

A1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL I

ESTUDIO DE CASO

ESCOLAR FEMENINO CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE  
ELIMINACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
INFANTIL

PRESENTA

LIC. EN ENF. ROCIO MAYA ZAMUDIO

ASESOR

E.E.I VERONICA ESPINOSA MENESES



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**INDICE DE CONTENIDOS**

Tema	Página
Introducción.....	3
Objetivos.....	4
I. Marco teórico	
1.1 Estudios relacionados.....	5
1.2 Proceso de atención de Enfermería.....	15
1.3 Propuesta filosófica de Virginia Henderson.....	45
1.4 Proceso que modifica la necesidad de eliminación.....	55
1.5 Visión Ética en Enfermería.....	60
II. Metodología	
2.1 Descripción del caso.....	66
2.2 Instrumentos y métodos.....	75
2.3 Proceso diagnóstico.....	78
2.4 Proceso de planeación.....	82
2.5 Análisis de resultados.....	155
III. Conclusiones.....	158
IV Sugerencias.....	159
V Bibliografía.....	160
VI Anexos.....	164
6.1 Historia Clínica de Enfermería.	
6.2 Hoja de valoración focalizada.	
6.3 Consentimiento Informado.	

## INTRODUCCIÓN.

La evolución de Enfermería en los últimos años es principalmente en el área de investigación logrando un importante reconocimiento a nivel mundial lo cual se refleja en la práctica brindando un cuidado específico, individualizado y fundamentado, motivo por el cual es el resurgimiento de las teorías y modelos. Al aplicar la propuesta filosófica de Virginia Herderson nos permite visualizar al cliente de manera holística, como un ser único con necesidades específicas que en determinado momento requiere del apoyo o suplencia de la enfermera para lograr adquirir su independencia.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de Enfermería eficaces y eficientes dirigidos hacia el logro de objetivos y este proceso se evalúa a través del grado de satisfacción y el progreso del paciente.

La estructura de este estudio de caso es la siguiente. En el primer tópico se desarrolla el marco teórico integrado por artículos con el enfoque de las necesidades fundamentales, en el siguiente tópico se describe la etapas del Proceso de Atención de Enfermería, en el siguiente tópico se desarrolla la propuesta filosófica de Virginia Henderson, continuando con el proceso que modifica la necesidad de eliminación. En el siguiente tópico se describe la Ética del profesional de Enfermería.

El segundo capítulo se realiza la descripción del caso, continuando con los instrumentos utilizados, continuando con la redacción y jerarquización de Diagnósticos de Enfermería encontrados en un escolar femenino con alteración de la necesidad de eliminación, a demás se realizaron planes de Enfermería de acuerdo a los diagnósticos de Enfermería detectados y concluyendo con un análisis de resultados.

## **OBJETIVO GENERAL**

Realizar un estudio de caso en un adolescente con problemas en la eliminación siguiendo como línea de acción el proceso de atención de Enfermería y el modelo de Virginia Herderson donde se analizan las catorce necesidades fundamentales.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar las necesidades prioritarias en una adolescente con problemas en la eliminación.
- Elaborar diagnósticos de Enfermería y realizar intervenciones oportunas para optimizar la salud del paciente.
- Evaluar si las intervenciones proporcionadas cumplen con el fin preestablecido.

## I. MARCO TEORICO

### 1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Desde hace algunos años a la fecha se han presentado cambios importantes en la profesión de Enfermería a través del estudio de caso. En el presente trabajo se analizan catorce artículos en los cuales se sigue la metodología del Proceso de Atención de Enfermería a través del modelo de atención de Virginia Henderson que en nuestros días es considerada una de las más importantes teóricas de la profesión de Enfermería.

En el 2001 La autora Ortega del Hospital de Cardiología en México, realizó un estudio titulado valoración de Enfermería al paciente posoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson <sup>1</sup> con la finalidad de puntualizar la importancia de tener un esquema de valoración sistemática con enfoque teórico que permita la profesional de Enfermería analizar la situación de los pacientes posoperados por medio de una valoración focalizada de catorce necesidades permitiendo elaborar Diagnósticos de Enfermería certeros al mismo tiempo jerarquizar y planear intervenciones de Enfermería logrando obtener como resultado la independencia del paciente.

Al aplicar el proceso de atención de Enfermería, a través de la identificación y jerarquización de necesidades se hace posible una pronta actuación de la enfermera en el cuidado del paciente posoperado de cirugía cardiovascular.

En otro estudio realizado en el 2000 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Por Sánchez bajo un sistema tutorial sobre los cuidados básicos de un adolescente con necesidad de moverse y mantener buena postura<sup>2</sup>, utilizando como instrumentos cuestionarios y autorización por escrito

---

<sup>1</sup> Ortega, M. valoración de Enfermería al paciente posoperado de Cirugía Cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Hendsen. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001 9(1-4): 18-23

<sup>2</sup> Sánchez, V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería IMSS 2000; 9 (2): 91-96

(consentimiento informado) tabla de niveles (continuum) de Phaneuf, basado en el modelo de Virginia Henderson y en proceso de atención de Enfermería considerando al adolescente holísticamente, se realizaron Diagnósticos de Enfermería de los cuales se derivaron objetivos e intervenciones que garantizaron el proporcionar un cuidado individualizado.

Concluyendo que al aplicar un modelo se favorece a brindar un cuidado especializado e integral que hace posible la independencia del paciente y que sin duda cambia la práctica tradicional de Enfermería.

Es importante conocer y aplicar la propuesta filosofía de Virginia Henderson en la práctica diaria continuando en la ruta del profesionalismo la que nos dará en un futuro cercano el reconocimiento por el cual se ha luchado por varias décadas.

De la misma manera un estudio realizado en el 2001, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez por Franco y Benítez<sup>3</sup> sobre el proceso de cuidado a un preescolar con Virus de Insuficiencia Humana (VIH) con alteración en la necesidad de seguridad y protección, identificando principalmente las fuentes de la dificultad y grado de dependencia, a través de ese tiempo se estableció una estrecha relación que permitió adecuar el modelo de las necesidades y el proceso para la formulación de diagnósticos en Enfermería por medio del formato Problema, etiología y signos y síntomas (PES) y la notación de la North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA), además se menciona que el cuidado se proporciona de manera dependiente e interdependiente logrando así una buena calidad de vida.

El personal de Enfermería debidamente capacitado proporciona un cuidado especializado mediante la aplicación un modelo de atención como el propuesto por Virginia Henderson, en donde la enfermera actúa de forma dependiente y a la vez, se interactúa con otros profesionales con la finalidad de brindar un cuidado integral a los pacientes de manera oportuna y eficaz.

---

<sup>3</sup> Franco, M. proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Rev. Enfermería Universitaria. 2001 p. 13-23

En un estudio titulado atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre.<sup>4</sup> Por Partera, Molina, Gest y Cabero. En este estudio se mencionan las complicaciones de esta paciente lo que genera temor en la niña por lo que fue necesario elaborar un plan individualizado hacia la niña y sus padres con la finalidad de fomentar la autonomía y participación de la madre con respecto al cuidado de su hija siguiendo como metodología la aplicación del proceso de atención de Enfermería desarrollado por necesidades según el modelo de Virginia Henderson con problemas de colaboración, los diagnósticos de Enfermería que se formularon fueron reales y de riesgo incluyendo la taxonomía NANDA, cumpliéndose así los objetivos fijados en el plan de cuidados de Enfermería.

Se concluye que a pesar de que las actividades de Enfermería se centran en el cuidado, se debe considerar la actuación de los padres sobre el cuidado de cualquier paciente pediátrico.

Al evaluar a un paciente desde la perspectiva holística debe considerarse a la persona y su entorno y es preciso contemplar que los cuidadores primarios son muy importantes para el paciente por lo que es prioritario elaborar planes en los que se incluyan a los cuidadores disminuyendo el estrés de estos y aumentando así la participación de los padres.

En otro estudio realizado en el 2002 en el Hospital de Cardiología titulado Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica<sup>5</sup>. Utilizando el modelo de Virginia Henderson en el proceso de atención de Enfermería en el postoperatorio mediato se logró detectar las necesidades alteradas en el paciente dando la oportunidad de brindar un cuidado específico, a si como evaluar la efectividad de las intervenciones en el cuidado del cliente.

---

<sup>4</sup> Partera, M. Atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre. Barcelona. Enfermería Clínica 2003: 13(5) 313-320.

<sup>5</sup> Parra, A. Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica, México. Revista de Enfermería Mexicana de Cardiología 2003 Vol. II No. 2 p.66-71

Al revisar es tipo de artículos me he dado cuenta de la importancia de trabajar bajo un modelo de atención por que detecta las necesidades prioritarias sin descuidar las demás necesidades ya que todas estas interrelacionadas entre si logrando brindar un cuidado integral y oportuno.

Continuando con la revisión de estudios de caso se presenta un Proceso de Atención de Enfermería a usuarios con Peritonitis, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica y alteración de sus diferentes necesidades<sup>6</sup>. Se trata de un estudio clínico realizado como parte de la practica de Enfermería en un Hospital Dr. Gonzalo Castañeda Escobar del Instituto de Servicio y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el servicio de medicina interna en el año 2001 siguiendo la metodología del proceso de Enfermería, cuyo método de valoración, elaboración de diagnósticos e intervenciones se perfilan desde el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Este caso fue seguido únicamente por tres días valorando alteraciones que determinaban total dependencia en la necesidad de aprendizaje y evitar los peligros, siendo un estudio retrospectivo y documental, aplicando los conocimientos teórica adquiridos sobre la practica a través de un modelo de atención se brindan cuidados específicos en la promoción conservación restablecimiento de la salud del individuo con necesidades particulares.

Al jerarquizar las necesidades se obtuvo como resultado la independencia en algunas de estas mediante la orientación principalmente en la alimentación higiene.

Al adquirir práctica día con día aplicando el Proceso de Atención de Enfermería nos da seguridad en proporcionar un cuidado específico y de calidad en nuestro ejercicio profesional.

---

<sup>6</sup> Márquez, M. Proceso de Atención de Enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica hipertensión arterial sistémica y alteración de sus diferentes necesidades. Rev. Enfermería. Universitaria 2004.Vol1 No. 2 p. 16-22

En otro estudio titulado Plan de Cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla en el Hospital de Vall'd Ilebron, Barcelona, realizado por Riera, Boixadera<sup>7</sup>. Este estudio desarrolla un plan detectando las manifestaciones de dependencia, elaborando Diagnósticos de Enfermería utilizando la taxonomía NANDA, definiendo objetivos y realizando intervenciones oportunas en el periodo preoperatorio logrando así disminuir el temor en los pacientes.

Así como detallar problemas interdependientes derivados de la intervención quirúrgica donde se especifica controles de Enfermería para detectar posibles complicaciones así como las actividades a realizar cuando se instaura el problema.

Al ejercer la profesión de Enfermería a través de planes de atención estandarizados se mantiene la unificación de criterios sustentando el cuidado en una base teórica brindando la oportunidad de proporcionar un cuidado de calidad.

En un estudio realizado por Espinosa sobre los cuidados de Enfermería en un lactante con Neumonía<sup>8</sup>. Tuvo como objetivo primordial la aplicación del proceso de atención de enfermería orientado con la propuesta de Virginia Henderson, considerando aspectos éticos a tomar en cuenta el respeto a la autonomía por medio del consentimiento informado a los padres del niño utilizando como instrumento un documento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la especialidad de Enfermería infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Basado en las necesidades del niño de 0 – 5 años, logrando realizar un total de 22 seguimientos con sus respectivas valoraciones, focalizadas lo que permitió determinar el grado de dependencia de las variables (14 necesidades básicas). En este estudio se enuncian 15 diagnósticos de Enfermería de los cuales 9 fueron dependiente, 5

---

<sup>7</sup> Riera, A. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla, Barcelona, Enfermería Clínica 2002.

<sup>8</sup> Espinosa, V. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía, Desarrollo Científico Enfermería. 2003 II: 29 – 29

interdependientes y 1 de alto riesgo basándose para la elaboración del plan de intervenciones en los diagnósticos que reflejaron la actividad independiente de la enfermera.

Al termino de este estudio se llevo a la conclusión de que para brindar cuidados de Enfermería es necesario tener conocimiento y habilidad en la metodología del proceso con base en un modelo de atención, resaltando así la importancia de la formulación de diagnostico de Enfermería, ya que en esto se conjunta el análisis de los datos que orientan a la planeación de intervenciones de Enfermería.

En otro estudio titulado planificación del alta de un enfermo con trasplante renal de Castillo y Domínguez en 1999<sup>9</sup>

En este estudio se puntualizan los importantes cambios que debe realizar una persona con alteraciones en la necesidad de eliminación por ello se elabora un plan de alta a un enfermo recién trasplantado, partiendo de los conocimientos y hábitos que el enfermo ha ido adquiriendo en las diferentes etapas de su enfermedad. La enfermera debe valorar en función del estado de salud la capacidad de aprendizaje del enfermo idóneo y estrategia educativa a realizar y con ello contribuir a la independencia del individuo.

Es importante conocer las inquietudes de las personas que se encuentran bajo nuestro cuidado, esto nos da la oportunidad de identificar las necesidades que se encuentran alteradas, encontrando así el momento idóneo para aplicarlos planes de cuidado enfocados a lo detectado, como en el caso de la enseñanza con lo que se puede disminuir considerablemente la ansiedad de los pacientes.

En otro estudio realizado por Gallegos, Xequé y Becerril<sup>10</sup>, en Querétaro en el 2000. Se realizo con el objetivo de elaborar un instrumento para valorar las

---

<sup>9</sup> Castillo, E. Planificación de alta de un enfermo con trasplante renal. Enfermería Clínica 1999 Vol. 3 No. 4 p.163-166

<sup>10</sup> Gallegos, R. Programa Computacional para la revisión de la necesidad de los pacientes. Enfermería Clínica 2000.

necesidades básicas de los pacientes hospitalizados de forma sistemática y confiable a través de proceso de atención de Enfermería, metodología utilizada fue 1) Listado de variables (14 necesidades fundamentales), 2) Definición conceptual de variables, 3) Construcción de reactivos, 4) Búsqueda de un paquete computacional para elaborar el programa.

Obteniéndose como resultados un programa en el paquete de Excel 2000 que esta integrado por presentación, instrumentos para valoración y guía de llenado, posee apartados para datos generales y las catorce necesidades este último con sus, reactivos que mayormente tienen respuesta de opción múltiple. Con el uso de este instrumento computacional de valoración permitirá a las enfermeras mejorar la calidad de su trabajo, unificación de criterios, crecer como Profesionales de la Enfermería logando fomentar la satisfacción de los pacientes y favorecer el desarrollo institucional.

Si las enfermeras de todo el País trabajaran con un documento oficial, en el cual se establecieran los criterios para la valoración de las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson aplicado en el Proceso de Atención de Enfermería, se unificarían los criterios sobre el cuidado y los planes de cuidado existentes tendrían el éxito esperado ya que se trabajaría de forma homogénea.

En un estudio de investigación realizado en el año 2003 sobre las dificultades de la Valoración de Enfermería<sup>11</sup> el cual se realizo en el Hospital de Mollet a 98 enfermeras con el objetivo de conocer las dificultades habituales presentaban las enfermeras en la etapa de valoración de las necesidades del paciente y su familia de ese centro, a demás de identificar las habilidades, conocimientos y estrategias que utilizaban, así como las circunstancias ambientales y temporales en las que se aplicaba la valoración. Siguiendo la metodología del modelo de Virginia Henderson este estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal.

---

<sup>11</sup> Martínez, C. Dificultades en la valoración enfermera. Revista de Enfermería Clínica 2003 Vol 13 No. 4 p. 195-201

Se obtuvo que el principal problema era el tiempo en que se realizaba la valoración ya que este era de 71 minutos y las necesidades con mayor dificultad para valorar eran la necesidad de valores y creencias la necesidad de ocuparse y la necesidad de evitar los peligros. Dando pauta a reforzar las estrategias de trabajo y profundizar en algunos aspectos de la Valoración de Enfermería que ayuden en la búsqueda del diagnóstico enfermero más adecuado a cada situación de la vida.

Es necesario conocer y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria basado en un modelo de atención de manera homogénea dando continuidad a los cuidados planteados participando todo el personal de enfermería en los diferentes servicios y hospitales del país contribuyendo al desarrollo de la profesión.

En otro estudio realizado en España en el 2002 titulado Dificultades en la valoración de Martínez, Bustos, Rodríguez y Tornel<sup>12</sup>. Se menciona que pocos profesionales manejan tantos y variados datos como los Profesionales de Enfermería como son los biofísicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Hace mención de que hace varios años se ha intentado encontrar la documentación de cuidados para la utilización del Proceso de atención de Enfermería como reconocido instrumento de Valoración de necesidades del paciente y la resolución de problemas.

Esta documentación debe permitir registrar de forma completa y precisa los cuidados que requiere el paciente, pero que ahorre el tiempo y facilite la comunicación interdisciplinaria. Con el objetivo de determinar las alteraciones de las necesidades en la unidad de hospitalización pediátrica. Cuantificar los Diagnóstico de Enfermería vinculados a cada necesidad y determinar la relación entre sexo y edad.

---

<sup>12</sup> Rodríguez, A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros de la NANDA y las necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Revista de Enfermería Clínica 2002; 12(6): 253-9

Es importante detectar de manera oportuna las necesidades alteradas en un paciente hospitalizado y de la misma manera debe darse seguimiento extrahospitalario contribuyendo a mantener o mejorar la salud de los pacientes.

En otro estudio titulado La importancia de la Enfermería moderna en la atención del paciente quirúrgico de Jiménez<sup>13</sup>. Donde la autora refiere que la intervención de la Enfermera radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o una enfermedad, actualmente los procedimientos quirúrgicos ocupan la gran parte del hacer cotidiano de la Enfermera por lo tanto la Profesionalización de la Enfermera es indispensable para proporcionar un cuidado específico y eficaz con bases científicas y humanística. Con el objetivo de integrar un procedimiento a un modelo como el de Virginia Henderson con el propósito de preservar, reestablecer o recuperar la salud.

Además de marcar la importancia de los registros de Enfermería por que el cuidado de los pacientes quirúrgicos es trascendental y a medida de que los registros sean mas completos permiten plasmar las intervenciones realizadas y a la vez se pueden evaluar y con ello contribuir al desarrollo de las futuras investigaciones.

Pienso que el cuidado de Enfermería trasciende día a día buscando una identidad profesional y eso conlleva a una continua capacitación para mantenerse a la vanguardia.

En otro estudio realizado en Barcelona titulado Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretermino por Guallart y Roca<sup>14</sup>. En el cual las autoras mencionan que la valoración continua de todos los aspectos que configuran el entorno del Recién Nacido permite no caer en tecnicismos y se brinda cuidado de manera integral. Los cuidados que los Profesionales de Enfermería realizan

---

<sup>13</sup> Jiménez. M. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista de Enfermería Cardiológica 1999 Vol.7 No. 14 p. 28-35

<sup>14</sup> Guallart, M. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretermino. Revista de Enfermería Clínica 2000Vol. No.2 p. 44-49.

con los neonatos, como en cualquier otra área de especialización son de dos tipos AUTONOMOS O INDEPENDIENTES, donde incluyen las intervenciones de Enfermería planificadas para solucionar problemas reales o potenciales que presentan los recién nacidos y sus padres como respuesta humana al estado de enfermedad y a la hospitalización, otro tipo de cuidados son INTERDEPENDIENTES incluyen intervenciones de Enfermería planificadas para la colaboración en el diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico y su seguimiento.

El objetivo principal del profesional de Enfermería es crear un ambiente afectivo entre los padres y el recién nacido siguiendo la metodología del modelo de Virginia Henderson valorando de forma focalizada las necesidades concluyendo que los cuidados en las áreas neonatales son de forma sistemática y organizada.

En mi experiencia profesional he podido darme cuenta de que en las áreas de neonatos el personal es muy capacitado y ejerce la profesión de forma humanística y con responsabilidad.

Al hacer la revisión de estas publicaciones me he podido percatar que los profesionales de Enfermería están en un desarrollo importante al plasmar sus conocimientos y experiencias en la elaboración de planes de cuidado y que por medio de estos escritos se unifican criterios ya que se sigue un modelo de atención tan importante como el de Virginia Henderson desarrollado a través del Proceso de Atención de Enfermería y nos impulsa a reflexionar sobre nuestro hacer diario tratando de proporcionar un cuidado especializado, además de continuar a la vanguardia del conocimiento ya que este va de la mano con el desarrollo científico.

## **1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

A continuación se menciona la historia y trascendencia que ha tenido el Proceso en la Profesión de Enfermería ya que antes las Enfermeras realizaban intervenciones basada en las órdenes redactadas por los médicos y se centraban en los procesos patológicos más que en la persona que estaba siendo asistida.

El cuidado de Enfermería que se proporcionaba era dependiente del médico, y este cuidado se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico<sup>15</sup>.

