que la niña despierte.
5. Limitar las visitas cuando la lactante este dormida.

Intervención 2. Independiente

La enfermera favorecerá el descanso y sueño de la lactante. (CIE. 5880)

Fundamentación

La supresión del sueño tiene efectos intensos en las capacidades funcionales de un individuo, esté sano o enfermo. Es probable que una persona a la que se le suprime el sueño, se vea irritable, nerviosa y angustiada, o quizás apática. Durante el primer año de vida el lactante continúa durmiendo la mayor parte del tiempo. Sin embargo, durante esta época es cuando se establecen los patrones diurnos y el ciclo de sueño toma gradualmente las características del adulto. En el lactante de tres meses, el patrón del ciclo de sueño comienza a parecerse al del adulto. Hacia esta época, unos dos tercios de su sueño total son de tipo tranquilo. La mayoría reposa cómodo de lado y con frecuencia se aconseja esta posición por las desventajas que tiene dormir de espalda; esta postura tiende a aplanar la cabeza del niño. (Dugas, 2000: 380,382)

Acciones de Enfermería

1. Cargar a la niña y brindarle seguridad al mecerla entre sus brazos.
2. Permitir que el cuidador primario cargue a la niña y la duerma entre sus brazos.
3. Hablar a la lactante con voz suave e incluso puede cantarle canciones.
4. Acariciar a la lactante en la frente o mejillas, o la tomara de las manos.
5. Identificar a los seres queridos y facilitar su estancia con la lactante para favorecer el descanso y sueño.
6. Permanecer con la niña hasta que esta se quede dormida.
7. Disminuir la iluminación de la habitación, si procede.

Intervención 3. Independiente.

La enfermera manipulará el entorno para facilitar el descanso y confort de la lactante.

Fundamentación

Todas las personas necesitan un ambiente propicio para dormir en el que el ruido sea mínimo, la temperatura de la habitación confortable, la ventilación adecuada, y el grado de luz apropiado. Las distracciones ambientales, como los ruidos o el ruido de las conversaciones del personal, resultan especialmente molestos para los pacientes hospitalizados. (Kozier, 2005:1230).

Acciones de Enfermería

1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
2. Determinar las fuentes de incomodidad; como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de la cama arrugada, exceso de ropa en la lactante.
3. Proporcionar una cama limpia y cómoda.
4. Ajustar la temperatura ambiental que sea lo más cómoda para la lactante.
5. Proporcionar o retirar las mantas para fomentar la comodidad en cuanto a la temperatura.
6. Evitar exposiciones innecesarias a corrientes de aire, exceso de calefacción o frío.
7. Ajustar la iluminación de forma que no interfiera con el sueño de la lactante, evitando la luz directa en los ojos.
8. Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos en la medida de lo posible.
9. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la lactante; pañal limpio, ropa seca, aplicar cremas o limpieza corporal, según corresponda.
10. Colocar a la niña de forma que se facilite su comodidad (utilizar los principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, etc.).
11. Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
12. Evitar exponer la piel a factores irritantes (drenajes).
13. Durante el enlace de turno realizar la entrega de informe de la niña fuera del cubículo para evitar interrupciones del sueño.

14. Reducir o eliminar la luz de la cabecera.
15. Cerrar la puerta de la habitación de la lactante.
16. Cumplir con los protocolos del hospital sobre el horario de televisión.
17. Evitar escuchar música durante las noches o bien modular el volumen.
18. Utilizar calzado con suela de goma.
19. Asegurar que todas las ruedas de los carros están bien engrasadas.
20. Realizar tareas de Enfermería ruidosas esenciales durante las horas de sueño.

Evaluación

Se adaptó la estructura física del hospital a las necesidades de la niña, se tuvo la fortuna de contar con una habitación para dos pacientes, por lo que el ruido del exterior era mínimo dentro del cubículo, las actividades de Enfermería fueron agrupadas de tal manera que no interrumpieran los ciclos de sueño de la lactante, por lo que el objetivo se cumplió.

RECREACIÓN

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 04-Diciembre-2006	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Intermedia
---	---	--

Diagnóstico de Enfermería

Disposición del familiar para mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo de su hija manifestado por interés sobre actividades recreativas propias para la lactante (Juegos y música que debe escuchar la niña).

Objetivo

La niña mantendrá su independencia en la necesidad de recreación

Intervención 1. Independiente

La enfermera utilizará intencionadamente juguetes para ayudar a la lactante en su interacción con el ambiente. (CIE. 4430)

Fundamentación

El juego es uno de los aspectos más importantes en la vida de un niño y uno de los métodos más eficaces para el manejo del estrés. Las enfermedades y hospitalizaciones constituyen crisis en la vida del niño, y con frecuencia están plagadas de estrés abrumador, de modo que no permitir que los niños expresen sus temores y ansiedad en el juego les da una forma de hacer frente al estrés. El juego es el “trabajo” de los niños. Resulta indispensable para su bienestar mental, emocional y social y, como sus necesidades de desarrollo, las de juego no se interrumpen cuando están enfermos u hospitalizados. Por el contrario, el juego fomenta la interacción con otras personas. (Whaley, 1988:499)

Acciones de Enfermería

1. Disponer de un ambiente tranquilo que este libre de interrupciones
2. Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.
3. Estructurar una sesión de juegos que facilite el resultado deseado.
4. Discutir las actividades de juego con la familia.
5. Proporcionar un equipo de juegos seguro.
6. Proporcionar un equipo de juegos de desarrollo adecuado a la edad de la lactante.
7. Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos y expresivos.
8. Permitir que la lactante manipule el equipo de juegos.
9. Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo.
10. Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juego.
11. Asegúrese que no le falta ninguna parte al juguete cuando se lo preste al niño y cuando este se lo devuelva.
12. Escoja juguetes ligeros para que no causen lesión si caen sobre la niña.
13. Seleccione juguetes con bordes suaves y redondos.
14. Evite juguetes con bordes rugosos y puntas que puedan cortar.
15. Evite juguetes con pequeñas partes que puedan ser deglutidas o aspiradas.
16. Evite juguetes que disparen o arrojen cualquier tipo de objetos.