El Proceso de atención de Enfermería este término aparece en los escritos de Enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la Enfermería como un Proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de Enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

La lucha de las Enfermeras por definir el campo de la Profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del Diagnóstico de Enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de Enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los Profesionales de Enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las Enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de Enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una Enfermera

---

<sup>15</sup> Kozier, B. Fundamentos de Enfermería 1999 Mc Graw-Hill Interamericana Vol 1 Cit:93

experta de solución a los problemas y pueda actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica<sup>16</sup>.

## **DEFINICIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El Proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el Cuidado de Enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de Enfermería<sup>17</sup>.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la Enfermería en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente a los problemas reales o potenciales de salud.

Yura y Wals (1988) afirman que el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de Enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y evaluar si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de Enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, El Proceso de Enfermería debería contribuir a elevar la calidad de vida del cliente utilizando al máximo sus recursos para conseguir o mantener la mejor calidad de vida posible, durante el mayor tiempo posible<sup>18</sup>.

## **OBJETIVO.**

---

<sup>16</sup> Alfaro. R. Aplicación del Proceso Enfermero 2003 Masson: Cit:4

<sup>17</sup> Iyer, P. Proceso y Diagnostico de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana 1995 Cit:23-24

<sup>18</sup> Iyer, P. Op. Cit: 10

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, el cliente como centro de atención. El Profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a mantener una asistencia individualizada.

### 1.2.1 VALORACION.

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería e incluye la recolección, organización y validación de los datos, la valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del Proceso de Enfermería.

Con la finalidad de crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con e fin de conocer los cuidados de Enfermería que necesita el cliente. (Las respuestas de los clientes comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre los aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.

Hay cuatro distintas clases de valoración.

Tipo	Momento de ejecución	Propósito	Ejemplo
Valoración inicial	Realizado en el tiempo específico 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 de Enfermería al ingreso.
Valoración focalizada	Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros.	Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.	Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.
Valoración urgente	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente.	Identificar problemas que amenazan la vida.	Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona; estado de la respiración y la circulación durante una parada cardíaca.  Valoración hacia las

			tendencias a un suicidio o probables actos de violencia.
Valoración después de un tiempo	Varios meses después de un estudio inicial.	Compararla evolución de un cliente con los datos básicos obtenidos anteriormente.	Nueva valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital.

Cuadro No.1 Elaborado por RMZ 2006.

## MÉTODOS DE VALORACIÓN.

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

### A) LA OBSERVACIÓN.

Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad conciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado,

La observación tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos (ó sea, percibiéndolos).

Es frecuente que las enfermeras tengan que atender con prioridad a los estímulos específicos de una situación clínica; de otro modo, pueden quedar desconcertadas ante una serie de estímulos, o sea, distinguirlos de una forma significativa.

Sentido	Ejemplos de datos del cliente.
Visión.	Aspecto general (dimensiones corporales, peso total, postura, grado de aseo personal); signos de malestar, de aflicción o de tensión emocional; mímica facial y corporal; coloración y lesiones de la piel, alteraciones de los movimientos; elemento no verbales de la conducta) por ejemplo libros iconos, velas, rosarios).
Olfación	Olores corporales o del aliento.
Audición	Ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad de para comunicarse, lenguaje hablado, capacidad para iniciar una conversación para responder al hablar con otros, orientación en el tiempo, el espacio, y sobre si mismo, ideas y opiniones acerca de uno mismo, de los demás y del estado de salud.
Tacto	Temperatura y humedad de la piel, fuerza muscular (por ejemplo para apretar la mano), frecuencia, ritmo y volumen del pulso, lesiones palpables, (por ejemplo abultamientos, masas, nódulos Fuente <sup>19</sup> Kosier, B.).

Cuadro No. 2 Elaborado por RMZ 2006.

<sup>19</sup> Kosier, B. Op. Cit. 97

## **B) LA ENTREVISTA.**

Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar o dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento. La entrevista es un proceso que la enfermera emplea en la mayoría del Proceso de Enfermería. Hay dos sistemas de entrevista, el dirigido y el no dirigido.

La entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica, las enfermeras utilizan esta entrevista para obtener y dar información en un periodo limitado de tiempo (por ejemplo en una situación de urgencia).

La entrevista no dirigida “crea una relación de compenetración”, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

La relación de compenetración es la relación de dos o más personas

La planificación de la entrevista y el contexto. Antes de empezar una entrevista la enfermera revisa la información que tiene a su alcance, por ejemplo, el informe del padecimiento del cliente artículos publicados sobre el problema de salud del cliente, la mayoría de las enfermeras tienen un esquema de la entrevista para recordar las áreas de información y saber lo que han de preguntar.

### **Etapas de una entrevista.**

- ❖ **Comienzo:** Puede ser la parte más importante de la entrevista, por lo que se dice y se hace en ese momento marca la pauta para el resto de la entrevista. El comienzo consta de dos pasos, la creación de una relación de compenetración y la relación del entrevistado estas fases pueden tener lugar al mismo tiempo y con frecuencia son indistinguibles. Se puede

empezar con un saludo o con una presentación, acompañados de un gesto no verbal como una sonrisa, un apretón de manos o una actitud amistosa.

- ❖ **Orientación:** Se le explica el motivo de la entrevista y se le pide su cooperación. Al abordar el tema principal en la entrevista, el cliente transmite lo que piensa, siente y sabe y percibe en la respuesta a las preguntas de la enfermera. Para desarrollar eficazmente la entrevista es preciso que la enfermera utilice técnicas de comunicación que permitan a las dos partes sentirse cómodas y servir al propósito de la entrevista.
  
- ❖ **Finalización:** La enfermera termina normalmente la entrevista cuando se ha obtenido la información necesaria. En algunos casos, sin embargo, el cliente es el que da por terminada la entrevista, cuando decide no proporcionar más información, o por estar cansado por ejemplo, la conclusión de la entrevista es importante para mantener la relación de compromiso y confianza creada durante la misma y para facilitar los compromisos posteriores finalizando con preguntas como ¿Tiene alguna duda? ¿Le gustaría hablar de otro tema en otra ocasión?

### **C) LA EXPLORACION.**

La exploración Física es un método sistemático de Obtención de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto); para descubrir los problemas de salud, Para llevar a cabo la exploración física, la enfermera utiliza los métodos de inspección, palpación auscultación y percusión. El desarrollo de las capacidades necesarias para la valoración física requiere del conocimientos, práctica y tiempo. Sin embargo, la enfermera o estudiante debe empezar describiendo el aspecto general del

cliente. La exploración física se realiza de forma sistemática y cefalo caudal y/o por aparatos y sistemas.

Características de de salud funcional. Permite al profesional de Enfermería recoger datos de forma sistemática evaluando las características de salud funcional del paciente.

Tipos de respuesta humanas. Esta metodología permite al profesional de Enfermería explorar al paciente de forma sistemática dominando la técnica y la clave para obtener una valoración física es ser minucioso aplicando la

- ④ Inspección. Examen mediante la observación cuidadosa y crítica.
- ④ Auscultación. Examen mediante la escucha con un estetoscopio
- ④ Palpación. Examen mediante el tacto y la sensación
- ④ Percusión. Examen mediante el tacto, el golpeteo y la escucha<sup>20</sup>

## EL PROCESO DE VALORACIÓN.

Incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas.

**1. Obtención de datos.** La obtención de datos consiste en reunir información sobre el estado de salud del cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios del estado de salud de un cliente.

Clases de los datos.

- a) Datos subjetivos.** También conocidos como síntomas o datos no visibles son visible solo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona. El picor, el dolor y los sentimientos de preocupación datos subjetivos. La información suministrada por los familiares es información considerada subjetiva se basa en una opinión más que en los hechos.

---

<sup>20</sup> Alfaro R. Op. Cit: 54

**b) Datos objetivos.** También son datos llamados signos o datos de manifiesto, son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, sentir u oler y se obtienen mediante la observación o la exploración física por ejemplo una coloración de la piel o una lectura de presión arterial son datos objetivos.

Fuentes de los datos. Primarios o secundarios.

**Primarios:** El cliente es la primera fuente de información.

**Secundarios:** Los registros e informes y los datos de laboratorio son datos secundarios.

**2. Organización de los datos:** Para la obtención de los datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como Historia de Enfermería o Valoración de Enfermería: Los datos recogidos durante la Historia de Enfermería son subjetivos en gran medida. La mayoría de las escuelas de Enfermería y los centros de atención sanitaria han desarrollado sus propios instrumentos de valoración estructurada. Muchos de ellos están basados en ciertas teorías de Enfermería.

**3. Validación de los datos:** La validación consiste en un doble examen o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos.

La validación de los datos permite a la enfermera. Asegurarse de que la información obtenida durante la valoración es completa. Se debe verificar que los datos objetivos y subjetivos relacionados sean coherentes entre si.

**4. Registro de los datos:** Para finalizar la fase de valoración la enfermera registrara los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los datos se recogen de forma objetiva y la enfermera no los interpreta. Por ejemplo la enfermera registra lo que el cliente ha comido en el desayuno (datos objetivos) café 240ml, 1 huevo, una tostada etc. Mejor que decir tiene un buen apetito no se deben hacer juicios.

## 1.2.2 DIAGNOSTICO

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso de Enfermería. Surgió en 1970 y aportó a la Profesión un enfoque adecuado sobre el contenido y las categorías diagnósticas que pertenecen al terreno de Enfermería. La primera definición Diagnóstico Enfermero fue formulada por Abdellah (1957) quien afirmó que consistía en determinar la naturaleza y la magnitud de problemas de Enfermería que afectan a pacientes individuales o familias que están recibiendo cuidados Enfermeros. En esta fase, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas de los pacientes.

El término diagnóstico se utiliza a menudo para describir tanto un proceso como un producto.

El término diagnóstico alude al proceso de razonamiento denominado (razonamiento diagnóstico); Los términos estandarizados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se denominan etiquetas diagnosticas y el producto (enunciado del problema) se denomina Diagnóstico Enfermero.

Un Diagnóstico de Enfermería es un juicio que solo se emite tras una obtención de datos sistemática y exhaustiva de información<sup>21</sup>.

### **Definición de Diagnóstico**

Es un razonamiento dirigido a la determinación de la naturaleza y causas de un fenómeno. (Se analizan y se interpretan de forma crítica los datos obtenidos).

### **Tipos de Diagnósticos Enfermeros**

Existen varios tipos de diagnósticos: Reales, de riesgo, posible, y de salud.

#### **1. Un diagnostico real.**

Es un juicio clínico sobre la respuesta individual, familiar o de comunidad a problemas de salud real o potenciales de procesos vitales<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Kozier, B. Op. Cit: 116

<sup>22</sup> Iyer, P. Op. Cit. 95

## **2. Un Diagnóstico de Riesgo.**

Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema que otras personas en una situación igual o similar.

## **3. Diagnóstico de Enfermería Posible**

Es aquel en que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere de más datos ya sea para corroborarlo o refutarlo. **Posible aislamiento social**<sup>23</sup>.

## **4. Diagnóstico de salud**

Es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior.

## **Componentes de un Diagnóstico Enfermero.**

Un diagnóstico Enfermero consta de tres partes:

1) El enunciado del problema, o etiqueta diagnóstica describe el problema de salud con claridad y concisión en pocas palabras. El fin de las etiquetas diagnóstica es guiar una elaboración de objetivos del paciente y de criterios de resultado, también puede sugerir algunas intervenciones de Enfermería.

2) La etiología. El componente etiológico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta individualiza la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.

---

<sup>23</sup> Kozier, B. Op. Cit: 117

3) Las características definitorias, son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta como en el caso del diagnóstico real.

### **El Proceso Diagnóstico**

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades del pensamiento crítico:

1) El análisis es la separación en componentes es decir, la división de un todo en distintas partes.

2) La síntesis es lo contrario, es saber reunir las partes de un todo.

El pensamiento crítico es un pensamiento cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formarse una opinión.

### **Formular enunciados diagnósticos.**

El formato básico de los enunciados de un diagnóstico es **Problema relacionado con la etiología**, sin embargo las enfermeras deberán ser capaces de escribir enunciados diagnósticos consistentes en una sola parte, dos partes o tres partes.

1) Enunciados en una parte. Como los diagnósticos de salud o los diagnósticos de síndromes, solo consta de una etiqueta de la NANDA, (a medida de que estas etiquetas se perfeccionan tienden a ser más específicas) de manera que las intervenciones de Enfermería se derivan de la etiqueta diagnóstica. Por ejemplo "Síndrome traumático de la violación".

2) Enunciado básico en dos partes. Se utiliza para los diagnósticos Enfermeros Potenciales, de Riesgo y Posibles. Consta de los siguientes componentes.

a) Problema (P) Enunciado de la respuesta del paciente

b) Etiología (E) Factores que contribuyen a la respuesta o causas probables de las mismas.

3) Enunciados básicos en tres partes. Se denomina formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas) se utiliza para diagnósticos reales

a) Problema (P) Enunciado de la respuesta del paciente.

b) Etiología (E) Factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de ella.

c) Signos y Síntomas (S) Características definitorias manifestadas por el paciente.

### Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros

Una taxonomía es un sistema de clasificación de grupos, o de clases o conjunto.

Como principio organizativo de la taxonomía de la NANDA se basa en “patrones de respuesta humana<sup>24</sup>”.

Diferencia entre los Diagnósticos de Enfermería y Diagnósticos Médicos.

Diagnóstico Enfermero	Diagnóstico Médico
El Diagnóstico Enfermero se centra en la persona.	El Diagnóstico médico se centra esencialmente en la patología.
Contempla la reacción de la persona no sólo frente a un problema de salud, sino frente a un problema existencial o de maduración.	Se dirige a la identificación a los signos y síntomas a fin de determinar los problemas de salud de la persona.
Muestra un problema y una causa (en su forma tradicional)	Se expresa por la denominación de patología (p.ej: neumonía) no suele mencionar la causa (. ej: neumonía vírica)
Puede tener en cuenta no sólo problemas actuales, si no también problemas potenciales, con objeto de prevenirlos.	Generalmente no se refiere más que a problemas existentes.
Cambia con la evolución de la situación.	Permanece más o menos invariable a lo largo de la enfermedad y a veces incluso a lo largo de una vida (p. ej: la diabetes)
Lleva a la enfermera a actuaciones autónomas	Lleva a la enfermera a actuaciones prescritas (de colaboración)
Forma parte de una clasificación reconocida solo desde 1973. Esta se precisa y se va haciendo cada vez más internacional	Está homologado en una clasificación que esta desde hace más de 100 años y que ya es internacional.

Cuadro No. 3 Elaborado por R MZ 2006

<sup>24</sup> Phaneuf. M. La Planificación de los cuidados Enfermeros. McGraw-Hill Interamericana 1999 Cit:162

Normas o principios fundamentales del razonamiento diagnóstico.

- ④ Reconocer los diagnósticos requiere que uno este familiarizado con ellos. Razonar teniendo las referencias para poder identificar los signos y síntomas asociados.
- ④ Mantener la mente abierta. Evitar tener influencia de las experiencias pasadas o por la información que se obtiene de otros profesionales.
- ④ Al realizar un Diagnóstico de Enfermería respaldarlo con evidencia. (los signos y síntomas son las piezas claves para el diagnóstico).
- ④ La intuición es un elemento valioso para la identificación de los problemas no se debe uno basar en eso, se debe buscar las evidencias que lo verifiquen<sup>25</sup>.

Errores en el proceso diagnostico.

1. Obtención incorrecta o incompleta de los datos.

La capacidad para realizar un diagnóstico de Enfermería dependerá de una base de datos exacta y completa. Son varios los factores que pueden interferir con la recogida de los datos, siendo algunos de ellos los problemas de comunicación, la ocultación de información distracciones o interrupciones.

Problemas de comunicación, Como barrera lingüística. Tanto el cliente como el Profesional de Enfermería pueden tener barrera de lingüística que interfiera con la obtención de os datos<sup>26</sup>.

2. Interpretación incorrecta de los datos.

Un tipo habitual de error es el desarrollo de un juicio antes de reunir o considerar toda la información importante. Pueden aparecer problemas cuando solo se utiliza una observación, por que resulta más significativos datos de información o patrones de conducta que indicios o episodios aislados.

Prejuicios personales. Los prejuicios personales y la falta de de las practicas y creencias culturales pueden influir en la interpretación de los datos por parte del Profesional de Enfermería.

---

<sup>25</sup> Alfaro R. Op. Cit: 100

<sup>26</sup> Iyer, P. Op. Cit: 105-110

### 3. Falta de conocimientos clínicos.

La falta de conocimiento clínico o de experiencia puede afectar la obtención o interpretación de los datos. Esto puede dar lugar a que:

- ⓐ No se reúnan los datos fundamentales
- ⓑ Que se agrupen indicios de forma incorrecta
- ⓒ Que se interpreten los indicios de forma incorrecta

### 1.2.3 PLANIFICACION.

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de Enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas.

El producto de la fase de planificación es un plan de asistencia del cliente. Las enfermeras no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente en la medida de lo posible. En el hogar, son las personas de apoyo y/ o los cuidadores quienes ejecutan el plan de asistencia<sup>27</sup>.

#### **Tipos de planificación.**

##### **Planificación inicial.**

La planificación debe iniciarse lo antes posible después de la valoración inicial sobre todo por la tendencia a acortar las estancias en los hospitales.

##### **Planificación continúa.**

La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente. A medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados, la enfermera traza el plan diario con los objetivos siguientes.

---

<sup>27</sup> Kosier, B. Op.Cit: 141

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

### **Planificación del alta**

Dado que la estancia media de los pacientes en los hospitales para casos agudos sea acortado a veces se da alta a personas siguen necesitando cuidados. La planificación del alta el proceso de prever las necesidades del paciente al salir del hospital se esta convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud.

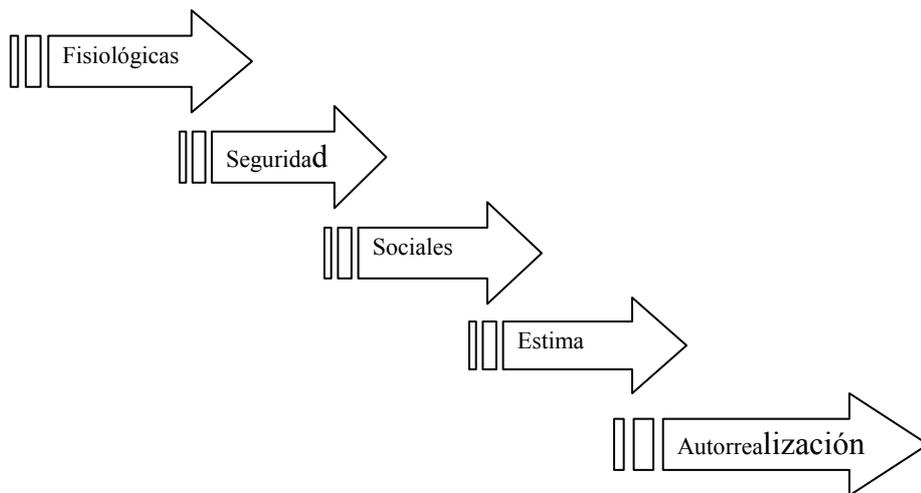
### **El proceso de planificación**

El proceso de planificación comprende las siguientes actividades

- ④ Establecer las prioridades.
- ④ Establecer los objetivos del cliente/ criterios de resultados.
- ④ Seleccionar las estrategias de Enfermería.
- ④ Desarrollar planes de cuidados de Enfermería

### **Establecer prioridades**

**El establecimiento de prioridades** es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de Enfermería. La enfermera y el paciente empiezan a planificar decidiendo que diagnostico Enfermero es el primero en necesitar atención, cuál el segundo y así sucesivamente.



Modelo de Maslow.  
Esquema No. 1 Elabora RMZ 2006.

Hay 3 tipos de prioridad<sup>28</sup>.

Prioridad	Descripción
Prioridad Alta.	Los que suponen una amenaza para la salud.
Prioridad Media	Una enfermedad aguda o de menor capacidad de afrontamiento, puede causar un retraso en el desarrollo o alteración física o emocional
Prioridad Baja	Es aquella que surge de las necesidades normales del desarrollo o que requiere de un mínimo de apoyo de Enfermería

Cuadro No. 4 Elaborado por RMZ 2006

### **Establecer los objetivos del cliente y los criterios de resultados**

Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico Enfermero. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación del comportamiento deseadas. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnostico enfermero.

El objetivo y criterio de resultados se utilizan a veces indistintamente.

Objetivos, que serían enunciados amplios acerca de los efectos de las intervenciones de Enfermería. (El estado nutricional mejorará)

<sup>28</sup> Kosier, B. Op. Cit: 143

Criterios de resultados considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo. (Habrá engordado 2.3 Kg. para el 25 de abril)

### **Fines de los objetivos/criterios de resultados son los siguientes**

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

### **Objetivos a largo y a corto plazo**

Los objetivos pueden ser a corto plazo. Describen los beneficios tempranos que se deben esperar de las intervenciones de Enfermería.