17. Evite juguetes que emitan ruidos fuertes que dañen la audición de la lactante.
18. Retire y deseche envolturas de plástico de los juguetes, que podría ahogar al niño.
19. Asegúrese que los materiales del juguete no son tóxicos. Examine constantemente todos los juguetes para detectar partes débiles o puntas que puedan convertirse en peligrosas.
20. Mantenga los juguetes en buen estado de conservación.
21. Cantar canciones.
22. Realizar caricias.

Intervención 2. Independiente

La enfermera realizará actividades de juego para la recreación y relajación de la lactante dentro del área hospitalaria. (CIE. 5360)

Fundamentación.

El juego durante la hospitalización brinda la oportunidad de aprender, proporciona diversión y permite la relajación, ayuda al niño a que se sienta más seguro en un ambiente extraño, disminuye el estrés, ayuda a liberar la tensión, favorece la interacción y el desarrollo de actitudes positivas frente a los demás y es un método para el logro de objetivos terapéuticos. (Wong, 1993:214)

Acciones de Enfermería

1. Identificar los juguetes preferidos de la lactante.
2. Elegir actividades recreativas de acuerdo a las capacidades físicas, psicológicas y sociales de la lactante.
3. Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
4. Establecer nuevas actividades recreativas de acuerdo a la actividad y capacidad de la lactante.
5. Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.
6. Utilizar juguetes sugeridos para esta edad como: móviles, espejos irrompibles, sábanas de colores vivos, tubos para tirar, paneles visuales.
7. Colocar a la lactante frente al televisor.
8. Colocarlo frente al espejo.

9. Hacer que sostenga juguetes de colores brillantes.
10. Proporcionar juguetes grandes con partes móviles y sonido.
11. Poner caras graciosas para alentar la imaginación.
12. Cubrirse la cara y luego sorprender a la lactante.
13. Darle papeles para arrugarlos y despedazarlos.
14. Darle una bola de estambre para jugar.
15. Proporcionarle bloques de diversos colores.
16. Enseñarle libros con rimas y páginas brillantes.
17. Proporcionar juguetes sencillos desmontables.
18. Proporcionar pelotas que el pueda sostener.
19. Proporcionar sonajas, juguetes o muñecas.

Intervención 3. Independiente

La enfermera. Hará uso de la música para ayudar a la lactante a relajarse.
(CIE. 4400)

Fundamentación.

La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración inter e intrapersonal. (Disponible en: www.fcs.uga.edu/pubs/correct).

La musicoterapia se ofrece en varios niveles de tratamiento: Nivel recreativo: destinado a aquellas personas que por su situación actual no requieren de ningún servicio. No se trata de objetivos terapéuticos, pero sí de interacción social o actividades lúdicas, que sirven para descubrir y desarrollar las capacidades expresivas, musicales, y psicomotoras del niño. (Disponible en: <http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html>).

Acciones de Enfermería

1. Elegir el tipo de música de acuerdo a lo esperado, en este caso relajación.
(En este grupo de edad se recomienda Mozart).
2. Ayudar a la lactante a adquirir una posición cómoda.

3. Limitar los estímulos extraños, luces, sonidos, visitas, durante la sesión de música.
4. Establecer horarios para escuchar la música.
5. Dar sesiones de musicoterapia 2 veces al día, por la tarde y por la noche antes de dormir durante 10 minutos.
6. Evitar dejar la música puesta durante periodos largos.
7. Evitar música estimulante después de un procedimiento doloroso.

Evaluación

Dentro del hospital se permite tener a los niños algunos objetos que satisfaga sus necesidades de recreación, con la niña se emplearon diversos juguetes como sonajas con sonidos y colores diferentes, se utilizaron muñecos de diferentes texturas como algodón, peluche, goma y plástico, se contó con un móvil que giraba y emitía sonidos al mismo tiempo que estimulaba su capacidad visual. El plan de cuidados logró mantener la independencia de la niña en esta necesidad, al mismo tiempo que desarrollaba sus capacidades motoras, visuales, táctiles y auditivas.; de tal manera que se cumplió con el objetivo planeado.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Fuentes de la dificultad

No existen

Fecha de identificación 11 diciembre 2006	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Baja
---	---	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Conductas generadoras de salud: mantener la higiene.

Objetivo

La lactante mantendrá su independencia en la necesidad de higiene

Intervención 1. Independiente

La enfermera efectuará el baño corporal en la lactante y facilitará la participación del cuidador primario. (CIE 1610)

Fundamentación

El baño cumple numerosos propósitos. Ofrece oportunidades para 1) asear bien al bebé, 2) observar su estado, 3) brindarle comodidad y 4) la socialización de los padres, el bebé y el resto de la familia. (Lowdermilk, 2002: 600).

Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias. Además de limpiar la piel, el baño también estimula la circulación. Un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales y aporta más sangre y nutrientes a la piel. El baño también aporta una sensación de bienestar. Refresca y relaja, y suele mejorar el estado de ánimo, el aspecto y la autoestima. El baño ofrece una oportunidad excelente al profesional de Enfermería para valorar a los pacientes. El profesional de Enfermería puede observar el estado de la piel del paciente y otras alteraciones, como el edema o el exantema. (Kozier, 2005: 768-769).

Acciones de Enfermería

1. La enfermera verificará la temperatura del agua previo al baño de la niña.
2. Utilizar técnicas de baño divertidas con los lactantes, como muñecas o juguetes de plástico.
3. Aplicar crema hidratante a la lactante.
4. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
5. Fomentar la participación del cuidador primario, que controle la temperatura del agua, realice el aseo del cabello, y participe durante el baño.

Intervención 2. Independiente

La enfermera evaluará las características y brindará cuidados a las uñas de la lactante. (CIE 1680)

Fundamentación

Normalmente, las uñas están presentes al nacer y continúan creciendo a lo largo de toda la vida. A veces las uñas tienden a ser más toscas y quebradizas y, en otros casos más gruesas. De tal manera, el profesional de Enfermería durante la exploración física debe inspeccionar la forma de la placa ungueal, el ángulo entre la uña y el lecho ungueal y la integridad de los tejidos situados alrededor de la

uña. (Kozier, 2005:598, 786). Las uñas de los lactantes crecen con suma rapidez, son muy finas y se desgarran fácilmente. (Kozier, 2005:600).