Los objetivos pueden ser a largo plazo. Describen los beneficios que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan<sup>29</sup>.

### **Componentes de los enunciados de los objetivos / criterios de resultados**

1. Sujeto. El sujeto un sustantivo es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo.
2. Verbo. El verbo denota una acción que el paciente debe realizar por ejemplo lo que ha de hacer aprender o experimentar.
3. Condiciones o puntualizaciones. Las condiciones o puntualizaciones pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente

---

<sup>29</sup> Alfaro R. Op. Cit: 132

4. Criterio del resultado esperado. El criterio indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevara a cabo con la conducta especificada.
5. Momento específico. El tiempo en el cual se desarrollara un objetivo.

### **Selección de estrategias de Enfermería**

Las estrategias o intervenciones son actividades de Enfermería que están relacionadas con un diagnóstico Enfermero específico que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias concretas que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del Diagnóstico Enfermero, que es la segunda parte de su enunciado. En el caso de los diagnósticos enfermeros potenciales, las estrategias deben concentrarse en medidas para reducir o factores de riesgo del paciente y/o sus signos o síntomas, que también se encuentran en la segunda parte del enunciado.

### **Criterios para elegir estrategias de Enfermería**

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

### **Tipos de estrategias de Enfermería.**

Las estrategias (o intervenciones) de Enfermería se identifica y escriben durante la etapa de planificación el proceso de Enfermería sin embargo, en realidad se llevan acabo durante la fase de ejecución<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Iyer, P. Op. Cit: 187.

## **Tipos de intervenciones**

### A) Intervenciones interdependientes.

Las intervenciones interdependientes definen las actividades que el Profesional de Enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración de asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos, y puede añadir detalles de cómo se va a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el médico.

### B) Las intervenciones independientes.

Actuaciones independientes son las actividades que pueden llevar a cabo los Profesionales de Enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el Profesional de puede ordenar de manera independiente están definidas por los Diagnósticos de Enfermería. Estas son las respuestas que el Profesional de Enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

### C) Las intervenciones dependientes.

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados, por ejemplo las ordenes suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas pruebas de diagnóstico, tratamientos, dietas y actividad. La enfermera es la responsable de comprender y valorar las órdenes médicas y llevarlas a cabo, las intervenciones dependientes suelen guardar una relación estrecha con la enfermedad del paciente.

## **Redacción de las órdenes de Enfermería.**

Tras elegir las intervenciones de Enfermería adecuadas, la Enfermera las escribe en el plan de cuidados como.

## **Ordenes de enfermería.**

Son instrucciones para las actividades concretas que la enfermera realiza con el fin de ayudar al paciente a lograr los objetivos de salud establecidos. El termino orden conlleva un sentido de responsabilidad para la enfermera que la imite y para la que la cumple.

**Fecha.**

Las órdenes de Enfermería se fechan en el momento de escribirse y se revisan a intervalos regulares que dependen de las necesidades del individuo.

**Verbo de acción.** El verbo de acción inicia la orden y debe ser preciso por ejemplo < explicar al (paciente) las acciones de la insulina >

**Área de contenido.**

El contenido es el donde y el que de la orden.

**Elemento tiempo.**

El elemento tiempo responde a cuando, durante cuanto tiempo con frecuencia debe producirse la acción de Enfermería.

**Firma.**

La firma de la Enfermera que prescribe la orden es signo de su responsabilidad y tiene valor legal.

**Determinación de los de las acciones de Enfermería.**

Se trata de la elección de las intervenciones que permiten a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado del paciente para corregir su problema de dependencia.

Características de las intervenciones.

- ④ Basarse en los principios científicos de la fisiopatología, psicología y sociología
- ④ Individualizarse
- ④ Formularse de manera concisa simple y concreta
- ④ Armonizar el diagnóstico en enfermero y el objetivo

- Ⓢ Responder a las preguntas ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué? ¿En que medida?
- Ⓢ Buscar la progresión hacia la autonomía o el bienestar de la persona Considerarse el equivalente a la prescripción medica y estar firmadas.
- Ⓢ Favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza<sup>31</sup>.

### **El plan de cuidados de Enfermería**

(También conocido como plan de cuidados del paciente) es un escrito que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los Diagnóstico Enfermeros del cliente y alcanzar los objetivos marcados.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el paciente.

Características. Independiente del marco en el que estén escritos, los planes de cuidado tienen ciertas características deseables como son.

- Ⓢ Estar escritos por enfermeros universitarios titulados
- Ⓢ Ser iniciados después de la primera interacción con el cliente
- Ⓢ Fácilmente accesible
- Ⓢ Actual

### **Tipos de planes.**

- Ⓢ Individualizados. Permite la documentación de los diagnósticos de Enfermería objetivos pero exige mucho tiempo
- Ⓢ Estandarizados. Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente, son útiles en la enseñanza profesional no familiarizados con los diagnósticos médicos,

---

<sup>31</sup> Phaneuf, M. Op, Cit 111.

pero también puede ser limitante, ya que es raro que todos los problemas del paciente se aborden en un solo plan.

### **Clasificación de las intervenciones de Enfermería.**

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

La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería).

La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Una intervención de Enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." (McCloskey y Bulechek, 2000) las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad<sup>32</sup>.

### **Objetivos de un plan de cuidados por escrito.**

Son los siguientes:

1. Ofrecer directrices para los cuidados individualizados.

---

<sup>32</sup> Closkey Mc. Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª Ed Mosby España 1999 Cit:3-9

2. Facilitar la continuidad de los cuidados. El plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones de un personal de Enfermería que cambia constantemente.
  
3. Orientar sobre lo que debe quedar documentado en las notas de evolución del paciente. El plan de cuidados indica específicamente que observaciones realizar que acciones de Enfermería emprender y que instrucciones dar al apaciente o a la familia. Esto facilita la recogida de información.
  
4. Orientar para designar al personal que va a atender al paciente.
  
5. Orientar para el reembolso de las compañías de seguro medico, denominado a menudo reembolso a cargo de terceros. Las compañías utilizan los historiales médicos para determinar lo que van a pagar en relación con la asistencia hospitalaria que ha recibido el asegurado si no se ha documentado con precisión la atención de Enfermería en el plan de cuidados la Enfermera no tiene como demostrar lo que se ha hecho la aseguradora no pagara por los servicios no documentados.

#### **Formato para los planes de cuidados.**

Aunque los formatos difieren de un centro a otro, en términos generales el plan se organiza en cuatro columnas o categorías:

- a) Diagnósticos Enfermeros o listas de problemas.
- b) Objetivos y criterios de resultados.
- c) Ordenes de Enfermería y ,
- d) Evaluación.

#### **1.2.4 EJECUCIÓN.**

El proceso de Enfermería está orientado por acciones, centrados en el cliente y dirigido a objetivos. Tras desarrollar un plan de cuidados basado en las fases de diagnóstico y valoración la enfermera pone el plan en funcionamiento y evalúa los resultados. En base a esta evaluación, se continúa, modifica o suspende el plan de cuidados<sup>33</sup>.

### **Relación entre la ejecución y otras fases del proceso de Enfermería**

Una ejecución satisfactoria depende en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se haya realizado. Las fases del Proceso de Enfermería son interdependientes y simultáneas, más que aisladas o lineales. Utilizando los datos obtenidos durante la valoración la enfermera puede individualizar los cuidados prestados en la fase de ejecución ajustado a las intervenciones a cada paciente específico más que aplicándolas rutinariamente a categorías del cliente.

#### **Habilidades para la ejecución.**

Para el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Las habilidades difieren de otras; sin embargo, en la práctica, las enfermeras utilizan diversas combinaciones y con distinto énfasis.

**Las habilidades cognitivas.** (Habilidades intelectuales) Incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones y el razonamiento crítico y el pensamiento creativo resultan cruciales para un cuidado de Enfermería seguro e inteligente.

**Las habilidades interpersonales.** Son todas las actividades que las personas utilizan comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales la eficacia de una actividad de enfermería suele depender en gran medida, de la capacidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

---

<sup>33</sup> Kosier, B. Op. Cit: 162

**Las habilidades técnicas.** Son habilidades manuales como la manipulación de un equipo, administración de inyecciones, realización de vendajes etc. Las habilidades técnicas requieren de conocimientos y frecuentemente habilidades manuales.

### **Proceso de ejecución.**

El proceso de ejecución normalmente incluye.

- ④ **Una nueva valoración del cliente.** La valoración se realiza a través de todo el proceso de Enfermería, siempre que la enfermera tenga contacto con el cliente justo ante de la ejecución, la enfermera valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria. Aunque exista la orden escrita en un plan de cuidados, la situación o el estado del cliente puede haber cambiado.
- ④ **Determinar la necesidad de cuidados de Enfermería.** 1. La enfermera es capaz de ejecutar la estrategia de Enfermería ella sola (por ejemplo dar la vuelta a un paciente obeso) 2. Para disminuir el estrés del cliente (por ejemplo dar vuelta a un paciente que sufre dolor agudo cuando se le mueve). 3. La enfermera carece de los conocimientos o habilidades necesarios para realizar una actividad de enfermería determinada (por ejemplo una enfermera que no está familiarizada con un modelo particular de mascarilla de oxígeno requiere ayuda la primera vez que la utiliza)
- ④ **Ejecutar las estrategias de Enfermería.** Tras valorar de nuevo al cliente y determinar de nuevo al cliente la necesidad de asistencia, la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las estrategias de Enfermería suelen incluir cuidar, comunicar ayudar, enseñar aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar.
- ④ **Comunicar las acciones de Enfermería.** Tras cumplir las órdenes de Enfermería, La enfermera completa la fase de ejecución registrando las

intervenciones, así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de Enfermería<sup>34</sup>.

### **1.2.5 EVALUACIÓN.**

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de Enfermería. En este contexto la evaluación es una actividad planeada, y continua y con objetivos en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan.

- 1) El progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y la
- 2) Eficacia del plan de cuidados de Enfermería, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de Enfermería deben suspenderse, continuar o cambiarse.

La evaluación continua se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de Enfermería y permite a la enfermera a realizar modificaciones puntuales en una intervención. La evaluación intermitente realizada a intervalos determinados (por ejemplo una vez a la semana) muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades. La evaluación se mantiene hasta que el cliente alcanza los objetivos de salud o de estado de alta de la atención de Enfermería.

La evaluación final indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de los objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Kosier, B. Op. Cit: 164-166

<sup>35</sup> Kosier, B. Op. Cit: 166-167

## **Relación entre la evaluación y otras fases del proceso de Enfermería.**

Los resultados deben ser establecidos concretamente en términos de comportamiento para que sean útiles en la evaluación de la respuesta del cliente.

## **Evaluación de las respuestas del cliente.**

El proceso de evaluación tiene los siguientes componentes.

- ④ Identificar la evolución esperada que la enfermera utiliza para determinar la consecución de los objetivos.
- ④ Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
- ④ Comparar los datos con la evolución esperada
- ④ Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- ④ Relacionar las acciones de Enfermería con la evolución del cliente.
- ④ Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
- ④ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

## **CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA. (CRE).**

En 1987 McCloskey y Bulechek crearon un equipo de investigación para desarrollar una clasificación de intervenciones de Enfermería paralela a la clasificación de la (North American Nursing Diagnosis Association) NANDA de diagnósticos de Enfermería.

Es una clasificación normalizada completa de intervenciones que realizan los Profesionales de Enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de los cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación y la eficacia, la cuantificación de la productividad.

La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los Profesionales de Enfermería en función de los pacientes.

Una intervención se define como “Cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional de Enfermería Para aumentar los resultados del paciente”

Las intervenciones incluyen tanto la esfera fisiológica, psicológica, tratamiento de enfermedades y para la prevención de estas.

Las intervenciones están agrupadas en clases y campos.

Es necesario identificar las acciones de Enfermería para evaluar los resultados de sus intervenciones Christensen menciona la evaluación de la Estructura, Proceso y Resultado<sup>36</sup>.

1. El enfoque de la evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, y equipo y patrón de organización del centro de salud.
2. La evaluación del proceso se centra en las actividades de Enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de Enfermería en las hojas de evolución.
  - ⊕ La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento que tiene lugar, los ejemplos incluyen la observación de su capacidad para enseñar la administración de la insulina, juzgar si las comprobaciones neurológicas se realizan con precisión y a tiempo.
  - ⊕ La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de Enfermería son evaluadas después de este hecho. (como el registro de la ingestión y excreción y los movimientos de ambulación del paciente según se ordenaron.
3. La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y en el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención, por

---

<sup>36</sup> Christensen. P. Proceso de Atención de Enfermería. Manual Moderno 1993 Cit: 194

ejemplo en un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta del medicamento.

- ④ La evaluación concurrente del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o conocimientos por ejemplo la planeación de una dieta escasa en sodio.
- ④ La evaluación retrospectiva del resultado examina la grafica después de haber dado de lata al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de Enfermería los ejemplos incluyen la documentación de que el paciente realizó las actividades de la vida diaria, demostró cambios positivos de actitud o planeo un menú diario para el diabético.

### **1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HERDERSON.**

Un modelo conceptual como sinónimo de marco conceptual, se describe como un conjunto de de imágenes metales acerca de la disciplina que se expresan en conceptos, los cuales son términos descriptivos que caracterizan, objetos, personas o acontecimientos que al derivar de experiencias forman asunciones básicas del modelo; el modelo conceptual enfermero, es el conjunto de proposiciones generales y abstractas que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representa.<sup>37</sup>

#### **ANTECEDENTES.**

Virginia Henderson nació en 1897, fue una persona que desarrollo su interés por la Enfermería durante la Primera Guerra Mundial, EN 1918 ingreso a la Army School Nursing de Washinton D.C., dedicada al estudio además de ser Profesora de Enfermería era autora e investigadora debido a eso reflexiono sobre el hace de Enfermería, y por medio de varias influencia positivas y negativas dio una definición de lo que era la Enfermería para ella, desarrollo un

---

<sup>37</sup> Luis. M., Fernandez C., Navarro M. De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona Masson, 1998 Cit: 27

Modelo de atención que en nuestros días es considerado una teoría del cuidado por ser un modelo que se adapta perfectamente a Proceso de Atención de Enfermería con el que se puede brindar un cuidado individualizado especializado debidamente dirigido<sup>38</sup>.

Considero importante señalar lo que es un modelo.

Modelo es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que puede ayudar a comprender algo que no se puede ver directamente no es una realidad sino una abstracción.

Un Modelo conceptual Enfermero. Es un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas entere sí de forma sistemática y que proporciona una estructura significativa para el ideal que representa<sup>39</sup>.

El Modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería.

Define el rol de Enfermería:

“La unida función de la enfermera es asistir al enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo aquello que le a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.<sup>40</sup>

Para Maria Teresa Luís Rodrigo y Fernández Ferrín este modelo es muy importante por que considera que es uno de los más conocidos ya que la definición que dio de la Enfermería la a adoptado el Consejo Internacional de Enfermería por que resulta coherente con nuestros valores y culturales y explica los conceptos por medio de una terminología fácil Comprensión.

Propicia la toma de conciencia para desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar o mantener un entorno saludable. A demás de proponer un método de

---

<sup>38</sup> Marriner.Tonesey. Modelos de Enfermería Mosby-doyma 1994 Cit: 102

<sup>39</sup> Fernández. C. De la teoría a la practica “El pensamiento de Virginia Henderson. Masson. 1998. Cit:27

<sup>40</sup> Fernández. C. Op. Cit; 3

solución de problemas el cual se adapta perfectamente al Proceso de Atención de Enfermería para realizarlo en la práctica Profesional También permite utilizar la taxonomía NANDA

## CONCEPTOS DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE V. HERDERSON

### 1. Persona.

Es un ser integral, es decir, componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

### 2. Entorno.

El ambiente donde se desarrolla el individuo.

### 3. Enfermería.

El rol fundamental de la Enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir con las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con las funciones de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible<sup>41</sup>.

### 4. Salud.

Es el estado de bienestar o ausencia de enfermedad.

5. Virginia Henderson propone que se analice al ser humano por medio de catorce necesidades.

Necesidades Fundamentales	Factores que influyen en la necesidad.
N. de Oxigenación	El Oxígeno es esencial para la vida y este llega a las células a través de la respiración por ello es la importancia de valorar el intercambio gaseoso a nivel pulmonar. Ya que a la inspira se introduce oxígeno y a la expira sale dióxido de carbono <sup>42</sup> .
N. de Nutrición	La nutrición es una necesidad de suma importancia ya que al ingerir alimentos el organismo absorbe una suficiente cantidad de

<sup>41</sup> Riopelle. L. Cuidados de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. 1993. Cit:2

<sup>42</sup> Witte. B. Tratado de Enfermería práctica. Mc Graw- Hill Interamericana 2000. Cit: 333

	nutrientes para asegurar el crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y energía indispensable para su buen funcionamiento <sup>43</sup> .
N. de Eliminación	Es la necesidad de todo organismo deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción principalmente por la orina y las heces .y también por la transpiración y la espiración pulmonar igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada Riopel. L. Op. Cit 29
N. de Moverse y mantener una buena Postura	Esta necesidad es para todo ser vivo, estar en movimiento y mover todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlos bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo, la circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. Riopel. L. Op. Cit:23
N. de descanso y sueño.	Dormir y descansar es una necesidad que se debe llevar a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. Riopel. L. Op. Cit:29
N. de vestirse y desvestirse.	Se debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permite la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. La ropa debe permitir y asegurar el bienestar y protección. Riopel. L. Op. Cit: 33
N, de Termorregulación	El sistema de regulación del calor es uno de los mecanismos homeostáticos mas importantes del cuerpo y esta se puede alterar por cambios ambientales o corporales. Witte. B Op. Cit :355
N. de Higiene.	Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana y apéndices (pelo, uñas, dedos de manos y pies) así como dientes y boca limpios en buen estado y sin alteraciones. Witte. B Op. Cit:505
N. de seguridad y protección.	Actualmente la seguridad y protección abarca diferentes contextos tanto en el entorno externo como prevenir algunos riesgos internos o de repuestas del organismo. Witte. B Op. Cit:478
N. de Comunicarse.	La comunicación es un proceso dinámico y verbal y permite que las personas interactuar con otras y llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones experiencias e información. Riopel. L. Op. Cit:49
N. de Creencias y Valores	Es una necesidad de todo individuo, hacer actos conforme a su noción personal del bien y el mal, de la justicia y la persecución de una ideología. Riopel. L. Op. Cit:55
N. de realización.	Es una necesidad en la cual se debe llevar a cabo las actividades que le permitan satisfacer sus actividades. Permitiendo al individuo desarrollar su sentido creador y utilizar al máximo potencial, la gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud. Riopel. L. Op. Cit:59
N. de Recreación.	Es una necesidad del ser humano en la cual este se divierte con una ocupación agradable con el objetivo de relajarse y obtener un descanso físico y psicológico. Riopel. L. Op. Cit:63
N. de Aprendizaje.	Es una necesidad del ser humano donde cada individuo tiene diferentes capacidades diferentes de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de su comportamiento con el objetivo de mantener o recobrar la salud. Riopel. L. Op. Cit: 68

Cuadro No. 5 Elaborado por R MZ 2006

## 6. Fuentes de la dificultad.

<sup>43</sup> Riopel. L. Op. Cit: 14

La fuente de la dificultad del individuo puede ser cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales como la voluntad, el conocimiento o la fuerza<sup>44</sup>.

Riopelle menciona una cuarta fuente de la dificultad y las describe así.

Fuente de la dificultad 41	Descripción
Factor de orden físico	Atentado a la integridad física debido a. - Insuficiencia intrínseca del organismo. - Insuficiencia extrínseca del organismo. - Desequilibrio del organismo. - Sobre carga del organismo.
Factor de orden psicológico	Atentado en la integridad del yo.
Factor de orden sociológico	Atentado en la integridad social relación con el medio y el entorno
Falta de fuerza	Se determina por el estado emocional de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.
Falta de Voluntad	Es la incapacidad o limitación de una persona para comprometerse en una decisión adecuada a una situación dada y en la realización y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus 14 necesidades.
Falta de conocimiento	Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio.

Cuadro No. 4 Elaborado por RMZ 2006.

### **Relación entre la duración y el grado de dependencia.**

Existen grados en la satisfacción de las necesidades de una persona y en la dependencia que desencadena, puede darse cierto grado de insatisfacción, sin que se suponga necesariamente la dependencia, esta se instala cuando una persona necesita del apoyo de la enfermera para que la asista, le enseñe o la supla en actividades que no pueda hacer la persona por si misma, por lo que es necesario realizar una evaluación de la capacidad de la persona o el grado de dependencia.<sup>45</sup>

En el presente cuadro se representa el continuum Independencia – Dependencia.

<sup>44</sup> Riopelle. L. Op. Cit. 3-4

<sup>45</sup> Phaneuf. M., Op. Cit. 30

Dependencia se expresa en el grado 1 y 2 el cliente se considera independiente en 3 y 4 se considera dependencia parcial por lo cual requiere de apoyo parcial para la satisfacción de sus necesidades el nivel 5 y 6 se considera una dependencia total que requiere cuidados de suplencia.

**CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA.**

← INDEPENDENCIA

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

DEPENDENCIA →

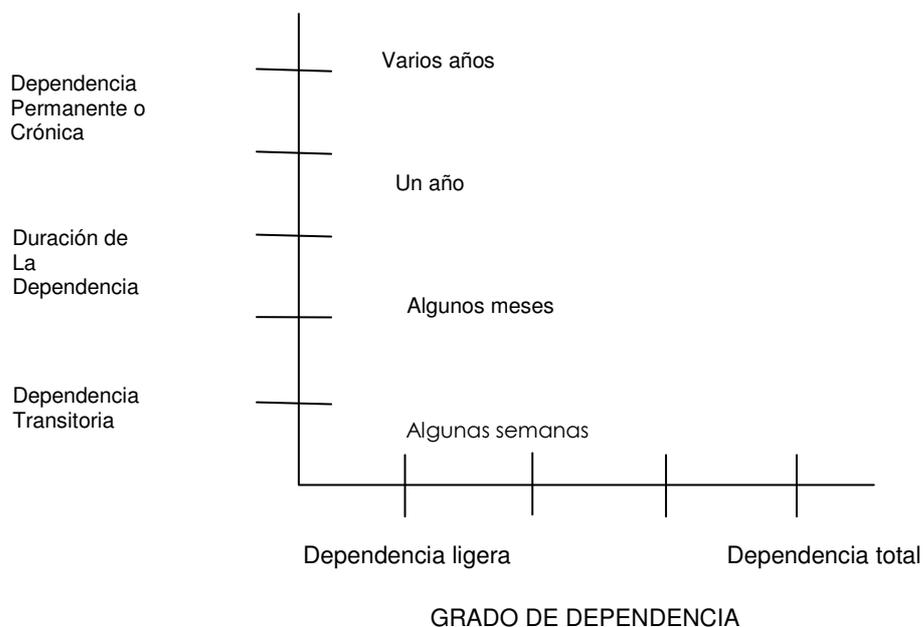
Cuadro No.5 tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid, España McGraw – Hill Interamericana 1993: 31

## Duración de la Dependencia.

De acuerdo al grado de dependencia puede ser ligera o total en relación con su intensidad puede instalarse como transitoria o permanente, cuando es mayor la duración, el impacto sobre los cuidados de la persona son mayores.

La siguiente grafica representa la relación del grado y la duración de la misma, debido a que la dependencia de la misma, ya que dependencia se considera a partir del nivel 3, y es dependencia ligera o total además existe una duración en cuanto a tiempo esta puede ser de algunas semanas asta varios años de acuerdo a la necesidad afectada.

## RELACIÓN ENTRE EL GRADO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA.



Esquema No. 1 tomado de Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid, España McGraw – Hill Interamericana 1993: 32.

## **NIVELES DE PREVENCIÓN.**

Las manifestaciones de la persona en la satisfacción de sus necesidades, consideran los cambios que afectan varios aspectos.

1. Dependencia potencial. Prevención de factores, la planeación de acciones se hará orientada a evitar su instalación inminente del problema.
2. Dependencia Actual. Reducir o limitar las consecuencias de un problema ya instalado.
3. Dependencia crónica. Cuando el problema no puede ser corregido el rol de la enfermera es de suplencia en lo que el cliente no pueda realizar.

## **POSTULADOS.**

Representan el como del modelo y aportan el soporte teórico y científico, se descubre el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de Enfermería.<sup>46</sup>

La única función de la enfermera es asistir al enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo aquello que le a recobrar su independencia de la forma más rápida posible

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza para lograrla.
3. Cuando una necesidad no esta satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.

---

<sup>46</sup> Riopelle, L. Grondi I., Phaneuf M., Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en la persona. Madrid. España Mc Graw –Hill Interamericana, 1997 Cit: 3

## **VALORES.**

Representa el por qué del modelo refiriéndose a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y de las metas profesionales.

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta acciones con otros profesionales, ya que forma parte de un equipo de salud.
2. Cuando la enfermera asume el papel de médico delega su función a personal no calificado, descuidando la función que ejerce.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede realizar.

## **AFIRMACIONES TEÓRICAS.**

Se pueden identificar tres niveles en la relación.

1. La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente.  
En caso de una enfermedad la enfermera es como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle íntegro e independiente, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento
2. La Enfermera como ayuda para el paciente.  
Para recuperar su independencia (V. Henderson piensa que ninguno de nosotros es independiente de los demás)
3. La Enfermera como compañera.  
La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico en base a las necesidades existentes a pesar del diagnóstico<sup>47</sup>.
4. Enfermera médico.  
El plan que elabore junto con la persona debe llevarse de forma que permita el plan terapéutico, prescrito por el médico.
5. La enfermera como miembro del equipo de salud.

---

<sup>47</sup> Marrier. T Op. Cit: 106

La enfermera y el equipo de salud se ayudan mutuamente desarrollando cada quien su trabajo y dependiendo de las necesidades de la persona.

### **Supuestos Principales.**

#### 1. La enfermera.

- Tiene la función de ayudar al os individuos sanos o enfermos.
- Actuar como miembro del equipo sanitario.
- Actuar independiente del médico, pero apoya su plan.
- Esta formada en las ciencias biológicas y sociales.
- Puede apreciar las necesidades básicas.

#### 2. La persona.

- Debe mantener un equilibrio físico y mental.
- La mente y el cuerpo son inseparable.
- Como paciente requiere de ayuda para ser independiente.
- El paciente y su familia forman una unidad.
- Sus necesidades están cubiertas por sus 14 componentes de Enfermería.

#### 3. La salud.

- Representa la calidad de vida.
- Es necesaria para el funcionamiento humano.
- Su promoción es más importante que su tratamiento.
- Los enfermos recuperan la salud si tiene fuerza, conocimiento y voluntad.

#### 4. Entorno.

- Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esa capacidad.
- La enfermera debe estar capacitada en materia de seguridad.
- Las enfermeras deben conocer hábitos sociales y practicas religiosas para valorar sus riesgos.

## 1.4 PROCESO QUE MODIFICA LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Definición de insuficiencia renal crónica

La pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos<sup>48</sup>.

Etiología.

La etiología de la insuficiencia renal crónica en la infancia se correlaciona íntimamente con la edad del paciente en el momento que se detecta por primera vez la insuficiencia renal. En los niños menores de 5 años predominan las enfermedades glomerulares, adquiridas (glomérulonefritis, síndrome urémico-hemolítico) o los síndromes hereditarios (síndrome Alport, enfermedad quística).

Causas, incidencia y factores de riesgo

A diferencia de la insuficiencia renal aguda que se caracteriza por una súbita insuficiencia reversible de la función de los riñones, la insuficiencia renal crónica avanza lenta y progresivamente. Esta condición es el resultado frecuente de cualquier enfermedad que produzca una destrucción gradual de los riñones. Ésta puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede darse el caso de que continúe hasta un estado terminal de enfermedad renal.

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo poco a poco. Durante las etapas iniciales de la enfermedad puede que no se presenten síntomas. De hecho, la progresión puede ser tan gradual que los síntomas pueden presentarse sólo cuando la función renal es ya inferior a la décima parte de la función normal

---

<sup>48</sup> Gordillo. G. Nefrología Pediátrica..Mc Graw-Hill Interamericana 1996 Cit.1892-1893

## Signos y síntomas

Los síntomas pueden ser inespecíficos como (cefalea, fatiga, letárgia, anorexia, vómitos, polidipsia, poliuria, retraso del crecimiento (picazón)prurito generalizado)

## Síntomas posteriores

- producción disminuida de orina o mayor volumen de orina
- necesidad de micción durante la noche
- se forman fácilmente magulladuras o se produce sangrado
- puede haber sangre en el vómito o en las heces
- agudeza mental disminuida
  - somnolencia, letargo
  - confusión mental, delirio
  - coma
- contorsión muscular o calambres
- ataques
- pigmentación aumentada de la pie (puede lucir amarillenta o marrón
- escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta)
- sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo

Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- micción excesiva durante la noche
- sed excesiva
- piel anormalmente oscura o clara
- palidez
- anormalidades de las uñas
- aliento con olor
- hipertensión
- pérdida del apetito
- agitación

## Diagnóstico

En la enfermedad glomerular o hereditaria, la neuropatía puede detectarse por manifestaciones clínicas. A la exploración física tiene un aspecto pálido y débil y un aumento de la presión arterial.

La insuficiencia renal crónica produce en el cuerpo una acumulación de líquidos y productos de desecho, los cuales causan azoemia y uremia. La azoemia es la acumulación de productos de desecho con nitrógeno en la sangre y puede estar presente sin que aparezcan síntomas. La uremia es una enfermedad que resulta de la insuficiencia renal. La mayor parte de los sistemas del cuerpo se ven afectados por la insuficiencia renal crónica. La retención de líquidos y la uremia puede dar origen a múltiples complicaciones.

El análisis de orina puede revelar proteína u otra anomalía. Un análisis de orina puede mostrar resultados anormales desde 6 meses hasta 10 años o más antes de que aparezcan los síntomas.

- niveles de creatinina aumentan de manera progresiva
- BUN aumenta de forma progresiva (Nitrógeno urémico en sangre)
- depuración de creatinina disminuye de manera progresiva
- examen de potasio puede mostrar niveles elevados
- análisis de gases en sangre arterial y de química sanguínea pueden revelar acidosis metabólica
- rayos X del abdomen o renales
- TAC abdominal
- ultrasonido abdominal

El examen neurológico puede mostrar polineuropatía. Es posible que se escuchen sonidos anormales del corazón o de los pulmones a través del estetoscopio.

La ingestión de líquidos puede ser restringida a una cantidad equivalente al volumen de orina producida. Las restricciones en la dieta pueden ayudar a retrasar la acumulación de desechos en el torrente sanguíneo y a controlar los síntomas asociados tales como náuseas y vómitos. Por lo general la cantidad

de proteína en la dieta es baja, mientras que los niveles de carbohidratos son altos para el aporte de calorías. El consumo de sal, potasio, fósforo y otros electrolitos puede ser restringido.

## Tratamiento

El tratamiento está orientado a controlar los síntomas, minimizar las complicaciones y retrasar el progreso de la enfermedad.

Las enfermedades asociadas, ya sean causantes o resultantes de la insuficiencia renal crónica, deben ser controladas. La hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva, infecciones del tracto urinario, cálculos en el riñón, obstrucciones del tracto urinario, glomerulonefritis y otros trastornos deben ser tratados de la forma apropiada.

Puede que sean necesarias transfusiones de sangre o medicamentos, tales como los suplementos de hierro y de eritropoetina, para controlar la anemia.

La diálisis. Es un procedimiento que se realiza para retirar los elementos tóxicos (impurezas o desechos) de la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo. La diálisis es mucho más frecuente en pacientes con insuficiencia renal aunque también se puede usar para remover con rapidez drogas o sustancias tóxicas en situaciones agudas. Esta técnica puede salvar la vida de personas con insuficiencia renal crónica o aguda.

Hemodiálisis: La hemodiálisis, es un método que suple la función renal. A través de una membrana semipermeable y se localiza en un aparato por el que pasa la sangre del niño y se depura se debe realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria; sin embargo, el tratamiento exige invertir de 12 a 15 horas por semana, llevar una dieta restrictiva y una ingesta limitada de líquidos. Los descuidos en seguir el tratamiento, pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias

El éxito de la terapia requiere énfasis en el auto cuidado, y permite que la persona tenga autonomía al actuar para mantener su salud o cumplir ciertas adaptaciones a la limitación que le causa la enfermedad. Además, se debe tener en cuenta el apoyo familiar, social, profesional o el apoyo institucional, que recibe el sujeto de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad<sup>49</sup>

Trasplante renal.

El tratamiento óptimo de los niños con IRCT consiste en transplante renal (TR) precoz de un donante vivo emparentado (TR/DVE), a pesar de que el transplante de cadáver (CAD) da peores resultados se utiliza en niños.

Un injerto con buena función (DVE o CAD) puede rehabilitar completamente al enfermo<sup>50</sup>

### **.Complicaciones**

- Ⓢ Anemia
- Ⓢ Anomalías en los electrolitos incluyendo la hipercalemia
- Ⓢ Piel reseca, picazón/rascarse y producir infección de piel como consecuencia
- Ⓢ Acidosis
- Ⓢ Hipertensión
- Ⓢ Rechazo progresivo del injerto

### **Expectativas (pronóstico)**

No se conoce una cura para la insuficiencia renal crónica. Si no es tratada, generalmente progresa hasta un estado terminal de enfermedad renal. El tratamiento de por vida puede controlar los síntomas de insuficiencia renal crónica

---

<sup>49</sup> Brunner. L. Manual de la enfermera. Interamericana Mc Graw-Hill 1998 Cit:1355

<sup>50</sup> Gordillo. G. Op. Cit: 1896

## 1.5 VISIÓN ÉTICA EN ENFERMERÍA.

La ética considera lo que se debe hacer lo que concibe el bien, (beneficio para uno mismo y para los demás) Del griego “Ethuké”, que deriva del vocablo “Ethos” (carácter, forma de ser adquirida).

La Ética es la parte de la filosofía que tiene por objeto la reflexión sobre la conducta “moral” del ser humano, lo que puede llevar a su vez, la elaboración de teorías que se permitan comprender y explicar dicha conducta, porque se considera o no “buena y cual es el fundamento de lo bueno”<sup>51</sup>.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

En Enfermería es necesario contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Un código de ética para Enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser Bio-psico-social dinámico que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la igualdad y el pluralismo político.

---

<sup>51</sup> Balderas, M. (1.998) Ética de Enfermería México Editorial McGraw-Hill Interamericana en línea [www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml](http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml)

- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la Enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual y colectivamente

### **Principios éticos.**

- Ⓢ Autonomía. Las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones basándose en:
  - a) Sus propios valores y creencias
  - b) Una información adecuada y libre de coacciones
  - c) Un sólido razonamiento que considere todas las alternativas
  - d) Firmar el consentimiento informado. En este documento el paciente acepta el tratamiento que se le proporcionara ya que ha sido informado de las causas y consecuencias que se conlleva cada uno de los procedimientos a realizar.
- Ⓢ Beneficencia. Hacer el mayor bien y evitar el daño.
- Ⓢ Justicia. Tratar a las personas con justicia y equidad
- Ⓢ Fidelidad. Mantener las promesas y no hacer promesas que no se puedan cumplir
- Ⓢ Veracidad. (decir la verdad) Ser honrado (a) con los pacientes, familiares y colegas
- Ⓢ Confidencialidad. Respetar la privacidad de la información
- Ⓢ Responsabilidad. Asumir las consecuencias de las acciones<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Alfaro. R. Op Cit. 20

La toma de decisiones éticas pueden ser complejas por que exigen un estudio detenido de valores y rara vez proporciona una resolución clara del dilema. En realidad, la resolución de un dilema ético puede ser la respuesta que proporciona más elementos correctos que equivocados, y hace el menor daño a todo lo relacionado.

## **DECALOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS DE MÉXICO.**

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal al cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de Enfermería libre de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo. Ante el riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujetos de la atención de Enfermería, como para quienes la conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiante 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 y técnicos 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.

La moralidad y se refiere a las creencias que nos han inculcado nuestros padres y la sociedad en conjunto. En ellas se incluye nuestro sentido de lo que esta bien y lo que está mal por ejemplo aprendemos que está mal robar, o decir mentiras. Esta serie de creencias forman códigos de conducta basados en expectativas culturales.

El término de ética se utiliza para describir un aspecto más amplio de la moralidad. El razonamiento ético comienza cuando una persona va más allá de la aceptación de las reglas del grupo social y se adentra en el campo del razonamiento y el análisis de la moral

La ética de la Enfermería la relaciona con una pauta de conducta que refleja el deseo de la profesión de proteger o asegurar el bienestar de sus clientes.

La ley reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la practica profesional en México; Además de que existen otros ordenamientos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de Enfermería<sup>53</sup>.

Como profesionales de Enfermería debemos considerar la ética en ejercicio profesional durante nuestro hacer diario, pero ante todo debemos respetar la decisión de los clientes y por lo cual no debemos actuar en contra de la voluntad de nadie.

### **Relación de conceptos de Ética, Proceso del cuidado con el enfoque de Virginia Henderson.**

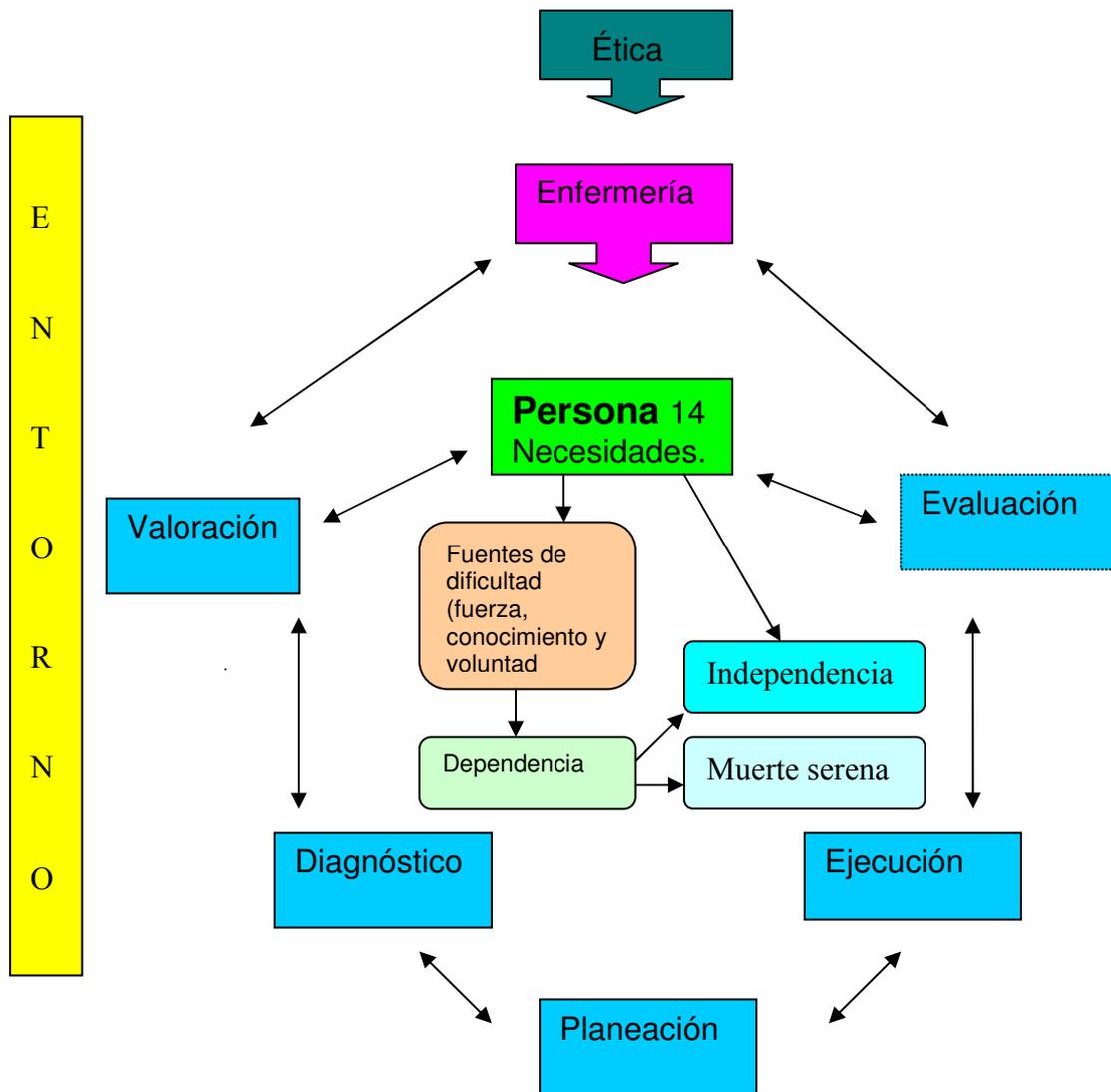
La Profesión de Enfermería continua su desarrollo a través de la aplicación del modelo de atención de Virginia Henderson en donde se menciona que el eje principal es la persona realizando valoraciones de 14 necesidades detectando las principales fuentes de la dificultad ya sea de conocimiento fuerza o

---

<sup>53</sup> Secretaria de Salud. Código de Ética [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

voluntad para lograr que el cliente tenga independencia, o disminuir el grado de dependencia existente o en su defecto ayudarlo a tener una muerte serena y digna dependiendo del entorno que lo rodea, por medio de la aplicación del Proceso de Atención por medio de la realización de una valoración, estableciendo un diagnóstico de Enfermería, es posible realizar una planeación estratégica, para ejecutar acciones específicas del cuidado de Enfermería y llevando una evaluación dinámica del principal objetivo planteado, aplicando en todo momento los principios éticos de la Profesión (contemplando los aspectos legales que se implican en todas las acciones de Enfermería). (Ver el siguiente esquema).

**Relación de conceptos de Ética, Proceso del cuidado con el enfoque de Virginia Henderson.**



## **II. METODOLOGÍA.**

### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.**

MGG Escolar femenino de 11 años originaria de Irapuato Guanajuato, residente de Ecatepec Estado de México, forma parte de una familia reconstruida, padre de 31 años, madre de 31 años, y una hermana (preescolar de 4 años de edad) las relaciones entre sus miembros son fuertes.

Actualmente se encuentran habitando en vivienda rentada en zona urbana, construida de tabique y loza, cuenta con todos los servicios de urbanización, la disposición de excretas la realizan en baño independiente, la vivienda cuenta con dos cuartos uno los cuartos lo disponen para recamara compartida para los miembros de la familia, y el otro cuarto lo ocupan para cocina y comedor.

Los ingresos económicos son aportados por ambos padres, padre labora en una tienda comercial, su percepción económica es del sueldo mínimo semanal y su madre trabaja en una estética, siendo su percepción económica semanal variable.

Para su traslado cuentan con autobuses, micros, combis y taxis, que salen del metro Martín Carrera o del metro Indios Verdes hacia Ecatepec.

Es producto de la gesta l deseado, llora y respira al nacer, sin necesidad de maniobras de reanimación, con peso de 3,500kg, talla de 49cm, alimentada al seno materno, con esquema de vacunación completo para su edad.

A los 2 meses fija la mirada, mueve su cabeza presenta sonrisa social, no responde a estimulación auditiva, 4 meses lloraba cuando tenia hambre empieza a tener el reflejo de prensión, 6 meses seguía objetos luminosos o de colores

llamativos, balbuceaba, El cuidador primario refiere que su hija tenía un retraso en el crecimiento y desarrollo.

### **Antecedentes de dependencia.**

A los 2 días de nacida (1995) se diagnóstica Agenesia Renal, + cloaca de tabique vaginal con duplicación de vagina, le realiza una colostomía, a los tres meses de vida presenta bronconeumonía la cual remite con tratamiento farmacológico en 1997 se realiza cirugía correctiva (aumento vesical, anastomosis termino terminal de íleo, cistotomía, y reimplante vesico-uretral bilateral y colocación de catéter de tenkoff, el 24 de abril se diagnóstica con estrabismo no paralítico posteriormente en 1998 el 30 de abril le realizan cierre de colostomía, se detecta hipoacusia, 5 de abril del 2000 presenta diarrea con deshidratación y desnutrición de 2º grado, a los 6 años tiene una fractura de cubito y radio, a los 8 años se enferma de varicela sin complicaciones,

Debido a que presenta varias alteraciones desde el nacimiento se le coloca catéter de tenkoff el 24 de abril de 1997 pero el padecimiento sigue avanzando hasta que el 2 de septiembre del 2005 le es instalado en catéter Mahurkar en Instituto Mexicano del Seguro Social para continuar su tratamiento con sesiones de hemodiálisis cada tercer día y actualmente continúa en el protocolo de trasplante renal en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

A la exploración física el día 6 de Noviembre del 2006 se encontraron los siguientes datos.

Signos vitales		Somatometria	
Frecuencia Cardiaca	100 x'	Peso	14.500 Kg
Frecuencia Respiratoria	26 x'	Talla	1.09 mts
Tensión Arterial	110/80	Perímetro Cefálico	49 cm
Temperatura	36.5 °	Perímetro Torácico	54
		Perímetro Abdominal	46
		Diámetro Biacromial	13

Laboratorios. 27 de Octubre del 2006

Química	Resultado
NA	137.9 mEq /L
K	4.88mEq/L
CL	98.2 mEq/L
BUN	66mg/dl
CO2	21.9 mEq/L

	Prehemodialisis	Poshemodialisis
Cr	9.3	
BUN	120	47
NA	138.5	135.7
K	6.9	3.3
CL	105.5	102.9
CO2	11.3	21.2

**DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES.**

A la exploración general se trata de paciente femenino escolar de 11 años con edad aparentemente menor a la cronológica, conciente orientada en espacio y persona pero no en tiempo, en posición libremente escogida en actitud irritable al manejo vistiendo una chamarra de colores, gorro verde con figura, guantes rojos, pants rojo, calcetas y tenis blancos, la exploración física se realizó en un consultorio y en cama de exploración en la consulta externa de cardiología. A continuación se describen las necesidades de acuerdo al nivel de dependencia.

### **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

Considero que se encuentra en dependencia de esta necesidad ya que los riñones no cumple con la función de filtrar y eliminar los desechos a través de la orina y es necesario que se someta a procedimiento de hemodiálisis para depuración de desechos de la sangre además de que la eliminación urinaria no se expulsa a través del meato urinario si no por medio de una sonda vesico – uretral (cistotomía).

A la exploración física se observa escolar femenino normotérmica con ligero edema palpebral, abdomen globoso con tez morena color uniforme, con una cicatriz una en cuadrante inferior izquierdo de 3 centímetros aproximadamente, y una en cuadrante inferior izquierdo de 4 centímetros las dos cicatrices de coloración igual que el resto de la piel cicatriz umbilical sin presencia de alteraciones o lesiones, sonda de suprapúbica a permanencia permeable se observa cubierta con un campo, a la auscultación con ruidos intestinales presentes de buena y intensidad y frecuencia, a la palpación sin megalias y a la percusión el sonido es mate en cuadrante superior derecho y el resto del abdomen el sonido es tímpanico, no se realiza exploración de genitales por que la paciente no lo permite, la orina la desechan dos o tres veces al día, refiere el cuidador primario que la orina es en poca cantidad y ligeramente turbia, la eliminación intestinal es diaria presentando evacuaciones bien formadas en poca cantidad<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Joyse.E. Guía Clínica de Enfermería Exploración Pediátrica Mosby 1994 p.161

## **NECESIDAD DE NUTRICIÓN.**

En esta necesidad también hay dependencia ya que la paciente tiene un régimen dietético especial, el cual consiste en alimentación baja en sodio, consumo limitado de frutas por lo consiguiente la niña no acepta ciertos alimentos por lo cual se observa que la paciente tiene peso y talla menor al de la etapa de crecimiento y desarrollo según las tablas de peso y talla del niño Mexicano.

Boca alineada, labios gruesos amplios, íntegros de coloración rosa pálido, mucosa oral, rosa pálido, hidratada, paladar íntegro, dentadura incompleta (2 incisivos superiores e inferiores, 2 incisivos laterales superiores e inferiores, 2 cúspides superiores e inferiores, primer bicúspide 2 superiores e inferiores y primer molar 2 superiores e inferiores) se observa amalgama en segundos bicúspides superiores e incisivos inferiores desgastados, se observan piezas dentales limpias, encías de color rosa pálido, lengua de tamaño y movimientos normales de coloración rosa sin alteraciones, sin presencia de halitosis, traquea desplazable, central sin alteraciones, abdomen globoso con coloración acorde con el resto de la piel a la auscultación con ruidos intestinales presente a la palpación encontrándose blando depresible y sin megalias, a la percusión el sonido es mate en cuadrante superior derecho y el resto del abdomen el sonido es tímpanico.

## **NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.**

La escolar femenina se encuentra en riesgo de adquirir una infección principalmente a niveles hemático y/o respiratorio ya que acude a procedimiento invasivo tres veces por semana (hemodiálisis). A la exploración se observa con cráneo normocefalo, sin datos de hundimiento ni exostosis, con cabello abundante, color negro, delgado bien implantado, corto. Cara redonda tez morena color uniforme, frente estrecha, cejas simétricas abundantes con cicatriz en ceja izquierda hipocrómica de la misma coloración que el resto de la piel de la cara aproximadamente de 0.5 cm. Ojos simétricos con estrabismos, pestañas abundante y largas parpados con edema, tono y fuerza normales, esclerótica

enrojecida conjuntiva vulvar rosa brillante, iris de color café oscuro no sigue movimientos ya que continua irritable a la exploración, mejillas pálidas, pabellón auricular con adecuada implantación, escaso cerumen en el conducto auditivo, membrana timpánica integra de coloración grisácea, sin respuesta a estímulos sonoros cuello cilíndrico, tórax elíptico con pérdida de la continuidad de la piel por presencia de catéter Mahurkar limpio seco y cubierto, en subclavia derecha, con presencia de una cicatriz de 12 cm aproximadamente a nivel de tórax antero posterior izquierdo, y en región abdominal con sonda suprapúbica aparentemente limpia y seca cubierta con un campo, las extremidades se observan integras.

### **NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.**

Considero que en esta necesidad la paciente tiene cierto grado de dependencia por que refiere dolor al movimiento y a la marcha principalmente en miembros pélvicos por lo que las actividades que realiza son mínimas y generalmente en el transcurso del día esta sentada o acostada. Al realizar la exploración física se observa a la escolar femenino en posición semifowler, hipo activa con respuesta a estímulos, en cabeza se valoran movimientos de flexión lateral, hacia delante y de rotación, en hombros realiza movimientos de flexión extensión, abducción, aducción anterior y posterior, flexión y extensión horizontal, en codo y articulación troclear con movimientos de flexión, extensión presentes, en manos y dedos con movimientos de flexión, extensión abducción y aducción e hiperextensión sin alteraciones y en extremidades inferiores con movimientos de flexión, extensión hiperextensión de abducción y aducción con presencia de dolor ligero, al sentarse y al caminar adopta una postura erguida pero refiere dolor al caminar, presenta ligera disminución del tono y fuerza muscular.

### **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.**

En esta necesidad la paciente esta en independencia ya que a la exploración se observa con ligera palidez de tegumentos, nariz alineada pequeña de base amplia

sin deformaciones ni dolor, narinas con coloración rosa pálido, con secreción hialina, senos paranasales sin presencia de dolor a la palpación, el cuello de la niña es cilíndrico, simétrico con buena coloración con presencia de pulsos carotídeos sincrónicos entre sí y omócrato con el radial, tórax elíptico con presencia de catéter Mahurkar en subclavia derecha cerrado y cubierto, se observa coloración normal piel deshidratada, pezones planos (tanner 1), tórax posterior simétrico sin datos de desviación de columna vertebral sin presencia de masas, con una cicatriz de 12cm aproximadamente a nivel de tórax antero posterior izquierdo, se observan movimientos simétricos con cada respiración de amplexión y amplexación, a la percusión de la parte anterior del tórax el sonido es mate en el quinto espacio intercostal derecho que delimita el espacio hepático, sin manifestación de dolor, a la auscultación se encuentra presente el murmullo vesicular, y de lado izquierdo del segundo al quinto espacio intercostal se delimita el área cardíaca, con ruidos cardíacos de buena intensidad y frecuencia.

### **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.**

Se observa con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas a la inspección general se observa con ropa térmica a la palpación y a la toma de temperatura se encuentra en eutermia, refiere el cuidador primario que la paciente que es un poco sensible a los cambios de temperatura algunas veces le toma temperatura axilar y cuando presenta hipertermia se la controla con medicamento.

### **NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.**

Ojos con presencia de estrabismo, con boca y paladar aparentemente sin alteraciones, pabellón auriculares externos íntegros membrana timpánica íntegra de color grisáceo, el cuidador primario refiere que la niña presenta hipoacusia secundaria a medicamentos, el sentido del olfato sin alteraciones aparentes, se

observa con dependencia en esta necesidad ya que la paciente no responde a estímulos sonoros y se comunica a través de sonidos balbuceos y algunas ocasiones con llanto.

### **NECESIDAD DE APRENDIZAJE.**

Se observa con alteración del sentido auditivo como se menciona en la necesidad anterior por lo que considero que se encuentra en dependencia ya que por asistir al ambiente hospitalario con mucha frecuencia no asiste a educación especial ni a terapias de lenguaje y solo convive con los miembros de la familia y con el equipo multidisciplinario y generalmente usa aparato auditivo solo en casa, el cuidador primario refiere que no considera indispensable en este momento la educación para su hija.

### **NECESIDAD DE RECREACIÓN.**

En el ambiente hospitalario es difícil que la paciente tenga una recreación adecuada ya que el entorno se encuentra desprovisto de juguetes solo cuenta con un televisor y se observa a la escolar con facies de aburrimiento y/o tristeza, el cuidador primario refiere que en casa juega con su hermana menor y comparte con sus juguetes aplaude cuando esta contenta y en caso de enojo o molestia llora. Además de que no realiza actividades propias de su edad como convivencia con otros escolares, como escuchar música de moda, practicar la lectura o ir al cine a fiestas, su entorno es familiar más que social.

### **NECESIDAD DE REALIZACIÓN.**

En esta necesidad se encuentra en dependencia aun que se considera de prioridad baja por que no se compromete la vida de la paciente se observa que la escolar femenina no juega el rol que le compete en el núcleo familiar por que ella es el centro de atención e incluso su hermana que es una preescolar femenina apoya en el cuidado de su hermana y considero que esta en riesgo la realización personal tanto como profesional ya que los cuidadores primarios no consideran importante que su hija tenga una educación.

### **NECESIDAD DE HIGIENE.**

Considero que hay dependencia en esta necesidad ya que la higiene la realiza el cuidador primario pero en algunas ocasiones la paciente se rehúsa a bañarse aunque a la exploración física se observa paciente aparentemente limpia con cabello delgado, sedoso, piel seca, oídos limpios sin presencia de cerumen, narinas libre de secreción boca sin halitosis, dientes limpios, uñas cortas y limpias, ropa limpia y sin olores desagradables.

### **NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO.**

Generalmente la paciente usa ropa de algodón y acorde con la edad y refiere el cuidador primario que su hija participa algunas veces en la elección de su ropa y refiere que ella se viste y se desviste sola algunas veces la apoya en su arreglo personal.

### **NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS.**

En el núcleo familiar se fomenta el amor cariño y apoyo de sus integrantes aunque hay cierta incertidumbre por la enfermedad crónica de la paciente refieren que su fe ha disminuido por que siente que Dios le ha puesto una prueba muy difícil, a

demás que no acuden últimamente a sus prácticas religiosas por cuestiones de tiempo.

## **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.**

Al asistir continuamente al hospital la paciente encuentra involucrada en la variación de horarios de descanso y sueño aunque refiere el cuidador primario que su paciente no tiene alteraciones por que cuando es necesario levantarla temprano durante el día acostumbra a dormir siesta y en casa los días que no asiste a consulta no es necesario que duerma durante el día. Al observar a la escolar hay presencia de bostezos y con facies de cansancio.

## **2.2 METODOS E INSTRUMENTOS.**

Para la realización de este estudio de caso se utilizó básicamente el Proceso de Atención de Enfermería enfocado con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, el cuál se desarrollo en cinco etapas, teniendo como **fente primaria** los datos objetivos subjetivos del paciente, los datos se obtuvieron a través de y la historia clínica, proporcionado por las tutoras clínicas, (ver anexo A), la cual esta constituida por apartados, la valoración se realizo de acuerdo a las necesidades básicas de niños de 6 a 12 años donde se en el primer apartado mencionan datos demográficos en el segundo apartado se aborda los antecedentes familiares y relaciones afectivas, en el tercer apartado se mencionan aspectos de hospitalización y en este caso los cuidados que se le brindan a los pacientes (como procedimiento de hemodiálisis), en el cuarto apartado se describen aspectos individuales del paciente, y en el quinto apartado se analizan las 14 necesidades básicas, se jerarquizan diagnósticos de Enfermería, se elabora un plan de atención y un plan de alta. Como **fuentes secundarias** se utilizaron seguimientos focalizados (Anexo B), diarios en donde se desarrollan con más

detalle las 14 necesidades básicas, el expediente clínico en donde se obtiene información de los tratamientos médicos, estudios que se le han realizado y notas de Enfermería donde se resaltan los acontecimientos ocurridos diariamente con el paciente y el consentimiento informado, (Anexo C) es documento importante en donde el familiar concede la autorización para la realización del estudio de caso y/o procedimiento para su paciente.

### **2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

A través del análisis de los datos objetivos y subjetivos del paciente, que nos indica el grado y posible duración de dependencia de los problemas se identifico los problemas reales, potenciales o de riesgo y los de salud.

Para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería se utilizó la taxonomía NANDA. (2005 – 2006)

Para redactar los diagnósticos y diferenciarlos entre reales y de riesgo o potenciales y de salud.

- Para los diagnósticos **reales** en los que se describe la respuesta actual del paciente y apoyados de datos objetivos se utilizó el formato PES que consta de tres partes.

PROBLEMA + ETIOLOGÍA + SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Para los diagnósticos **de riesgo o potenciales** en los que se describe las situaciones de salud que pueden desarrollarse en un futuro se utilizó el formato de dos partes.

PROBLEMA + ETIOLOGÍA.

- Para los diagnósticos de **salud** en los que se describe la situación de salud en la que se encuentra el cliente se utilizó dos partes.

## CONDUCTA DE SALUD + NECESIDAD

Los criterios de priorización de los diagnósticos de Enfermería son los siguientes.

- ⦿ Prioridad Alta. Se basa en la gravedad o en su importancia fisiológica.
- ⦿ Prioridad Media. Se refiere a las necesidades que no amenazan la vida
- ⦿ Prioridad Baja. Son las necesidades que pueden afectar su bienestar (futuro)

En la siguiente tabla se muestran los diagnósticos que se obtuvieron a través de las valoraciones focalizadas, obteniendo un total de 15 Diagnósticos de Enfermería de los cuales 12 son reales, 2 de riesgo y 1 en independencia.

La tabla contiene el listado de diagnósticos de acuerdo a la jerarquía de necesidades alteradas.

## JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS.

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FUENTE DE DIFICULTAD	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD
Eliminación	Alto riesgo de descompensación hemodinámica relacionado con deterioro de la eliminación vesical.	27/X/07	Fuerza, Voluntad y conocimiento	Nivel 6 Dependencia total que puede durar años.	Alta
Nutrición	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con múltiples factores (Múltiples tratamientos invasivos y enfermedad crónica), manifestado por peso y talla baja por debajo de la percentila <3, cabello delgado y sin brillo, piel pálida, seca, y uñas quebradizas.	27/X/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento	Nivel 5 Dependencia ligera por algunos meses.	Alta
	Retrazo en el crecimiento y desarrollo relacionado con enfermedad crónica manifestado por peso y talla bajo para la edad e incapacidad para realizar actividades de autocuidado propias para su edad.	27/X/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 5 Dependencia total por varios años.	Alta

Movimiento y postura.	Alteración en la movilidad física relacionada con falta de ejercicio y estimulación manifestado por fatiga debilidad para caminar, gesticulaciones de dolor al movimiento.	27/X/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 4 Dependencia ligera por algunos meses.	Alta
	Deterioro de la movilidad física relacionada con dolor muscular manifestado por disminución del tono y fuerza muscular y limitación en la amplitud de movimientos.	27/X/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 4 Dependencia ligera por algunos meses.	Media
Comunicación	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución de la capacidad auditiva (hipoacusia) manifestado por incapacidad de recibir indicaciones e incapacidad para articular palabras, balbuceo y llanto.	6/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Grado 4 Dependencia total por varios meses.	Media
Aprendizaje	Conocimientos deficientes sobre el cuidado personal relacionado con falta de interés en el aprendizaje manifestado por apatía y hostilidad. (NANDA 00126).	6/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 4 Dependencia total por varios meses.	Media

Descanso y sueño.	Deterioro del patrón del sueño relacionado con variación en las horas de descanso y sueño manifestado por irritabilidad, ojeras y bostezos frecuentes. (NANDA 00095).	8XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 3 Dependencia ligera por varios meses.	Media
Recreación	Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno hospitalario monótono y desprovisto de juguetes manifestado por irritabilidad, apatía y aburrimiento. (NANDA 00097).	8/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 3 Dependencia ligera por algunos meses.	Media
Realización	Desempeño inefectivo del rol relacionado con socialización inadecuada de la escolar manifestado por apatía y cambios en los patrones usuales de la responsabilidad. (NANDA 00055).	10/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 3 Dependencia ligera por algunas semanas	Media.
Higiene Vestido y desvestido	Dependencia en Baño/Higiene y Vestido relacionado con dolor y falta de motivación manifestado por incapacidad para lavarse todo el cuerpo y vestirse por si misma. (NANDA. 00108).	10/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento.	Nivel 3 Dependencia ligera por algunas semanas	Baja

Valores y creencias	Sufrimiento espiritual (parental) relacionado con enfermedad crónica de su hija manifestado por expresar verbalmente que su hija no ha sido transplantada y piensa que Dios no se apiada de ellas. (NANDA. 00066).	10/XI/06	Fuerza, Voluntad y conocimiento	Nivel 3 Dependencia ligera por algunas semanas	Baja
Seguridad y protección	Alto riesgo de infección a nivel sanguíneo relacionado con procedimiento invasivo.	10/XI/06	Fuerza	Nivel 1 Dependencia ligera	Baja
Oxigenación	Riesgo de Infección de vías respiratorias relacionado con exposición a cambios bruscos de temperatura	13/XI/06	Fuerza	Nivel 1 Dependencia ligera	Baja
Termorregulación.	Independencia en la necesidad de termorregulación	13/XI/06	Fuerza	Nivel 1 Dependencia ligera	Baja

## **2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA.**

Se eligieron los Diagnósticos de Enfermería más relevantes para la elaboración de este estudio de caso se establecieron objetivos a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a los diagnósticos de Enfermería, los cuales sirvieron como criterios de evaluación en base a la efectividad de las intervenciones.