Acciones de Enfermería

1. La enfermera mantendrá limpias las uñas de la lactante.
2. La enfermera cortará las uñas de la lactante cada semana en las manos y cada quince días en los pies.
3. Para cortar las uñas se debe utilizar preferentemente tijeras de punta roma o un corta uñas especial para niños

Técnica

- I. Sumerja la mano o pie, según sea el caso, en una palangana con agua tibia durante un minuto.
 - II. Saque la mano del agua y séquela con una toalla.
 - III. Corte las uñas más allá del extremo del dedo de la mano o pie, las uñas se deben cortar en forma recta.
 - IV. Evite recortar o excavar la uña en los extremos laterales., porque favorecen que se encarnen.
 - V. Después de cortar las uñas, limar las esquinas. (Kozier, 2005:786).
4. La enfermera observará y reportará las características presentes en las uñas.
 - I. Inspeccione la forma de la placa de las uñas, debe ser convexa de 160° aproximadamente.
 - II. Inspeccione la textura de las uñas de manos y pies, que deben ser lisas.
 - III. Inspeccione el color de las uñas. Puede ser vascularizada y rosa en pacientes de piel blanca; o tener una pigmentación marrón o negra en forma de estrías longitudinales en pacientes de piel oscura.
 - IV. Inspeccione los tejidos que rodean la uña, la epidermis debe estar intacta.
 5. Se deben cortar las uñas de preferencia cuando la niña esté dormida para evitar movimientos que puedan causarle daño.

Intervención 3. Independiente

La enfermera brindará cuidados específicos al oído para evitar la presencia de infecciones. (CIE 1640)

Fundamentación

En condiciones normales, los oídos precisan una higiene mínima. El pabellón auricular se limpia durante el baño o en la cama. El profesional de Enfermería debe eliminar el exceso visible de cera o que ocasione molestias o dificulte la audición. (Kozier, 2005: 810).

Acciones de Enfermería

1. Colocar al bebé de forma que la oreja quede plana con respecto a la cabeza.
2. La enfermera observará la integridad del oído y reportará la presencia de drenaje, si es que existe.
3. Realizar aseo de los oídos de la niña todos los días.
4. Enseñar a los padres a identificar datos de infección y reportarlos a la enfermera inmediatamente.
5. Verificar que durante la alimentación la niña se mantenga en posición semifowler a 45° para evitar reflujos en las trompas de Eustaquio.
6. Inspeccionar el oído para verificar la presencia de cerumen y si este causa dolor o pérdida de la audición.
7. No realizar el aseo del conducto auditivo con hisopos porque puede hacer que la cera se tapone dentro del conducto.
8. La cera visible se puede ablandar y eliminar retrayendo el pabellón hacia arriba y hacia abajo. Si esta medida no surte efecto, es necesaria una irrigación.
9. Controlar y regular la exposición a ruidos de alto volumen.

Intervención 4. Independiente

La enfermera realizará acciones de prevención y cuidado de los ojos. (CIE 1650)

Fundamentación

Normalmente los ojos no requieren ninguna higiene especial, porque el líquido lagrimal lava constantemente el ojo y los párpados, y las pestañas no permiten la entrada de partículas del exterior. (Kozier, 2005: 806)

Acciones de Enfermería

1. La enfermera observará la presencia de enrojecimiento, exudación o ulceración.
2. La enfermera evaluará los juguetes de la niña para determinar que estos no puedan dañar los ojos, tales como, objetos con punta.
3. La enfermera realizará aseo ocular siguiendo las reglas de asepsia.
4. Cuando entre polvo o suciedad en los ojos, debe lavarlos inmediatamente con agua tibia y limpia.

Intervención 5 Independiente

La enfermera realizará cuidados a los pies para favorecer la limpieza y evitar las infecciones. (CIE 1660)

Fundamentación

Los huesos y los pequeños músculos de los pies se dañan con facilidad durante la infancia por el uso de calcetines apretados. La piel frágil puede lesionarse con una limpieza muy vigorosa, por lo que debe tratarse con palmadas suaves en lugar de frotar.

Acciones de Enfermería

1. Observar si hay datos de irritación, grietas o lesiones.
2. Posterior al baño secar los espacios interdigitales.
3. Instruir al familiar en el cuidado de los pies de la niña.
4. Comprobar el nivel de hidratación de los pies.
5. Vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano.

Intervención 6 Independiente

La enfermera evaluará la necesidad de higiene cada 24 horas

Fundamentación

La piel del lactante, como en la etapa del recién nacido es delgada y muy sensible; por lo tanto de menor resistencia a la acción de sustancias irritantes externas y a

agentes infecciosos. La higiene de la piel se hace necesaria especialmente en la región genitourinaria donde la orina y las propias deposiciones en el niño, se constituyen en irritantes poderosos. La inmadurez de glándulas sudoríparas que pueden obstruirse con facilidad ocasionando lesiones caracterizadas por enrojecimiento con pequeños erupciones principalmente en cuello cara y abdomen debido al calor ambiental, exceso de abrigo y humedad permanente. Todas estas lesiones lo exponen a riesgo de contraer infecciones. (Disponible en: http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/prevencion.htm#a5)

Acciones de Enfermería

1. La enfermera durante el baño evaluará las características de la piel, reportando si se encuentra seca, agrietada o si presenta lesiones dérmicas.
2. La enfermera evaluará las características de la piel en la zona genital y reportará la presencia de eritema de pañal, así como la limpieza de la misma.
3. La enfermera evaluará la ropa de la niña y determinará si existe alguna prenda que cause irritación a la piel.
4. La enfermera evaluará zonas de pliegues cutáneos observando que la piel se encuentre íntegra y sin lesiones.

Evaluación

Dentro del área hospitalaria se contó con todo el material y equipo para realizar el plan de intervenciones de la lactante, el cual se llevo a cabo en su totalidad gracias al apoyo del personal de Enfermería y a los cuidados brindados por el cuidador primario. Se realizaron todas las intervenciones planeadas para la niña y se logro mantener la independencia de la lactante en esta necesidad.