Tomándose en cuenta las intervenciones clasificadas para los diagnósticos de la NANDA, dándose preferencia a las intervenciones independientes, aunque también se incluyeron intervenciones interdependientes y dependientes de acuerdo al tipo de Diagnósticos de Enfermería.

Los planes de intervención están constituidos en base al proceso, estructura y resultado que propone Christensen.

**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

**División de Estudios de Postgrado**

**Especialidad Enfermería Infantil**

**Sede: Hospital Infantil de México “Federico Gómez”**

**Necesidad: Eliminación.**

Tipo de diagnóstico. Riesgo (Interdependiente).

Alto riesgo de descompensación hemodinámica relacionado con deterioro de la eliminación vesical.

Nivel y grado de dependencia. 6 Dependencia total

Fuente de la dificultad. Fuerza

Tipo de prioridad. Alta

Rol de Enfermería. Ayuda

**Objetivo.**

MGGV no presentara descompensación hemodinámica a través de la vigilancia y colaboración con el tratamiento alternativo de eliminación urinaria.

Intervenciones Independientes	Fundamento
1. La enfermera valorará la necesidad de eliminación tres veces a la semana.  a) La enfermera debe valorar piel (color, turgencia, temperatura humedad y edema).	La valoración de la necesidad de eliminación observando principalmente piel y mucosas, en ella se pueden observar datos para analizar el grado de hidratación la retención de líquidos. (Potter, 2003)

<p>b) MGGV y su familiar llevarán un control estricto de peso (ganancia o pérdida).</p> <p>c) La enfermera tomará los signos vitales (principalmente la T/A).</p> <p>2. La enfermera debe informar al paciente y al cuidador primario sobre el adecuado manejo de líquidos:</p> <p>a) Regular el aporte hídrico de manera que se aproxime a la pérdida de líquidos de 300 a 500 ml / día. Tener en cuenta las pérdidas perceptibles como las imperceptibles al calcular los líquidos de sustitución.</p> <p>b) Repartir el aporte hídrico equitativamente de forma regular durante todo el día y toda la noche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad interdependiente</li> </ul> <p>c) La enfermera, conjuntamente con el paciente y el cuidador primario consultarán al especialista en nutrición con respecto al plan de líquidos y la dieta en general.</p> <p>d) MGGV y el cuidador primario detectarán signos y síntomas de alarma a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de peso.</li> <li>• Cambios en la T/A</li> <li>• Aumento del pulso</li> <li>• Aumento de la F.R.</li> <li>• Distensión de las venas del cuello</li> <li>• Edema postural periférico</li> <li>• Aumento de la ingestión de sodio.</li> </ul> <p>e) La enfermera animará al paciente a expresar sus sentimientos y frustraciones en cuanto a la restricción de líquido e ingesta de la dieta y darle</p>	<p>Las toxinas pueden acumularse con la disminución de los líquidos y provoca náuseas y cambios en el sensorium. Puede que sea necesario ajustar el aporte hídrico a la pérdida cada 8 horas o antes en caso de presentar un desequilibrio grave. (Carpenito, 2005).</p>
--	--

una respuesta positiva.

3. El cuidador primario deberá administrar los medicamentos orales siempre con las comidas siempre que sea posible. Si los medicamentos tienen que administrarse entre comidas, se debe acompañar con la mínima cantidad de líquidos necesaria.

a) Captopril. (½ tableta cada 24 hrs.)

El manejo de líquidos tiene gran importancia en el contenido de los alimentos sólidos, la cantidad y el tipo de líquidos y en cuanto a la preferencia de estos y con respecto al contenido de sodio. . (Carpenito, 2005).

El captopril se usa para tratar la hipertensión y la insuficiencia cardiaca. Disminuye el nivel de ciertas sustancias químicas que oprimen los vasos sanguíneos, para que la sangre fluya sin problemas y el corazón pueda bombear sangre de manera más eficiente. El captopril está indicado en el tratamiento de la nefropatía diabética en pacientes insulino dependientes, ya sean normotensos o hipertensos. El captopril previene la progresión de la enfermedad renal y reduce las secuelas clínicas que a ella se asocian (incluyendo la necesidad de diálisis, trasplante renal y la mortalidad). ([www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014))

b) Ac. Fólico. (1 tableta Cada 24 hrs.)

El ácido fólico es una vitamina del complejo B la carencia del ácido fólico en pacientes con insuficiencia renal puede provocar síntomas como: náuseas, vómito y anorexia ([www.saludia.com](http://www.saludia.com))

c) Poli vitaminas. (1 tableta c/24 hrs.)

Las vitaminas y los minerales de la dieta están relacionados fundamentalmente con procesos metabólicos, donde habitualmente se utilizan como agentes oxidantes y reductores y, como factores en varios sistemas enzimáticos. Estos micronutrientes están tan relacionados, que la falta de uno, puede afectar los requerimientos corporales de otros. ([www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014))

El calcio, participa en la coagulación, en

<p>d) Calcio. (1 tableta c/8 hrs. cada 3 días)</p>	<p>la correcta permeabilidad de las membranas y a su vez adquiere fundamental importancia como regulador nervioso y neuromuscular, modulando la contracción muscular (incluida la frecuencia cardíaca), la absorción y secreción intestinal y la liberación de hormonas. En las enfermedades renales los pacientes no absorben el calcio debido a que los riñones no metabolizan la vitamina D con lo que se pierde el calcio y hay retención de fósforo. (Cardenito, 2005)</p>
<p>e) Citratos. (10 ml c/6 hrs. diario)</p>	<p>El ácido cítrico y los citratos cumplen varias funciones. Ellos incrementan la actividad de varios antioxidantes y adicionalmente exhiben por sí mismos cierta actividad antioxidante. Son usados principalmente como agentes reguladores de acidez así como también como compuestos aromáticos. Incrementan la resistencia del gel en las mermeladas y disminuyen el pardeamiento enzimático en las frutas y en sus derivados. (www.saludia.com )</p>
<p>4. La enfermera deberá vigilancia durante la hemofiltración los siguientes puntos:</p> <p>a) La enfermera debe comprobar que el equipo este bien instalado y verificar que la maquina este en optimas condiciones.</p> <p>b) La enfermera tomará la Presión arterial (en decúbito y en sedentación) cada hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso apical ritmo y frecuencia</li> <li>• Respiraciones (Frecuencia y ruidos).</li> <li>• Peso (ganancia o</li> </ul>	<p>Es obligatoria la valoración del cliente previa al procedimiento de hemodiálisis, para fijar un marco de referencia y para poder detectar alguna alteración. (Carpenito, 2005)</p>

<p>pérdida).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera valorará piel (llenado capilar).</li> <li>• Acceso vascular (lugar y permeabilidad).</li> <li>• Concentraciones del tratamiento del BUN creatinina, sodio y potasio (pre y pos hemodiálisis).</li> <li>• La enfermera debe valorar las quejas del paciente con respecto a los síntomas de: (Dolor torácico, Disnea, Cólicos, Cefalea, Mareos, Náuseas, vómito, Cambios en el estado neurológico)</li> </ul> <p>c) Durante la diálisis, la enfermera debe controlar la aparición de signos y síntomas de desequilibrio de potasio o sodio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperpotasemia: Debilidad que puede llegar a parálisis, irritabilidad parestesias, náuseas, cólicos, pulso irregular, cambios en el ECG</li> <li>• Hipopotasemia: Debilidad o parálisis, disminución de los reflejos tendinosos o profundos, hiperventilación, poliuria, hipotensión arterial, íleo paralítico aumento de riesgo de intoxicación digital, náuseas, vómito y anorexia.</li> <li>• Hipocalcemia: Alteración del estado mental, entumecimiento u hormigueo de los dedos de las manos y de los pies, calambres musculares, convulsiones.</li> <li>• La enfermera debe consultar con el personal de nefrología en caso de que el volumen de líquidos varíe para cambiar las estrategias del manejo de líquidos en los planes de cuidado</li> </ul>	<p>Se puede producir la rotura de los eritrocitos por un dializado hipotónico o a temperatura alta o por la presencia de cloraminas, nitratos, cobre, zinc o formaldehído en el dializado. (Lancaster,</p>
---	--

<p>de hemodiálisis.</p> <p>d) La enfermera debe controlar la aparición de hemólisis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• presencia de color rojo brillante en la vía venosa.</li> <li>• Escozor en el lugar de retorno circulatorio.</li> <li>• Hemodilizado de color rosa o rojo.</li> </ul> <p>e) La enfermera debe controlar la aparición de coagulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la formación de coágulos en las chamarras renal y cuentagotas</li> <li>• Controlar la presión arterial cada 15 minutos.</li> <li>• Observar la formación de coágulos al aspirar las agujas de las fístulas, la comunicación arteriovenosa o el catéter de la vena subclavia</li> </ul> <p>f) La enfermera debe controlar la aparición de signos y síntomas de embolia gaseosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianosis</li> <li>• Disnea</li> <li>• Dolor torácico</li> <li>• Cambios visuales: diplopía “Visión de estrellas y ceguera”</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Tos persistente</li> </ul> <p>g) Si se producen los signos y síntomas de embolia gaseosa, la enfermera debe realizar los siguientes pasos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinzar la vía venosa y interrumpir el bombeo de sangre</li> <li>• Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con los pies elevados durante treinta minutos.</li> </ul>	<p>1997).</p> <p>La sangre que contacta con la superficie vascular del circuito extracorpóreo activa los mecanismos normales de coagulación. Durante la diálisis, la formación de fibrina dentro del sifón venoso y un aumento gradual de la presión venosa del circuito (producida por la coagulación en el sifón venoso o aguja), puede indicar la heparinización insuficiente. La formación de coágulos aumenta la presión arterial (Lancaster, 1997).</p> <p>La introducción de una cantidad tan pequeña como 10 ml de aire en la circulación venosa es importante clínicamente. Las burbujas de aire grandes se transforman en espuma al entrar en el corazón. La espuma puede disminuir el volumen de sangre que entre en los pulmones disminuyendo el riego de sangre en el hemicardio izquierdo y el gasto cardíaco. La entrada de aire en el sistema circulatorio causa una respuesta negativa intensa. (Carpenito, 2005).</p> <p>El pinzamiento de la vía venosa y la interrupción del bombeo puede detener la infusión de aire. Eso evita que el aire valla a la cabeza y atrapa el aire en la aurícula y el ventrículo derechos desviándolos de la vena pulmonar. (Carpenito, 2005).</p> <p>La piel y mucosa albergan microorganismos patógenos. Las vías urinarias constituyen un medio favorable para estos microorganismos, que pueden desencadenar problemas urinarios. (Brunner, 2000)</p>
--	---

<p>5. Cuidados de sonda a permanencia (cistotomía).</p> <p>a) La enfermera valorará el área periférica de la sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente y su familiar deberán vigilar coloración e hidratación de la piel.</li> <li>• La enfermera verificar que la sujeción de la sonda se la correcta</li> <li>• Mencionarle al paciente y al familiar la importancia del manejo de la bolsa (fijarla por debajo de la vejiga urinaria)</li> <li>• Verificar que el vaciado de la orina se realice antes de que esta ocupe la mitad de la bolsa.</li> <li>• Mencionarle al paciente y al cuidador primario</li> </ul> <p>b) La enfermera debe alentar al paciente para que exprese sus sentimientos (temores) sobre su situación; y ampliar sus ideas y juicios.</p> <p>c) El profesional de Enfermería debe Incluir a la familia en el cuidado del paciente; permitiendo que estos participen activamente en el cuidado del cliente.</p> <p>6. El profesional de Enfermería debe realizar una nueva valoración del cliente.</p>	<p>Los pacientes con enfermedad renal crónica, sufren la perdida de su identidad. El aspecto físico que tenía empeora debido a su estilo de vida restringido, aislamiento social y a la dependencia que tiene de los demás. (Ferrans y Powers,1993)</p> <p>Se ha demostrado que los clientes y familiares que ajustan sus expectativas a nuevas circunstancias, logran una mejor calidad de vida. (Ferrans y Powers, 1993).</p> <p>Las nuevas valoraciones permiten evaluar los cambios positivos o negativos en los clientes permitiendo continuar o cambiar las intervenciones de Enfermería. (Carpenito, 2005).</p>
<p>Evaluación.</p> <p>El área donde lleva a cabo el procedimiento de hemodiálisis esta bien iluminada es fresca y limpia, cuenta con todos los recursos para proporcionar una atención adecuada</p> <p>MGGV mantuvo un balance hídrico normal no se observaron alteraciones hemodinámicas durante su asistencia al HIM a sesiones de hemodiálisis, de igual manera no se observaron variaciones en peso corporal pero en los exámenes de laboratorio reportan una estabilidad hemodinámica, considero la paciente continua en</p>	

nivel de dependencia 6 y el Diagnóstico de Enfermería permanece en riesgo ya que el procedimiento que se le realiza a MGGV es de tres veces a la semana hasta que esta alteración se corrija mediante un trasplante renal.

### **Necesidad: Nutrición.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con múltiples factores (Múltiples tratamientos invasivos y enfermedad crónica), manifestado por peso y talla baja por debajo de la percentila <3, cabello delgado y sin brillo, piel pálida, seca, y uñas quebradizas.

Fecha de identificación: 27/X/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 4 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Alta

Rol de Enfermería. Apoyo

### **Objetivo:**

El profesional de Enfermería en colaboración con el personal de nutrición, ayudará a reestablecer el estado nutricional de MGGV a través de elaborar un plan dietético de acuerdo al padecimiento y requerimientos del cliente.

Intervenciones	Fundamento
1. valorar el estado nutricional de la paciente al inicio del plan de cuidado será de tres sesiones con intervalo de 15 días y posteriormente cada mes.	La evaluación nutricional constituye un paso inicial importante en la atención sanitaria y en los cuidados preventivos, ayuda a identificar las prácticas alimentarias. Dado que la

<p>a) Identificar los hábitos alimenticios: alergias alimentos, conocimiento de necesidades y restricciones nutritivas. (Consumo de verduras, frutas e ingestión de líquidos).</p> <p>b) Identificar síntomas de diarrea, estreñimiento, náuseas y vómitos</p> <p>c) La Enfermera tomará medidas antropométricas como peso, talla pliegues cutáneos y circunferencia de los miembros</p> <p>d) El profesional de Enfermería verificará la salud bucal, labial y dental.</p> <p>e) Comparar los datos obtenidos del peso y talla con las gráficas.  - Talla para la edad.  - Peso para la edad.  - Determinar la percentil de peso y talla en la que se encuentra.</p> <p>f) Verificar que las pruebas de laboratorio no se encuentren alteradas como los electrolitos nitrógeno úrico en sangre, proteína sérica, albúmina y fósforo, hemoglobina, hematocrito. Leucocitos, glucosa y lípidos.</p> <p>2. El profesional de Enfermería establecerá régimen alimenticio junto con el personal de Nutrición, con el paciente y los familiares.</p> <p>a) El profesional de Enfermería consultará con un especialista en nutrición para modificar la dieta y dar instrucciones al paciente en cuanto a su alimentación.</p>	<p>enfermera suele tener contacto continuo con los padres y el paciente. (Engel, 1994)</p> <p>La prescripción de una dieta adecuada es fundamental para el tratamiento de insuficiencia renal crónica. Lo es para prevenir la toxicidad urémica, el desequilibrio hidroelectrolítico y el catabolismo. La empatía y el esfuerzo de las directrices en la alimentación pueden mejorar el seguimiento del paciente y de las restricciones de la dieta. (Varela y Utermohlen, 1993).</p> <p>La función de la dieta en este caso es proporcionar suficientes calorías y proteínas para el crecimiento, limitando las demandas excretoras que se plantean al riñón para minimizar la enfermedad metabólica ósea</p>			
<table border="1"> <tr> <td>Alimentos permitidos</td> <td>Alimentos permitidos</td> <td>no</td> </tr> </table>	Alimentos permitidos	Alimentos permitidos	no	
Alimentos permitidos	Alimentos permitidos	no		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumir carbohidratos.</li> <li>- Alimentos ricos en calcio.</li> <li>- Verduras: calabaza, brócoli, zanahoria, etc</li> <li>- Carne pollo y pescado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitar la ingesta de proteínas, fósforo, sal y potasio.</li> <li>- Frutas: plátano, mango, fresa, pera, melón etc.</li> </ul>	<p>(osteodistrofia) y reducir al mínimo las alteraciones hidroelectrolíticas. (Whaley y Wong, 1997)</p>
<p>Whaley y Wong 1995.</p>		
<p>b) El profesional de Enfermería debe ofrecer las de hierbas y especias como sustitutivos de la sal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Albahaca.</li> </ul>		<p>Las hojas son la parte que se utiliza en la cocina, tanto si son <b>frescas</b> como <b>secas</b>. Las primeras poseen mucho más aroma y sabor. Si no se quieren conservar secándolas, también es posible congelarlas. Son muy apropiadas tanto para los huevos como para pescados o guisos y son uno de los ingredientes indispensables de la salsa pesto. Sus <b>aceites esenciales</b> se utilizan también, en la elaboración de licores o para aportar aroma a sopas y guisos. El aceite que usemos habitualmente tendrá un sabor diferente si durante unos días introducimos unas hojas en él.</p> <p><a href="http://www.plantasyhogar.com/jardin/plantas/aromaticasymedicinales/index.cfm?pagina=jardin_plantas_aromaticasymedicinales_027_027">http://www.plantasyhogar.com/jardin/plantas/aromaticasymedicinales/index.cfm?pagina=jardin_plantas_aromaticasymedicinales_027_027</a>.</p> <p>Como hierba aromática se utilizan los tallos y las hojas picados, como especia las semillas secas y como hortaliza el bulbo. Las semillas, que es lo que nos concierne en este caso, se utilizan secas y tienen un ligero sabor a anís.</p> <p>A nivel intestinal: es antiespasmódico, es decir ayuda en los dolores de tipo cólicos del intestino y el estómago. También ayuda al control de la aerofagia y estimula la digestión.</p> <p><a href="http://www.gastronomiavasca.net/hl/glosario/">www.gastronomiavasca.net/hl/glosario/</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinojo.</li> </ul>	





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menta.</li> </ul> <p>c) Mencionarle los grupos de alimentos básicos.</p> <p>d) Animar al paciente a que exprese que tipos de alimentos prefiere incluidos en la dieta.</p> <p>e) Se deberá proporcionar al paciente material por escrito de las instrucciones verbales.</p> <p>f) La enfermera debe consultar al personal médico y valorar si la administración vitaminas es adecuada.</p>	<p>perderían mucho aroma. Las hojitas tiernas y enteras de melisa, están muy ricas acompañando postres, ensaladas de frutas y licores.</p> <p><a href="http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/aromaticas.htm">http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/aromaticas.htm</a></p> <p>Todas las mentas tienen un intenso aroma y producen una sensación de frescor en la boca. Sólo desarrollan todo su aroma cuando se combinan con azúcar. En la cocina se suele utilizar para acompañar cordero, ensaladas de pepino, patatas nuevas, mariscos y guisantes.</p> <p><a href="http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/aromaticas.htm">http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/aromaticas.htm</a></p> <p>Conocido como vitamina B9, este compuesto es importante para la</p>
---	---

<p>g) Ac. Fólico. (1 tableta Cada 24 hrs.)</p>	<p>correcta formación de las células sanguíneas, es componente de algunas enzimas necesarias para la formación de glóbulos rojos y su presencia mantiene sana la piel y previene la anemia. Su presencia está muy relacionada con la de la <u>vitamina B12</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviene en la síntesis de purinas y pirimidinas, por ello participa en el metabolismo del ADN, ARN y proteínas,</li> <li>• Es necesario para la formación del células sanguíneas, mas concretamente de glóbulos rojos,</li> <li>• Disminuye la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares,</li> <li>• Ayuda a aumentar el apetito,</li> <li>• Estimula la formación de ácidos digestivos.</li> </ul> <p><a href="http://www.zonadiet.com/nutricion/folico.htm">http://www.zonadiet.com/nutricion/folico.htm</a></p>
<p>h) Poli vitaminas. (1 tableta c/24 hrs.)</p> <p>i) Alentar a la paciente y a su familiar para que asista a programas nutricionales comunitarios.</p>	<p>Las vitaminas y los minerales de la dieta están relacionados fundamentalmente con procesos metabólicos, donde habitualmente se utilizan como agentes oxidantes y -reductores y, como factores en varios sistemas enzimáticos. Estos micro nutrientes están tan relacionados, que la falta de uno, puede afectar los requerimientos corporales de otros. (www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014)</p>

Evaluación.