OXIGENACIÓN

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 13-diciembre-2006	Nivel y grado de dependencia Independientes Nivel 1	Tipo de prioridad Baja
---	--	----------------------------------

Diagnóstico de Enfermería

Independencia en la necesidad de oxigenación

Objetivo

La lactante mantendrá la independencia en la necesidad de oxigenación

Intervenciones 1. Independiente

La enfermera realizará una valoración de la función respiratoria y circulatoria de la lactante por turno. (3350).

Fundamentación

La evaluación de la respiración supone la valoración externa de la ventilación. Dado que la calidad y la frecuencia respiratorias pueden estar afectadas por trastornos de cualquier sistema corporal, el carácter de las respiraciones, se debe evaluar y registrar cuidadosamente. Los lactantes y los niños inhalan una cantidad relativamente pequeña, y exhalan una cantidad relativamente grande de oxígeno. Los niños pequeños y los lactantes tienen menos alvéolos y, por tanto, menor superficie alveolar a través de la cual pueda producirse el intercambio gaseoso. Estos factores junto al mayor metabolismo basal, influyen en el incremento de la frecuencia respiratoria de lactantes y niños. (Joyce, 1994: 60-61).

La medida del pulso es un indicador del estado del sistema cardiovascular. (Joyce, 1994: 57).

Acciones de Enfermería

1. Vigilar ritmo y frecuencia de las respiraciones.
2. Observar si se producen respiraciones ruidosas como ronquidos.
3. Palpar el área torácica para comprobar que la expansión pulmonar es igual.
4. Auscultar los sonidos respiratorios y reportará la presencia de estertores, sibilancias, crepitancias o zonas de hipoventilación.
5. Observar si existe la presencia de tos y reportará las características de la misma.
6. Vigilar la permeabilidad de las vías respiratorias; narinas limpias y mucosas íntegras.
7. Comprobar que la fijación de la sonda nasogástrica no obstruya la luz de la narina.

8. Evaluar los datos de llenado capilar.
9. Auscultar el área cardíaca y realizará los registros de la frecuencia, ritmo e intensidad.
10. Vigilar la presencia de pulsos periféricos en miembros torácicos y pélvicos.
11. Reportar datos de compromiso circulatorio como son llenado capilar retardado mayor a 3 segundos, datos de dificultad respiratoria, tos, agitación o fatiga con los cambios de posición.
12. Observar la coloración de la piel y mucosas, reportando la presencia de cianosis o piel marmórea.

Intervención 2. Independiente

La enfermera realizará medidas de prevención y contagio de infecciones de vías respiratorias. (CIE. 6540).

Fundamentación

Se realizan según la transmisión y contemplan a las precauciones estándar cuando el paciente presenta alguna infección conocida o sospechada por estas tres vías: transmisión por el aire y gotitas respiratorias o transmisión por contacto. Las precauciones frente a la transmisión aérea se aplican a los pacientes con enfermedades graves (o sospecha de las mismas) transmitidas por núcleos de gotitas respiratorias de menos de 5 micras. Algunos ejemplos son: sarampión, varicela y tuberculosis. Las precauciones frente a las gotitas respiratorias se aplican a los pacientes con enfermedades graves (o sospecha de las mismas) transmitidas por gotitas mayores de 5 micras. Algunos ejemplos son la difteria (faríngea), la neumonía por micoplasma, la tos ferina, la parotiditis, la rubéola, la faringitis estreptocócica, la neumonía o la escarlatina de los lactantes y niños pequeños, y la peste neumónica. (Kozier, 2005: 707).

Acciones de Enfermería

1. Evitar que la lactante tenga contacto con personas que tengan alguna enfermedad de vías respiratorias.
2. Limitar el número de visitas, sobre todo si estas padecen enfermedades de las vías respiratorias.

3. Verificar que el personal de cuidados realice las medidas de precaución para el control de infecciones, lavado de manos y uso de cubre bocas, si corresponde.
4. Indicar a las visitas que se laven las manos antes y después de tocar a la lactante.
5. Mantener la sala limpia y ordenada.
6. Indicar al familiar evite tener bultos de ropa o demasiados artículos cerca de la cama de la niña.
7. Si existe algún paciente con problemas respiratorios, considerar la posibilidad de mantenerlo en un cubículo independiente o bien cambiar a la lactante de área.

Intervención 3. Independiente

La enfermera comprobará a través de la cartilla de vacunación que la lactante ha recibido las inmunizaciones correspondientes a su edad. (CIE. 6530).

Fundamentación

El uso de las vacunas ha reducido la incidencia de enfermedades infecciosas. Se recomienda que las vacunas inicien poco después del nacimiento y se completen en la primera infancia, con excepción de las dosis de refuerzo. La inmunización se refiere al proceso por medio del cual el individuo se expone deliberadamente a un antígeno por primera vez, con la finalidad de inducir una respuesta protectora contra una enfermedad determinada, y quedar inmune o protegido contra esta. (Manual de vacunación. México 2005:17)

Acciones de Enfermería

1. Determinar el estado de inmunización de la lactante.
2. Explicar a los padres en que consiste el esquema de vacunación, como se administran las vacunas y los beneficios para la lactante, así como las posibles reacciones secundarias de las vacunas.
3. Empleando la cartilla de vacunación orientar al familiar sobre las vacunas que estén próximas a ser aplicadas y las fechas en que le corresponden.
4. Informar al familiar a dónde debe dirigirse para que le sean aplicadas las vacunas a la lactante.

5. Explicar que si existe un retraso en la administración en serie de la vacuna, no significa que se debe volver a iniciar el esquema.
6. Proporcionar una hoja de consentimiento informado antes de aplicar la vacuna.
7. Observar al paciente durante un periodo posterior a la aplicación de la vacuna, 6 horas.

Intervención 4. Independiente

La enfermera favorecerá la función respiratoria. (CIE. 3140)

Fundamentación

Los lactantes y los niños inhalan una cantidad relativamente pequeña, y exhalan una cantidad relativamente grande de oxígeno. Los niños pequeños y los lactantes tienen menos alvéolos y, por tanto, menor superficie alveolar a través de la cual pueda producirse el intercambio gaseoso. Estos factores junto al mayor metabolismo basal, influyen en el incremento de la frecuencia respiratoria de lactantes y niños. (Joyce, 1994: 60-61).