Al realizar la valoración nutricional se contó con el material, equipo y área adecuados permitiendo tomar los datos requeridos. Al realizar la valoración del cliente considero que MGGV continua en nivel 4 de dependencia pero continua con dieta hiposódica y con restricción de frutas, refiriendo el cuidador primario que MGGV no acepta comer verduras.

**Necesidad: Movimiento y postura.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Alteración de la movilidad física relacionada con falta de ejercicio y estimulación manifestado por fatiga debilidad para caminar, gesticulaciones de dolor y enojo al movimiento.

Fecha de identificación: 6/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Alta

Rol de Enfermería. Apoyo.

**Objetivo.**

MGGV mejorará la movilidad física a través de realizar ejercicios indicados por el profesional de Enfermería en colaboración con el fisioterapeuta.

Intervenciones.	Fundamento
1. El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de Movimiento y postura por lo menos una vez por semana durante 4 semanas posteriormente serán 2 veces cada 15 días posteriormente	La valoración de Enfermería se concentra principalmente en la fuerza y el tono muscular, las dimensiones y el desarrollo muscular, en las fasciculaciones y temblores. (Kozier, 2005)

serán valoraciones mensuales.

Comprende el comportamiento postural es concepto fundamental para interpretar la integridad del sistema neuromotor y la eficacia de su operación. La coordinación gruesa y fina implica ajustes posturales, ajustes del organismo como totalidad de su ambiente. La locomoción es una proyección dinámica y repetitiva de la postura. Los esquemas posturales son fijaciones neuromotrices mediante el cual los niños adquieren sostenimiento, firmeza estabilidad y equilibrio. (Gesell, 1989)

a) Valorar la fuerza y el tono muscular del paciente.

<b>Grado</b>	<b>Actividad muscular</b>
0	Ausencia de contracción de movimiento.
1	Contracción y movimiento de tono pero sin movimiento
2	Contracción y movimiento con ayuda al eliminar la fuerza de gravedad.
3	Movimiento completo contra la gravedad.
4	Contracción y movimiento completo y moderado contra la resistencia.
5	Movimiento completo contra la gravedad y la resistencia.

b) Valorar el tono muscular (+) (++) (+++).

c) Valorar el estado de alerta.

- Un paciente alerta puede responder preguntas o responder mediante el llanto, sonrisa o sonidos.
- El paciente en estado de coma se le puede aplicar la escala de Glasgow.

d) Valorar los pares craneales.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- I Olfatorio.</li> <li>- II Óptico.</li> <li>- III Motor ocular común.</li> <li>- IV Troclear.</li> <li>- V Trigémino.</li> <li>- VI Motor ocular externo.</li> <li>- VII Facial.</li> <li>- VIII Acústico.</li> <li>- IX Glossofaríngeo.</li> <li>- X Vago.</li> <li>- XI Espinal.</li> <li>- XII Hipogloso.</li> </ul> <p>e) Valorar los reflejos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflejo Bicipital.</li> <li>- Reflejo Tricipital.</li> <li>- El reflejo del supinador largo.</li> <li>- El reflejo rotuliano.</li> <li>- El reflejo aquileo.</li> <li>- El reflejo plantar (Babinski).</li> </ul> <p>f) Valorar la función motora.  Valora la función la proyección y la función cerebelosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El cerebelo controla la posición.</li> <li>- Actúa junto con la corteza para llevar a cabo los movimientos corporales de forma suave y coordinada</li> <li>- Controla los músculos esqueléticos para mantener el equilibrio.</li> </ul> <p>g) Valorar la función sensitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tacto</li> <li>- Dolor</li> <li>- Temperatura.</li> </ul> <p>2. El profesional de Enfermería indicara una serie de ejercicios (20 repeticiones) explicando la funcionalidad al paciente y al cuidador primario. (Estos deben repetirse por lo menos dos veces al día).</p> <p>Los ejercicios se irán cambiando de acuerdo a la tolerancia y avance detectado en cada valoración.</p> <p>El ejercicio consiste en la relajación y contracción activas de los músculos los ejercicios se clasifican según la clase de:</p>	<p>Las personas que participan en un programa de ejercicios para disminuir los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, para mejorar su salud y su bienestar.</p> <p>El ejercicio es una forma de actividad caracterizada por ser un movimiento corporal planificado, estructurado y planificado, que se realiza para mantener uno o más componentes de la forma física. (Kozier, 2005).</p>
---	--

## 2.1. Contracción muscular.

### a) Ejercicios Isotónicos (dinámicos).

- Los músculos se acortan produciendo una contracción muscular y un movimiento. La mayoría de los ejercicios destinados al entrenamiento físico (correr, caminar, nadar, montar en bicicleta) son ejercicios isotónicos como los ejercicios de AM (iniciados por el paciente):
- En cama los más comunes son empujar objetos inmóviles, elevar las nalgas de la cama apoyándose con las manos en el colchón e impulsar el cuerpo para quedarse sentado.

### **TIPOS DE MOVIMIENTOS**

- **FLEXIÓN:** inclinación de una parte del cuerpo sobre otra.
- **EXTENSIÓN:** es lo opuesto a la flexión.
- **ROTACIÓN :** volver una parte del cuerpo hacia otra, a la derecha o a la izquierda
- **CIRCUNDAIÓN:** volver completamente una parte sobre la otra
- **ABDUCCIÓN:** el movimiento de una parte del cuerpo alejándose del mismo
  
- **ADUCCIÓN:** el movimiento de una parte del cuerpo hacia el mismo.
- **OPOSICIÓN:** es el movimiento que

Los ejercicios isotónicos aumentan la masa y el tono muscular, mantienen la flexibilidad articular y activan la circulación. (Kozier, 2005).

<p>separa dos partes del cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRONACIÒN: consiste en volver una parte del cuerpo hacia abajo</li> <li>- SUPINACIÒN: es lo contrario a pronaci3n.</li> </ul> <p>Una vez que MGGV ha logrado realizar los ejercicios isot3nicos se pasar3 a los ejercicios isom3tricos.</p> <p>b) Ejercicios Isom3tricos (est3ticos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Son aquellos que producen cambio en la tensi3n de los m3sculos, pero sin modificar su longitud ni producir movimiento articular. A esta clase de ejercicios pertenece la presi3n que se aplica a un objeto f3sico, y son 3tiles para fortalecer los m3sculos abdominales, los gl3teos y los cuadriceps que intervienen en la deambulaci3n:</li> <li>- En la cama la extensi3n de las piernas desde la postura en supino, la contracci3n de los m3sculos del muslo, y la compresi3n sostenida de las rodillas contra el lecho durante unos segundos. (series de cuadriceps)</li> </ul>	<p>Los ejercicios isom3tricos producen un aumento moderado de la frecuencia y el gasto card3acos, pero sin incremento del riego sangu3neo en otras partes del cuerpo. (Kozier, 2005).</p>
--	---

Medios	Realización	Ejemplo
Ejercicios para el desarrollo de la flexibilidad activa.	A través de la contracción de los músculos responsables del movimiento.	Elevación hacia el frente y arriba de una pierna.
Ejercicios para el desarrollo de la flexibilidad pasiva.	A través del empleo de una fuerza extraña (compañero, implementos, propio peso corporal).	Sentarse en posición de vallas, Y flexionar el cuerpo hacia delante y hacia atrás.
Ejercicios isométricos.	Combinación rítmica entre la elongación y acortamiento de los músculos.	1- elongar, 2- acortar, o 1-2-3- elongar con pequeños acentos, 4- acortar.

#### Evaluación.

El área donde se realizó la valoración de esta necesidad se encuentra en condiciones aceptables en cuanto a iluminación, material y equipo. En la evaluación de esta necesidad se detectó que no ha disminuido el nivel de dependencia ya que el cuidador primario refiere que no es una prioridad el que MGGV realice ejercicio ya que lo más importante es que no tenga alteraciones en la eliminación urinaria.

### **Necesidad: Descanso y sueño.**

Diagnóstico: Real (independiente).

Deterioro del patrón del sueño relacionado con variación en las horas de descanso y sueño manifestado por irritabilidad, ojeras y bostezos frecuentes. (NANDA 00095).

Fecha de identificación: 13/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Baja

Rol de Enfermería. Apoyo

**Objetivo.**

MGGV mejorar el patrón habitual de sueño a través de actividades que favorezcan el descanso.

Intervenciones.	Fundamento
<p>1. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de descanso y sueño cada 48 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Valorar facies y observar presencia de ojeras o bostezos.</li> <li>b. Verificar las horas de sueño acostumbrado y horas de siestas.</li> </ul> <p>2. Intervención independiente. LA enfermera debe mantener un ambiente confortable. (CIE.6482).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Limitar las visitas.</li> <li>b. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>c. Determinar las fuentes de incomodidad (posición incomoda, ropa arrugada).</li> <li>d. Proporcionar un área limpia.</li> <li>e. Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona.</li> <li>f. Ajustar la luz, evitando que esta de directamente a los ojos de la paciente.</li> <li>g. Colocar a la paciente en forma que facilite la</li> </ul>	<p>La valoración permite conocer el patrón habitual de descanso y sueño de la paciente e identificar oportunamente alteraciones. (Kozier 2005).</p> <p>Un ambiente tranquilo (temperatura adecuada, poca o nula iluminación, ruido escaso) favorece el descanso permitiendo que la paciente alcance la fase IV del sueño. (Kozier 2005).</p>

<p>comodidad (utilizando principios de alineación corporal).</p> <p>3. Intervención independiente. La enfermera debe brindar apoyo para mejorar el sueño. (CIE: 1850).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</li> <li>b. Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales de la paciente a las horas de irse a la cama como proporcionarle objetos preferidos (una manta, una almohada o un muñeco de peluche).</li> <li>c. Controlar la ingesta de bebidas a la hora de irse a la cama para evitar eventos que entorpezcan el sueño.</li> <li>d. Sugerir siesta durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.</li> </ol> <p>4. Intervención independiente. La enfermera puede utilizar técnica de relajación antes de dormir. (CIE 5880).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sentarse y hablar con el paciente.</li> <li>b. Facilitar una respiración lenta, profunda, intencionadamente.</li> <li>c. Facilitar la expresión de ira del por parte de la paciente de una manera constructiva.</li> <li>d. Acariciar la frente en caso necesario.</li> <li>e. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.</li> <li>f. Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar a la paciente.</li> <li>g. Reafirmar a la paciente en su</li> </ol>	<p>El permitir que los niños realicen sus rutinas habituales, les proporciona seguridad, confort y relajación. La lectura puede potenciar el descanso y relajación el ambiente hospitalario. (Kozier 2005).</p> <p>Las técnicas de relajación, respiración y visualización permiten crear una rutina fácil y accesible para todos y nos ayudan a relajar el cuerpo y la mente. La relajación es lo antagónico a la ansiedad y por ello lo consideramos de gran utilidad para cualquier aspecto de la vida. . (Kozier 2005).</p>
--	---

<p>seguridad.</p> <p>h. Permanecer con el paciente.</p> <p>i. Frotar la espalda en caso necesario.</p> <p>5. Intervención independiente. El profesional de Enfermería puede dar un masaje antes de dormir para favorecer el descanso y sueño. (CIE. 1480).</p> <p>a. Determinar si hay contraindicaciones como disminución de plaquetas, disminución de la integridad de la piel trombosis venosa profunda e hipersensibilidad al contacto.</p> <p>b. Determinar el grado de alivio psicológico de la paciente con el contacto manual.</p> <p>c. Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de manejarse.</p> <p>d. Preparar un ambiente cálido, cómodo y sin distracciones.</p> <p>e. Colocar a la paciente en una posición que facilite el masaje.</p> <p>f. Masajear con movimientos continuos uniformes y rítmicos.</p> <p>g. Masajear las manos o los pies si las otras zonas no son convenientes y si resulta más cómodo para la paciente.</p> <p>h. Animar a la paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.</p> <p>i. Evitar conversaciones largas durante el masaje a menos que se utilice como técnica de relajación.</p> <p>j. Evitar masajear sobre zonas lesión abierta o zonas sensibles de la piel.</p> <p>6. Intervención independiente. El profesional de Enfermería debe utilizar la musicoterapia como alternativa de relajación. (CIE. 4400).</p> <p>a. Definir el cambio de conducta específico y / o fisiológico que se desea (relajación,</p>	<p>Un masaje suave reduce el ritmo cardiaco y la circulación sistémica produciendo relajación muscular. (Carpenito. 2005).</p> <p>El respirar lenta y profundamente durante unos pocos minutos, seguido de una contracción y relajación rítmica y lenta de los músculos puede aliviar e inducir la calma y promover el descanso y sueño. (Kozier. 2005).</p> <p>La musicoterapia utilizada como técnica de relajación es una formula muy beneficiosa para la prevención de alteraciones neurológicas favoreciendo el descanso.</p> <p><a href="http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html">http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html</a></p>
---	---

<p>estimulación, concentración, disminución del dolor).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Determinar el interés del individuo por la música.</li> <li>c. Identificar las preferencias musicales del individuo.</li> <li>d. Informar a la paciente del propósito de la experiencia musical.</li> <li>e. Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.</li> <li>f. Asegurarse de que el volumen es adecuado pero no demasiado alto.</li> <li>g. Evitar dejar la música puesta durante periodos largos</li> </ul>	
<p><b>Evaluación.</b>  La valoración de esta necesidad se realizó en el área de hemodiálisis, la cual cuenta con iluminación adecuada.  Al realizar la valoración se observó a MGGV con facies de cansancio y bostezos se sugirieron varias técnicas de relación a la paciente y a su familiar, posteriormente el cuidador primario refiere que en casa le realiza masaje principalmente en espalda y cuello y ha observado que la niña se duerme más rápido.  Considero que MGGV ha disminuido su nivel de dependencia de 3 a 1 ya que MGGV también toma siestas de duración aproximada de 2 horas en sus sesiones de hemodiálisis.</p>	

**Necesidad: Comunicación.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución de la capacidad auditiva (hipoacusia) manifestado por incapacidad de recibir indicaciones e incapacidad para articular palabras, balbuceo y llanto.

Fecha de identificación: 10/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 6 dependencia total por varios meses.

Tipo de prioridad: Media.

Rol de Enfermería. Apoyo

### Objetivo.

MGGV mejorará la comunicación en un periodo de 6 meses a 1 año, a través de un programa de ejercicios estimulación de los sentidos, elaborados por el profesional de Enfermería en colaboración con el terapeuta de lenguaje.

Intervenciones.	Fundamento
1. El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de comunicación 1 vez cada semana durante un mes. Posteriormente se continuará con valoraciones de 1 vez al mes y/o según se requiera. -Valorar los sentidos: vista, oído, tacto.	La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas, en otras palabras, el intercambio de ideas o pensamientos. (Hablando, escuchando, escribiendo, leyendo, pintando, danzando, o narrando). En algunas ocasiones la comunicación tiene una connotación más personal que el intercambio de ideas o pensamientos y puede consistir en una transmisión de sentimientos o interacción más íntima y social entre personas. La comunicación se cimienta en la relación de confianza con el paciente y su familia. (Kozier 2005).
-Valorar a través de la:	Las palabras varían de un individuo a otro según el bagaje cultural, la situación económica, la edad y el nivel de formación
a. Comunicación verbal.	
b. Comunicación no verbal.	Se denomina lenguaje corporal, abarca los gestos, movimientos del cuerpo, el uso del tacto, el aspecto físico incluidos los adornos.
c. Comunicación simbólica.	Es la que tiene lugar a través del juego, de la expresión artística del dibujo, las imágenes, la fotografía e incluso la ropa elegida, es menos fiable en los

<p>2. La enfermera debe mencionar al MGGV y a su familiar la importancia del uso del dispositivo de audición.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mantener el dispositivo limpio.</li> <li>b. Comprobar las pilas del dispositivo de audición periódicamente.</li> <li>c. Comunicarse con el paciente cuando usa el dispositivo de audición se deben dar instrucciones sencillas, de una por una.</li> <li>d. Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.</li> <li>e. Utilizar palabras simples y frases cortas.</li> <li>f. Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.</li> <li>g. Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador cuando sea necesario.</li> </ul> <p>3. Motivar a MGGV a que pronuncie palabras, y/o emita sonidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Solicitar la ayuda del familiar en la comprensión del lenguaje del paciente.</li> <li>b. Permitir que la paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.</li> <li>c. Dar una orden simple cada vez.</li> </ul>	<p>sentimientos reales de los niños. (Waley y Wong 1995)</p> <p>El uso adecuado de los dispositivos de ayuda (auditivo), aumenta la capacidad de acondicionamiento al medio exterior, para poder llevar a cabo sus actividades diarias de manera eficaz. (Carpenito 2005).</p> <p>Se pueden llevar a cabo actividades sistemáticas para mejorar el habla del paciente, éste ganará confianza en si mismo y hará cada vez más intentos para hablar mejor. (Carpenito 2005).</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Escuchar con atención las palabras o sonidos emitidos por la paciente.</li> <li>e. Utilizar frases cortas y simples. Como: Hola, que tal, adios,</li> <li>f. Abstenerse de gritar al paciente.</li> <li>g. Abstenerse de bajar la voz al final de una frase.</li> <li>h. Estar de pie adelante del paciente al hablar.</li> <li>i. Utilizar cartones con dibujos.</li> <li>j. Animar al paciente a que repita palabras.</li> <li>k. Sugerir dar continuidad al tratamiento con un especialista de lenguaje.</li> </ul> <p>4. La enfermera debe mantener una escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Establecer el propósito de la interacción.</li> <li>b. Mostrar interés por el paciente.</li> <li>c. Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos, pensamientos o preocupaciones.</li> <li>d. Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones o preocupaciones personales.</li> <li>e. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación</li> </ul>	<p>El profesional de Enfermería debe intentar por todos los medios de comprender al paciente. Cualquier avance, por pequeño que sea reduce la frustración y aumenta la motivación. (Carpenito 2005).</p>
--	--

Evaluación.

El área donde se realizó la valoración, cuenta con iluminación, ventilación, y espacio físico adecuados.

MGGV continúa en nivel 6 de dependencia, ya que el cuidador primario refiere que esta necesidad no es importante, y que su atención se centra primordialmente en la necesidad de eliminación (desea que su paciente se trasplante).

Al mencionar la importancia de la necesidad de comunicación como es el logro de independencia y socialización y sugerir algunas acciones el cuidador primario mostró interés en llevar a cabo las acciones con su paciente.

**Necesidad: Aprendizaje.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Conocimientos deficientes sobre el cuidado personal relacionado con falta de interés en el aprendizaje manifestado por apatía y hostilidad. (NANDA 00126).

Fecha de identificación: 10/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 5 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Media

Rol de Enfermería. Apoyo

**Objetivo.**

MGGV participará en su cuidado a través de realizar las actividades sugeridas por el profesional de Enfermería.