Acciones de Enfermería

1. Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en la niña:
2. Hacer reír a la niña.
3. Enseñar a la lactante a soplar
4. Enseñar a la lactante a gritar

Evaluación

El plan de cuidados ha sido satisfactorio y permitió mantener la independencia de la lactante en esta necesidad, el área física hospitalaria contó con la estructura adecuada que permitió el desarrollo del plan de cuidados, situación que favoreció el estado de salud de la lactante que no presentó enfermedades de las vías respiratorias. Comienza a aprender a soplar y esto a su edad le permite tener una mayor expansión del tórax, también le sirve como ejercicio respiratorio para mantenerse en independencia durante el tiempo que se mantuvo hospitalizada. El esquema de vacunación está por completarse de acuerdo a su edad.

REALIZACIÓN

Fuentes de dificultad

No existen

Fecha de identificación 10-Enero-2007	Nivel y grado de dependencia Independiente Nivel 1	Tipo de prioridad Intermedia
---	---	--

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de afrontamiento familiar comprometido relacionado con cambio temporal de roles.

Objetivo

Mantener el afrontamiento familiar durante el tiempo que la lactante este hospitalizada.

Intervención 1. Independiente

La enfermera brindará apoyo al cuidador primario para facilitar su estancia en el hospital al cuidado de su hija. (CIE. 7040)

Fundamentación

Cada persona tiene un concepto de si mismo, que abarca sensaciones sobre la estima personal y diversas capacidades. También cada individuo posee objetivos implícitos o explícitos. Una enfermedad, otros trastornos de la salud y los tratamientos asociados pueden afectar negativamente al autoconcepto personal y a la capacidad de alcanzar sus objetivos. Estos efectos negativos son pérdidas, que desencadenan aflicción. El grado de respuesta de duelo de una persona esta directamente relacionada con el grado de interferencia en la actividad dirigida al logro de un objetivo y la importancia de este. (Carpenito, 2005:33)

Acciones de Enfermería

1. Determinar la aceptación del cuidador primario del rol que tiene en este momento.
2. Aceptar las expresiones de emoción negativas.
3. Admitir las dificultades del rol del cuidador primario.
4. Estudiar junto con el cuidador primario los puntos fuertes y débiles.
5. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
6. Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.

7. Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador primario.
8. Proporcionar información acerca del estado del paciente.
9. Enseñar las técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
10. Observar si hay indicios de estrés.
11. Explorar con el cuidador principal como esta afrontando la situación.
12. Actuar en el lugar del cuidador si se hace evidente la sobrecarga de trabajo.
13. Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
14. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

Intervención 2. Independiente

La enfermera brindará apoyo a la familia favoreciendo el cumplimiento de los objetivos y el afrontamiento familiar. (CIE. 7140)

Fundamentación.

El afrontamiento es el abordaje de problemas y situaciones, o la lucha frente a ellos con buenos resultados. Una estrategia de afrontamiento (mecanismos de afrontamiento) es una manera innata o adquirida de responder a un entorno cambiante o a un problema o a una situación concreta. El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual para hacer frente a demandas específicas externas o internas que se valoran como cargas o superan los recursos de la persona. (Kozier, 2005:1114).

Acciones de Enfermería

1. Asegurar a la familia que a la niña se le brindarán los mejores cuidados posibles.
2. Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la paciente.
3. Ofrecer una esperanza realista.
4. Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
5. Favorecer una relación de confianza con la familia.
6. Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
7. Responder todas las preguntas de la familia y ayudarlos a obtener respuestas.

8. Orientar a la familia sobre los cuidados en el área hospitalaria.
9. Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia. (Canalizarlos con trabajo social, o alguna asociación que pueda brindarles apoyo.)
10. Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas.
11. Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente.

Intervención 3. Independiente

La enfermera fomentará la implicación de la familia en cuidado de la lactante. (CIE. 7110)

Fundamentación.

La crisis que acompaña a las enfermedades y hospitalizaciones en la niñez afecta a todos los miembros de la familia. En circunstancias normales, los padres son la fuerza dominante de una familia, pero al surgir una enfermedad el niño se convierte en la fuerza principal, y por tanto, causa respuestas importantes en cada uno de los demás miembros de la familia. La ansiedad de los padres relacionada con la hospitalización de su hijo alimenta sentimientos de frustración. Las madres informan que les preocupa no tener información acerca de los procedimientos y tratamientos a los que se somete su hijo; de tal manera es evidente que se pueden evitar muchas frustraciones si los padres participan en la atención de sus hijos y se les considera los contribuyentes más significativos para la salud integral del niño. (Whaley, 1988:505)

Acciones de Enfermería

1. Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
2. Identificar la capacidad de la familia para implicarse en el cuidado.
3. Identificar la disposición de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
4. Identificar las expectativas de la familia con respecto al cuidado del paciente.

5. Observar la estructura familiar y sus roles.
6. Favorecer los cuidados por parte de la familia durante la hospitalización.
7. Animar a la familia en que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.

Intervención 4. Independiente

La enfermera ayudará a los padres de la lactante a potencializar su rol familiar.
(CIE. 5370)

Fundamentación.

A lo largo de la vida las personas pasan por múltiples cambios de un rol. Un rol es un conjunto de expectativas acerca de cómo la persona que ocupa una posición se comporta con respecto a otra que ostenta otra posición. El desempeño de rol hace alusión a lo que hace una persona en un rol específico en relación con los comportamientos que se esperan de ese rol. El dominio del rol significa que los comportamientos de la persona satisfacen las expectativas sociales. Cada persona suele tener varios roles, como el de marido, padre, hermano, hijo, empleado o amigo. Para actuar adecuadamente, las personas necesitan saber quiénes son en relación con los demás y lo que espera la sociedad según las posiciones que ocupan. (Kozier, 2005:1048)

Acciones de Enfermería

1. Ayudar a los padres a identificar los roles habituales de la familia.
2. Ayudar a los padres a identificar periodos de transición en la vida.
3. Ayudar a los padres a identificar la insuficiencia de roles.
4. Ayudar a los padres a identificar conductas necesarias para el cambio de roles o a roles nuevos.
5. Ayudar a los padres a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a la enfermedad de la niña.
6. Animar a los padres a identificar una descripción realista en el cambio de rol.
7. Facilitar la discusión sobre la adaptación de los cambios de roles de la familia.

8. Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los padres.

Evaluación

Dentro del área hospitalaria y en coordinación con el personal de Enfermería y los padres de la niña se desarrollo adecuadamente el plan de cuidados, se cumplió con el objetivo planeado y se logro mantener a la familia unida, a pesar de la distancia y las complicaciones de la separación en donde la mamá tuvo que dejar su casa y a su familia para estar al cuidado de su hija, el esposo se mostró solidario y siempre estuvo pendiente de su esposa e hija quienes tuvieron una estancia hospitalaria de 8 meses en donde el contacto era 1 vez a la semana durante 3 o 4 horas, la visita semanal del esposo fue constante durante este tiempo, además cuando la niña presentó complicaciones en el estado de salud, el papá siempre se mantuvo en contacto y pendiente del cuidado de su hija y esposa. La comunicación con el otro hijo fue constante a través del teléfono, siempre manifestó extrañar a su mamá y hermana, también enviaba algún juguete o dulces para su mamá y hermana.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de las variables

El objetivo de este caso clínico fue realizar una valoración clínica metodológica e identificar las necesidades básicas en una lactante, a través de la propuesta filosófica de Virginia Henderson. Las variables en este estudio de caso fueron las 14 necesidades propuestas por Henderson.

La necesidad de Nutrición presenta una dependencia total nivel 6, es de prioridad alta y es el factor principal que conlleva a la lactante a una dependencia en las otras necesidades como son:

Eliminación en donde debido al problema principal esta presenta dependencia que se ve alterada por vómito y evacuaciones líquidas abundantes que la obligan a mantenerse en colchón metabólico.

Movimiento y postura: también se vió alterada pues presentaba retraso en el desarrollo de acuerdo a la Escala de Denver. El poder trabajar con esta necesidad requería presentará una ganancia de peso constante, situación que en varias ocasiones no sucedía; de tal manera que los ejercicios de estimulación tenían que posponerse durante ciertos períodos en donde la lactante presentaba intolerancia al alimento, vómito o diarrea. En esta necesidad también se consideró a la familia, principalmente a la mamá quien requería aprender técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo de la niña, la interacción lograda con el familiar y la adquisición de conocimientos sobre el cuidado de la niña por la mamá facilitó el logro de los objetivos.

Comunicación: esta necesidad se vio alterada en la lactante, pues al iniciar su problema de salud con pérdida de peso, escasa ganancia ponderal, etc.; se inició tratamiento médico para el problema de salud y se omitió la importancia del

desarrollo de la lactante que se encontraba dentro de la Escala de Denver con un edad de 1 mes, siendo su edad cronológica de 4 meses.

Seguridad y protección: la lactante se encontraba en un ambiente hospitalario que aunado a su desnutrición y estado inmunológico deprimido condicionaron factores de riesgo que desencadenaron una infección sistémica por *Klebsiella p. pneumoniae* y *S. epidermidis*.

Las necesidades de oxigenación, termorregulación, higiene y protección de la piel, descanso y sueño, valores y creencias, realización, recreación, vestido y desvestido se diagnosticaron como independientes, sin embargo, también se elaboraron planes de cuidados para seguir manteniendo la independencia de las mismas.

Este caso clínico se puede relacionar con el elaborado por Partera C. publicado en la Revista de Enfermería Clínica 2003; 13(5); 313-320. Titulado "Atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre." En el artículo se emplea la propuesta de Virginia Henderson para la valoración de las necesidades e incluye a la madre dentro del plan de cuidados. En este caso clínico también consideramos a la mamá para el logro de los objetivos; ambos casos reflejan que el Proceso de Atención de Enfermería y el uso de la propuesta filosófica de Henderson dentro de la práctica profesional consideran al paciente y su entorno dentro de un marco ético y humanista para el cumplimiento de los objetivos y logro de la independencia, no solo del paciente sino también de la familia (mamá), quien al participar en los cuidados se sintió más segura y comprometida en el tratamiento de su hija en quien observaba resultados benéficos y de independencia en su estado de salud.

Otro caso que consideró se relaciona es el publicado por la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2003; 11(2); 66-71, "Proceso de atención de Enfermería a una paciente con estenosis aórtica crítica." De Parra y Heredia. El artículo enfatiza

la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería con el fin de brindar cuidados especializados una vez identificadas las necesidades independientes y dependientes de la persona. En las necesidades dependientes se determina el tipo y nivel de dependencia a fin establecer los diagnósticos de Enfermería y establecer las intervenciones que satisfagan las necesidades de la persona. Para el caso clínico de la lactante se empleó la misma metodología y ambos coinciden en que el proceso permitió y facilitó el logro de los objetivos, pues orienta el plan de cuidados al jerarquizar las necesidades de tal manera que la atención brindada es oportuna y satisface las necesidades de la persona.

IV. CONCLUSIONES

- La metodología empleada para la realización de este trabajo, sustentada en el método científico, como lo es el Proceso de Atención de Enfermería permite obtener información de manera organizada y facilita el análisis de la información, al mismo tiempo que siendo un método cíclico permite analizar cada etapa y regresar si es necesario para obtener mejores resultados en el cuidado de la salud.

- La elaboración del plan de cuidados sustentada en la propuesta filosófica de Virginia Henderson facilita el cuidado de Enfermería, determina si la persona tiene satisfechas sus 14 necesidades o si presenta dependencia en alguna de ellas; lo que favorece el establecimiento e implementación de planes de cuidados de manera prioritaria y oportuna, al mismo tiempo que determina el tipo de intervención de Enfermería y ayuda a la persona para alcanzar o mantener su independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades.

- La utilización de planes de cuidados permite coordinar las intervenciones de Enfermería dentro del grupo, lo que favorece una atención de calidad especializada y profesional dentro de un marco de ética que respeta al paciente y a su familia.

- Los objetivos planteados en el plan de intervenciones de Enfermería, se pudieron realizar de manera satisfactoria, logrando que las necesidades independientes se mantuviera, y aquellas en las que se presentaba dependencia alcanzaran un mejor nivel de salud.

- Este caso clínico se pudo realizar gracias al proceso de enseñanza tutorial, que es clave para el desarrollo de la práctica profesional, pues fomenta el desarrollo del pensamiento crítico en el personal de Enfermería que se encuentra en formación.

V. SUGERENCIAS

- Fomentar en el personal de Enfermería el empleo del Proceso de Atención de Enfermería, ya que es un método que permite organizar los cuidados y administrar el tiempo para poder brindar cuidados de calidad.

- El empleo del Proceso de Atención de Enfermería requiere de mayor difusión dentro del grupo de Enfermería quién debe conocerlo para comprobar los beneficios de su implementación en la práctica diaria.

- Los egresados de la Especialidad en Enfermería Infantil deben difundir los conocimientos adquiridos para un mayor enriquecimiento de la profesión de Enfermería.

VI. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO. R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª. Edición. Editorial Masson. Barcelona, España. 2005.

CAPENITO. Planes de cuidados y documentación clínica en Enfermería. 4ª. Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. Colombia 2005.

DUGAS. B. Tratado de enfermería práctica. 4ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2001.

ESCOBAR y ESPINOZA. Tratado de Pediatría. El niño enfermo. Volumen I y II. Editorial El Manual Moderno. México 2005.

FERNÁNDEZ. F. El proceso de atención de enfermería, estudio de casos. Editorial Salvat. México 1993.

IYER. W. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1997.

JOHNSON. MASS. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª. Edición. Editorial Harcourt Mosby. Madrid, España. 2001.

JOYCE. E. Guía clínica de Enfermería. Exploración pediátrica. 2ª. Edición. Editorial Mosby. Madrid, España. 1994.

KATZUNG. Farmacología básica y clínica. 8ª. Edición. Editorial El Manual Moderno. México 2002.

KOZIER. B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 5ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.1999.

LOWDERMILK y PERRY. Enfermería Materno-Infantil. Volumen I. 6ª. Edición. Editorial Harcourt Océano. Barcelona, España 2002.

LUIS RODRIGO. MT. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson. Barcelona, España. 1998.

MARRINER-TOMEY. Teorías y modelos de Enfermería. Editorial Mosby-Doyma. Madrid, España. 1994.

McCLOSKEY. BULECHEK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª. Edición. Editorial Mosby. Madrid, España. 2005.

MORGAN, K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Ediciones Doyma. Barcelona, España 1993.

PHANEUF. M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Orientación para el Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, España, 1993.

POTTER. PERRY. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. 3ª. Edición. Editorial Harcourt. Madrid, España 1996.

REEDER. Enfermería Maternoinfantil. 17ª. Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México 1995.

SEIDEL, H. Manual Mosby de Exploración Física. Volumen I. 5ª. Edición. Editorial Océano Mosby. Barcelona, España 2004.

SMITH, J. Guía de procedimientos para Enfermeras. 2ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina 2004.

TUCKER y CANOBBIO. Normas de cuidados del paciente. Volumen I y II. 6ª. Edición. Editorial Harcourt océano. Barcelona, España 2002.

WONG y WHALEY. Manual Clínico de Enfermería Pediátrica. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. Masson Salvat Enfermería. Barcelona, España 1993.

WHALEY y WONG. Tratado de Enfermería Pediátrica. 2ª.- Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. México 1988.

Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Secretaria de Salud. Comisión interinstitucional de Enfermería. México 2001.

Diccionario de Medicina. Océano Mosby. Barcelona, España. 2003.

Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Edición 41. México 1995.

Manual de la Enfermería. Editorial Océano Centrum. Barcelona, España 2002.

HEMEROGRAFÍA

DOMINGUEZ. M. Planificación de alta de un enfermo con transplante renal. Revista Enfermería Clínica. 1999; 3(4).

ESPINOZA. V., FRANCO. M. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un lactante con neumonía. Revista Desarrollo Científico en Enfermería. 2003; 11(1).

JIMÉNEZ. M. La importancia de la Enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. 1999; 7 (1-4).

MARTINEZ. C. Dificultades en la valoración de Enfermería. Revista de Enfermería Clínica. 2003; 13(4).

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).

PARRA. A., HEREDIA. E. Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2003. 11 (2).

PARTERA. C. Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Enfermería Clínica. 2003; 13(5).

RIERA. J. BOIXADERA. M. Plan estandarizado para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Revista Enfermería Clínica. 2003, 13(5).

ROCA. N. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. Revista de Enfermería Clínica. 2001.

SANCHEZ- V. Cuidados básicos a un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería del IMSS. 2001; 9(2).

Dr. Federico Gómez. "Desnutrición". Salud pública de México / Vol. 45, suplemento 4, 2003.

OTRAS FUENTES

AGUILAR, Edda. Programa de estimulación temprana ARN y RNPT. Escuela Superior de Terapia física y rehabilitación. Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2003. Apuntes inéditos.

Sin autor. Estimulación temprana. Copyright © 2000-2007 Babysitio S.A. Disponible en: http://www.babysitio.com/bebe/estimulacion_temprana.php

Sin autor. Educando al bebé. 2000, BBMUNDO DIRECT S.A. DE C.V. Disponible en: <http://www.bbmundo.com/bbeducacion/>

JOSEP M. SERRA I GRABULOSA. La hormona del crecimiento. Copyright 2000. Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/dormirydescansar/hcrecimi.htm>

JOSÉ RAÚL DUEÑAS FUENTES. Diplomado Universitario en Enfermería. Diagnósticos en Enfermería. Última actualización 22 de Octubre 2002. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Formato Documento Electrónico (ISO)

MORFI SAMPER, Rosa y PEREIRA MARQUEZ, Minerva. Aspectos éticos en la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. [online]. ene.-abr. 2003, vol.19, no.1 [citado 21 Noviembre 2007], p.341-360. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

ILEANA YANES I.Q. Desnutrición proteico – calorica (pcm). Última actualización: Octubre 28, 2003. Disponible en: <http://www.victusinc.com/Enterales/Proteinex/despcm.htm>

Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000300008&script=sci_arttext

Ética en Enfermería. Ética en Enfermería

<http://tone.udea.edu.co/revista/sep92/Construccion.html>

Desnutrición infantil. Disponible en:

http://www.avolaje.com/apuntes/desnutricion_b1.html

El Proceso de Atención de Enfermería. Disponible en:

<http://web.jet.es/alexrt/>

El Proceso de Atención de Enfermería. Disponible en:

<http://www.terra.es/persona/duenas/pae.htm>

Disponible en:

www.fcs.uga.edu/pubs/correct.

Musicoterapia. Disponible en:

<http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html>.

Disponible en:

bbmundo.com/bbeducacion

Disponible en:

www.universia.cl

Disponible en:

http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/prevencion.htm#a5

Disponible en:

www.nietoeditores.com.mx/enviar.php?type=2&id=1253 –

Disponible en:

<http://usuarios.lycos.es/dormirydescansar/hcrecimi.htm>

Pediatría. Disponible en:

http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/clas_nutri_4a.htm

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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

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

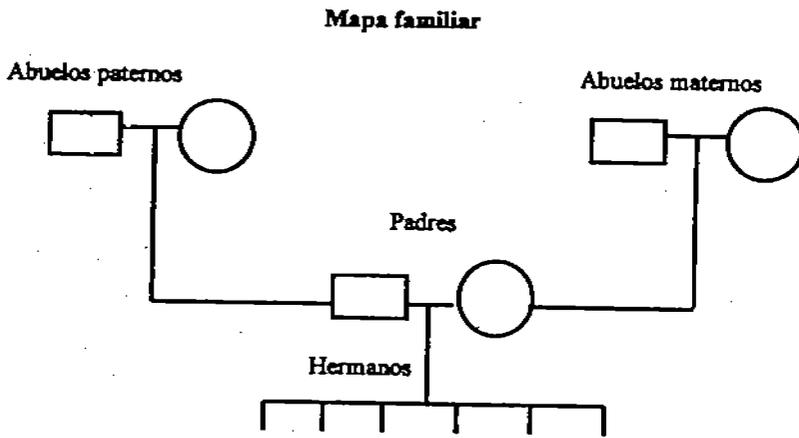
II F A M I L I A	II Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____
	Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____
	_____ Servicios intradomiciliarios: _____

	Disposición de excretas: _____
	Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos de la familia: _____	
Medios de transporte de la localidad: _____	

Medios de transporte de la localidad: _____

Mapa Familiar.



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos

- Hombre Mujer Paciente problemas
- Fallecimiento Relaciones fuertes

III ORIENTACION IN	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____</p> <p>_____</p>
	IV ANTECEDENTES INDIVIDUALES
I	

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

3	<p>Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____</p> <p>Falso: _____</p> <p>Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____</p> <p>Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidia _____ Disociación toraco abdominal: _____</p> <p>Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____</p> <p>Respiración asistida: _____ controlada: _____</p> <p>Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor</p>
3	<p>Tubo traqueal</p> <p>Cavidad oro nasal</p> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p> <p>_____</p> <p>Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____</p> <p>Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> <p>Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____</p> <p>Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____</p> <p>Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____</p> <p>Duerme siesta: _____ En qué horario: _____</p> <p>Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____</p> <p>Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____</p> <p>Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____</p> <p>Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Nauçioso: _____</p> <p>Búsqueda: _____ Moro: _____</p> <p>Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____</p> <p>Suturas craneales: Aproximadas: _____</p> <p>Separadas: _____ Imbrincadas: _____</p>
	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa de vestir: _____</p>

5	Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____ Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____ A qué edad sonrió: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____ Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____ Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____ Timido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____

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

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

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____

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

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

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
------------------------	-------	-----	-------

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

13 ¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

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

¿Cómo reaccionó? _____

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo? _____

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

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

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

14 Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

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

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL

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

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

DIVISION DE ESTUDIOS
ENFERMERIA INFANTIL

V. JERARQUIA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causa de la dificultad			La dificultad Internc. c/Noc.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
	Grado	Grado	F.F.	F.C	F.V	SI	NO	

Causas de la dificultad
 F.F. = Faltas de Fuerzas - FF
 F.V. = Faltas de Voluntad - FV
 F.C. = Faltas de conocimiento - FC

Código: Grado de dependencia
 Total = Tn
 Temporal = Dm
 Parcial = Dp
 Permanente = D pr.

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: _____
Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

Indicación dietética:

Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Via
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

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: _____

UNAM
POSGRADO

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)

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

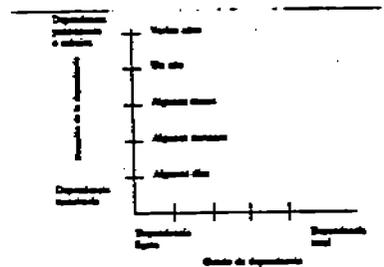
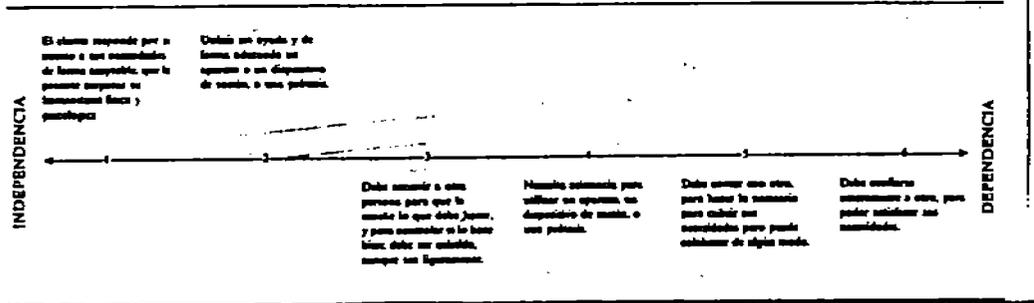


Figura 3. Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

Tabla 6. Continuum independencia-dependencia²⁴





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 Angela Cupio Taxis, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Glady Cupio Cupio participe en el estudio de caso Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una lactante mayor con alteración en la Necesidad de Nutrición e Hidratación, cuyo Objetivo principal es: Elaborar un Plan de cuidados especializado para favorecer la Independencia de la lactante

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 consistentes en: De acuerdo a la necesidad valorada se realizarán intervenciones de Enfermería independientes, interdependientes y dependientes 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: Lina Ramírez Vela

[Firma]
Firma

Nombre del padre o Tutor: Angela Cupio Taxis

[Firma]
Firma

Testigos

Nombre: Ana Luisa Martínez S.
Firma: [Firma]
Domicilio: _____

Nombre: Dolores Manera Sainch.
Firma: [Firma]
Domicilio: _____

México, D.F. a 30 de Noviembre, 2006