Intervenciones.	Fundamento
1. Intervención Independiente. Valorar la necesidad de aprendizaje de 1 vez cada 15 días durante un	La necesidad de aprendizaje abarca nociones intelectuales nuevas, pero también técnicas o aptitudes físicas

<p>mes, posteriormente será de 1 vez al mes o según su avance.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Valorar los sentidos. (vista, tacto y oído).</li> <li>b. La edad.</li> <li>c. La comprensión y la percepción del problema que tiene el paciente.</li> <li>d. Los factores culturales.</li> <li>e. Los factores económicos.</li> <li>f. Estilo del paciente.</li> <li>g. El sistema de apoyo familiar.</li> </ol> <p>2. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe realizar actividades de acuerdo a la discapacidad física detectada. (Hipoacusia).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Realizar actividades breves y activas (utilizando gesticulaciones y mímica.</li> <li>b. Mostrar material y objetos didácticos de colores que llamen la atención del paciente.</li> <li>c. Utilizar muñecos para realizar los procedimientos.</li> </ol> <p>3. Intervención Independiente. El profesional debe hacer hincapié sobre el uso del aparato auditivo.</p> <p>4. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería deberá Potenciar la disposición del aprendizaje de la escolar. (CIE. 5540)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Disponer de un ambiente tranquilo.</li> <li>b. Establecer compenetración en la relación enfermera paciente.</li> <li>c. Establecer la credibilidad de la enfermera.</li> </ol>	<p>nuevas o diferentes, conductas nuevas o la necesidad de modificar una conducta antigua. El aprendizaje es un cambio en la disposición o capacidad humana que se manifiesta por un cambio en el comportamiento. (Kozier 2005).</p> <p>La deficiencia auditiva pueden dificultar la capacidad de aprendizaje de un paciente y en los niños el lapso de atención es más breve, hay diferencias en el vocabulario y diferencias en la interacción de acuerdo a la discapacidad. (Kozier 2005).</p> <p>El uso adecuado y frecuente del aparato auditivo minimiza limitaciones en los pacientes y aumenta las capacidades de aprendizaje del paciente. (Carpenito 2005).</p> <p>Entorno en óptimas condiciones disminuye distracciones y proporciona un bienestar físico y psicológico y el reducir los obstáculos fisiológicos incrementan la disponibilidad y capacidad de aprendizaje. (Kozier 2005).</p>
--	---

<p>d. Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (sed, hambre, calor y oxígeno).</p> <p>e. Evitar medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente.</p> <p>f. Fomentar la manifestación verbal de sentimientos e inquietudes.</p> <p>g. Ayudar al paciente a visualizar acciones alternativas para mejorar su estilo de vida</p> <p>5. Intervención Independiente. La enfermera debe mantener una motivación continua de MGGV. (CIE 4362).</p> <p>a. Relacionando lo que se va a enseñar con algo importante para el paciente.</p> <p>b. Lograr que la situación de aprendizaje sea agradable y no amenazadora.</p> <p>c. Ofrecer continuamente apoyo y ánimo a medida que el paciente se esfuerza por aprender.</p> <p>d. Crear un ambiente en el que el paciente tenga posibilidades de tener éxito.</p> <p>e. Mencionar al paciente los beneficios del cambio de conducta.</p> <p>6. Intervención Independiente. Enseñar a través de métodos didácticos.</p> <p>a. Contrato con el paciente.</p> <p>b. Enseñanza en grupo.</p>	<p>La motivación positiva estimula el deseo de aprender y de ser mejor cada día logrando con ello una independencia y/o autonomía. (Kozier 2005).</p> <p>Las estrategias que se deseen utilizar deben ser la adecuada para el paciente y para y de acuerdo a los objetivos planteados. (Kozier 2005).</p> <p>El contrato consiste en determinar objetivos de aprendizaje y establecer tiempo de resolución.</p> <p>La enseñanza en grupo es económica y proporciona a los integrantes la oportunidad de compartir y aprender de los demás</p>
---	---

<p>7. El profesional de Enfermería ayudara a MGGV para que modifique su conducta. (CIE 4360)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fomentar los hábitos indeseables por hábitos deseables.</li> <li>b. Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.</li> <li>c. Ayudar al paciente a identificar los pequeños éxitos producidos.</li> </ol>	<p>Los cambios de conducta que indican que se ha producido el aprendizaje deben situarse siempre para manifestarle al paciente los logros obtenidos. (Kozier 2005).</p>
<p>Evaluación.  El área donde se llevo acabo la valoración de esta necesidad es adecuada.  Al realizar la valoración se detecto que la paciente tiene una alteración auditiva, por lo que se menciona las ventajas del uso del aparato auditivo y el aumento de la capacidad del paciente para adquirir mayor habilidad en el aprendizaje aunque la paciente no muestra interés en el uso del aparato.  Por cual considero que MGGV se mantiene en el mismo nivel de dependencia, pero se debe continuar con este plan hasta lograr la participación de la paciente involucrando al cuidador primario a que motive a su hija para que realice las actividades.</p>	

**Necesidad: Recreación.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno hospitalario monótono y desprovisto de juguetes manifestado por irritabilidad, apatía y aburrimiento. (NANDA 00097).

Fecha de identificación: 10/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varias semanas.

Tipo de prioridad: Baja

Rol de Enfermería. Apoyo

### Objetivo.

MGGV participara en actividades recreativas correspondientes a su edad sugeridas por el profesional de enfermería en colaboración con terapeutas de juegos.

Intervenciones.	Fundamento
<p>1. Intervención Independiente. Valorar la necesidad de recreación 1 vez a la semana durante un mes, posteriormente la valoración será cada mes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Facies del paciente de acuerdo a edad y sexo.</li><li>b. Estado de ánimo.</li><li>c. Valorar el entorno.</li></ul>	<p>El juego en el hospital permite al niño liberarse de temores, liberar las frustraciones y cubrir las necesidades de estimulación del desarrollo. También ayuda al niño a enfrentarse a las tenciones, al estrés de la enfermedad y la hospitalización. El juego es uno de los aspectos más importantes de la vida infantil y una de las herramientas más para liberar el estrés. Produce diversión y causa relajación. Ayuda al niño a sentirse seguro en un ambiente extraño. (Kozier 2005).</p>
<p>2. Intervención Independiente. La Enfermera, MGGV y el cuidador primario establecerán objetivos comunes. (CIE 4410).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Animar al paciente a identificar sus virtudes y habilidades.</li><li>b. Ayudar al paciente a desarrollar un plan que</li></ul>	<p>Una participación activa del paciente y del familiar conducirán a tener un mayor éxito en los objetivos plateados. (Carpenito 2005).</p>

<p>cumpla con los objetivos.</p> <p>c. Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.</p> <p>3. Intervención Independiente. El profesional proporcionará una terapia artística a MGGV. (CIE 4330).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Proporcionar instrumentos de arte de acuerdo a edad y etapa de desarrollo y metas de la terapia.</li> <li>b. Proporcionar una superficie plana y suave para dibujar.</li> <li>c. Estar un rato con el paciente.</li> <li>d. Registrar las observaciones de la actitud que toma la paciente ante esta acción.</li> <li>e. Utilizar los dibujos de figuras humanas para determinar el concepto que tiene el paciente de sí mismo.</li> <li>f. Utilizar los dibujos cinéticos para determinar los patrones de interacción familiar.</li> <li>g. Utilizar los dibujos para determinar los sucesos estresantes.</li> </ul> <p>4. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería brindará una terapia del ambiente a MGGV. (CIE4390).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.</li> <li>b. Incluir al paciente en las decisiones de sus propios cuidados.</li> <li>c. Minimizar en lo posible el uso de puertas cerradas, medicamentos y regulación estricta de la actividad.</li> <li>d. Proporcionar zonas atractivamente amuebladas para la conversación de los pacientes.</li> <li>e. Facilitar libros y revistas o revistas sobre arte o manualidades de acuerdo a las necesidades recreativas, culturales y antecedentes</li> </ul>	<p>Este tipo de actividades distraen la atención del niño, evitan el aburrimiento y coadyuvan a estimular su desarrollo. (Morgan 1993).</p>
--	---

<p style="text-align: center;">educativos del paciente.</p> <p>5. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería brindará una terapia con juegos a MGGV. (CIE 4430).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.</li> <li>b. Discutir las actividades de juego con la familia.</li> <li>c. Establecer límites en la sesión de juegos terapéuticos.</li> <li>d. Proporcionar un equipo de juegos terapéuticos.</li> <li>e. Proporcionar un equipo de juegos de desarrollo adecuados.</li> <li>f. Proporcionar un equipo de juegos que estimule el juego de roles.</li> <li>g. Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos.</li> <li>h. Observar y registrar cambios con el uso del equipo de juegos.</li> </ol> <p>6. Intervención Interdependiente. El profesional de Enfermería realizará una terapia de actividades con MGGV. (CIE 4310).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Colaborar con los terapeutas ocupacionales, en la planificación y control de un programa de actividades.</li> <li>b. Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</li> <li>c. Ayudarlo a centrarse en lo que el paciente puede hacer más que en los déficit.</li> <li>d. Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.</li> <li>e. Ayudar al paciente en la automotivación y seguridad.</li> </ol> <p>7. Intervención independiente.</p>	<p>El juego es un espejo de todas las tareas del desarrollo y permite a los niños experimentar con seguridad las habilidades recién aprendidas. El juego debe proporcionar un contacto interpersonal y estímulos recreativos y educativos. (Riopelle 1993)</p> <p>Un terapeuta puede programar actividades apropiadas basadas en el nivel y etapa de desarrollo de la paciente y de acuerdo al grado de restricciones físicas. (Morgan 1993).</p>
--	---

<p>El profesional de Enfermería debe facilitar el aprendizaje. (CIE 5520).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Comenzar la instrucción sólo después que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.</li><li>b. Establecer metas realistas objetivas con el paciente.</li><li>c. Identificar claramente los objetivos de la enseñanza en términos.</li><li>d. medibles/observables.</li><li>e. Ajustar la instrucción a nivel de conocimientos y comprensión de la paciente.</li><li>f. Ajustar el contenido de acuerdo a las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y / o afectivas de la paciente.</li><li>g. Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.</li><li>h. Disponer de un ambiente que favorezca el aprendizaje.</li><li>i. Adaptar la información de acuerdo al estilo de vida de la paciente.</li><li>j. Relacionar la información con los deseos / necesidades personales de la paciente.</li><li>k. Asegurarse de que la información sea actual.</li><li>l. Utilizar un lenguaje familiar.</li><li>m. Presentar la información de manera estimulante.</li><li>n. Fomentar la participación activa</li></ul>	
--	--

<p>de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o. Mantener sesiones de enseñanza cortas.</li> <li>p. Simplificar las instrucciones.</li> <li>q. Repetir la información importante.</li> <li>r. Utilizar demostraciones y pedirle a la paciente que realice ella las actividades.</li> </ul>	
<p>Evaluación.</p> <p>La valoración de esta necesidad se realizó en un el área de nefrología observándose un ambiente desprovisto de actividades recreativas, MGGV responde de manera positiva a la estimulación con juegos y el personal de Enfermería también participa en la estimulación de la paciente fomentando la recreación permitiendo que la paciente traiga juguetes o muñecos preferidos que le proporcionan seguridad, a demás de proporcionarle una televisión durante su estancia en el área de hemodiálisis, por lo que considero que MGGV ha disminuido su nivel 1 de independencia.</p>	

### **Necesidad: Realización.**

Diagnóstico: Real (interdependiente).

Desempeño inefectivo del rol relacionado con socialización inadecuada de la escolar manifestado por apatía y cambios en los patrones usuales de la responsabilidad. (NANDA 00055).

Fecha de identificación: 10/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Baja

Rol de Enfermería. Apoyo

### Objetivo.

MGGV mejorará el desempeño del rol a través de un programa de actividades elaboradas por el profesional de Enfermería.

Intervenciones.	Fundamento
<p>1. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de realización una vez al mes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Valorar el rol de la escolar.</li><li>b. Valorar las relaciones de apoyo familiar.</li></ul> <p>2. Intervención interdependiente. El profesional de Enfermería en coordinación con el personal de psicología deben brindar un apoyo al cuidador primario. (CIE: 7040).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Determinar el nivel de conocimientos del cuidador primario.</li><li>b. Determinar la aceptación del papel que desempeña el cuidador primario.</li><li>c. Admitir las dificultades del rol que se le presentan al cuidador principal.</li><li>d. Identificar con el cuidador principal las debilidades y fortalezas.</li></ul>	<p>La valoración detallada del paciente y de su familia en cuanto a responsabilidades del rol, proporcionan importantes indicios sobre problemas reales o potenciales. (Kozier 2005).</p> <p>El apoyo Psicológico que se proporciona al cuidador primario es con el objetivo de influir asertivamente en las acciones pasadas lo que se refleja en planes y decisiones positivas en el presente y futuro. (Kozier 2005).</p> <p>Un apoyo adecuado al cuidador primario, emocional y práctico es crucial para que brinde unos cuidados óptimos a un paciente con enfermedad crónica. (Carpenito 2005).</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>e. Realizar Afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.</li> <li>f. Animare a la aceptación de independencia de los miembros de la familia.</li> <li>g. Apoyar al cuidador en los procesos de quejas.</li> <li>h. Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.</li> </ul> <p>3. Intervención independiente. El profesional de Enfermería debe fomentar la normalización familiar a través de: (CIE 7200)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Integrar a MGGV al sistema familiar sin que la niña sea en centro de atención de la familia.</li> <li>b. Ayudar a la familia a que vea a la niña afectada como una niña y no como una persona enferma crónica o discapacitada.</li> <li>c. Darle la oportunidad de que la niña tenga experiencias normales de la niñez.</li> <li>d. Animar a los padres a que hagan parecer a la niña lo mas normal posible.</li> <li>e. Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades de acuerdo a su edad y etapa de</li> </ul>	<p>La autoestima de la paciente mejorará cuando se involucra activamente a la familia en la toma de toma de decisiones que afectan la salud y estilo de vida de la paciente, de este modo se aumenta la participación de la familia en plan de cuidados, favoreciendo las relaciones afectivas. (Carpenito 2005).</p>
--	---

<p>desarrollo.</p> <p>f. Sugerir a la familia solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.</p> <p>g. Animar a los padres a que pasen tiempo con todos los miembros de la familia.</p> <p>h. Implicar a los hermanitos en el cuidado y actividades de MGGV.</p> <p>i. Sugerir a los familiares a tener una red social y a un sistema de apoyo habituales.</p> <p>4. Intervención independiente. La enfermera debe potenciar la autoestima de MGGV. (CIE 5400).</p> <p>a. Determinar la posición de control de la paciente.</p> <p>b. Animar a la paciente a identificar sus virtudes.</p> <p>c. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</p> <p>d. Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos.</p> <p>e. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</p> <p>f. Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.</p>	<p>Las personas con enfermedades crónicas necesitan ayuda positiva para no verse a si mismas como victimas desamparadas. Los enfermos con sentido de la esperanza, autocontrol, determinación y sentido de la identidad pueden afrontar mejor los problemas de su enfermedad. (Molzann, Northcott y Dosseto. 1997).</p> <p>Resulta interesante y beneficioso para el paciente, compartir experiencias similares</p>
---	---

<p>g. Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.</p> <p>5. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe potenciar la socialización de MGGV junto con los cuidadores primarios. (CIE. 5100).</p> <p>a. Animar a MGGV a desarrollar relaciones con otros niños.</p> <p>b. Fomentar las relaciones de la paciente con otras personas con intereses y objetivos en común.</p> <p>c. Responder de forma positiva cuando la paciente establezca el contacto con los demás.</p> <p>d. Fomentar la planificación de especiales por parte de grupos pequeños.</p> <p>6. Intervención interdependiente. La enfermera junto con el terapeuta dará una terapia familiar. (CIE 7150).</p> <p>a. Compartir el plan de la terapia con la familia.</p> <p>b. Determinar los roles de MGGV dentro del sistema familiar.</p> <p>c. Determinar los conflictos y ver si los miembros de la familia quieren resolverlos.</p> <p>d. Ayudar a los miembros de la familia a clarificar lo que necesitan y esperan uno de otros.</p>	<p>con otros niños que se encuentran en la misma situación, considerando opciones o alternativas de estilos de vida que no se conocían. (Carpenito 2005).</p> <p>Un desarrollo afectivo de la familia incluye una interacción guiada por profesionales (enfermera y terapeuta), que provoquen cambios positivos en los integrantes de la familia. Un entorno cálido contribuye a garantizar una aceptación de roles lo que marca un ritmo crucial para el desempeño formal y cumplimiento del plan. (Carpenito 2005).</p>
--	---

<p>e. Permitir a los miembros de la familia a reconocer y recompensar aspectos positivos.</p> <p>7. La Enfermera debe potenciar la imagen corporal de MGGV con apoyo del cuidador primario. (CIIE 5220).</p> <p>a. Determinar las expectativas corporales de la paciente en función del estado de desarrollo.</p>	<p>La imagen corporal es considerada crucial que refleja aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el concepto de si mismo, o para explicar ciertos trastornos de la conducta o para explicar la integración social de las personas.</p> <p><a href="http://www.uned.es/cattudela/revista/n002/baile_ayensa.htm">http://www.uned.es/cattudela/revista/n002/baile_ayensa.htm</a></p>
<p>Evaluación.</p> <p>La valoración de esta necesidad se llevo a cabo en la sala de espera del cuarto piso se contó con la disponibilidad de tiempo por parte del entrevistado como del entrevistador.</p> <p>Se sugirió realizar actividades con la familia, pero el cuidador primario refirió que su hija menor actualmente vive con su cuñada y que su esposo no tiene tiempo por que trabaja de lunes a sábado por lo que considero que MGGV continúa en el mismo nivel de dependencia.</p>	

### **Necesidad: Higiene, Vestido/Desvestido.**

Diagnóstico: Real (independiente).

Dependencia en Baño/Higiene y Vestido relacionado con dolor y falta de motivación manifestado por incapacidad para lavarse todo el cuerpo y vestirse por si misma. (NANDA. 00108).

Fecha de identificación: 13/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Baja

Rol de Enfermería. Apoyo

### Objetivo.

MGGV mejorará en su cuidado (higiene y vestido) a través de actividades que disminuyan el dolor, sugeridas por el profesional de Enfermería con apoyo del cuidador primario.

Intervenciones.	Fundamento
<p>1. Intervención independiente. Valorar la necesidad de higiene, vestido y desvestido.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Valorar la integridad de las extremidades superiores e inferiores.</li><li>b. Valorar la integridad de la piel, las mucosas, dientes.</li><li>c. Valorar el aspecto general y vestimenta de la paciente.</li><li>d. Verificar si hay en significado en especial de la vestimenta.</li><li>e. Verificar si hay preferencia en cuanto al uso de la ropa.</li></ul>	<p>La valoración de la piel, medidas higiénicas y de vestido proporcionan datos esenciales del cuidado de la paciente, y hace posible la detección oportuna de riesgos de lesiones cutáneas. (Kozier 2005).</p>

<p>2. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe apoyar A MGGV para que pueda manejar y/o controlar el dolor. (CIE. 1400).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad o severidad del dolor.</li> <li>b. Observar claves no verbales de molestias, especialmente MGGV que no puede comunicarse eficazmente.</li> <li>c. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>d. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</li> <li>e. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</li> <li>f. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumente la experiencia del dolor.</li> <li>g. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.</li> </ul> <p>Técnica para disminuir el dolor a</p>	<p>El dolor puede incapacitar a un niño, aislarlo socialmente, deprimirlo y cambiar su auto imagen, todo esto puede significar una pérdida para el paciente. Es de suma importancia que la enfermera detecte el dolor y ayude a enfrentarlo y a controlarlo.</p> <p>El objetivo es cambiar la percepción del dolor, modificar la conducta frente al dolor y proporcionar una mayor sensación de control.</p> <p><a href="http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print">http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print</a></p> <p>Efectos del calor. Actúa sobre tejidos fibrosos, como tendones, cápsulas articulares, cicatrices, aumentando su extensibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produce relajación del espasmo muscular, que se observa frecuentemente</li> </ul>
---	---

<p>MGGV.</p> <p>a. APLICACIÓN DE CALOR El calor puede ser aplicado de forma profunda o superficial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Área. Cabeza, región abdominal y/o miembros pélvicos.</li> <li>- Tiempo. Cada 10 o 15 minutos.</li> <li>- Dispositivo. Compresas calientes, almohadillas térmicas, bolsas para agua caliente.</li> </ul> <p>b. ESTIMULACIÓN CUTÁNEA UNA VEZ AL DÍA.</p> <p>Procedimiento para dar masaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☺ Ayudar al niño a adoptar una postura cómoda.</li> <li>☺ Aplicar un masaje en el área donde tiene el dolor o en cada parte del cuerpo durante 10 minutos o a tolerancia.</li> <li>☺ Manos: El profesional de Enfermería debe contactar primero con una mano y luego con la otra. Utilizando ambas manos. <ul style="list-style-type: none"> <li>♥ Deslizar lentamente los dedos sobre la superficie de a masajear.</li> <li>♥ Mientras sujeta el área a masajear, friccione con los pulgares y realizando un movimiento circular para disminuir la tensión.</li> <li>♥ Dé masaje a cada área que desea relajar.</li> </ul> </li> </ul>	<p>en enfermedades crónicas, por acción de mecanismos, como el aumento del flujo vascular (en casos con descenso del mismo) o por medio de las endorfinas (sustancias que produce el cuerpo que participan en el alivio del dolor).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye la rigidez articular que se observa en enfermedades crónicas.</li> </ul> <p><a href="http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print">http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print</a></p> <p>Al aplicar un masaje aumenta el calor generando este aumento de la circulación en una región, acelerando así la eliminación de los productos de desecho del metabolismo celular que causan el dolor muscular. (Cautela, J 1992).</p>
---	--

<p>♥ posteriormente, aplicando un movimiento en espiral desde la base de cada extremidad hasta su extremo.</p> <p>♥ Con el pulgar y el dedo índice, masajee cada pequeño músculo deseado.</p> <p>♥ Deslice las manos suavemente desde el extremo hacia la base de la extremidad.</p> <p>♥ Repita los pasos en la otra área del cuerpo.</p> <p>c. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. RESPIRACIÓN ALTERNANDO LAS NARINAS.</p> <p>☺ Sentarse en una posición cómoda con las piernas cruzadas y la espalda recta.</p> <p>☺ Subir la mano derecha y cerrar con el dedo anular el orificio nasa. Izquierdo.</p> <p>☺ Inhalar profunda y lentamente a través del orificio derecho hasta contar cuatro.</p> <p>☺ Cerrar el orificio derecho con el</p>	<p>La relajación permite concentración y la cooperación de la paciente en su cuidado. (Cautela, J 1992).</p> <p>El <b>objetivo</b> es cambiar la percepción del dolor, modificar la conducta frente al dolor y proporcionar una mayor sensación de control por medio de las diferentes técnicas.</p> <p>Para el éxito de las intervenciones es necesario tomar en cuenta aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La edad del niño</li> <li>▪ La intensidad del dolor</li> <li>▪ Las capacidades propias</li> </ul> <p>Cáncer (en línea); (consulta 20/01/2007)(10 Pág.) disponible en : <a href="http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print">http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print</a></p>
---	---

<p>pulgar y contener el aliento hasta contar de 1-4 segundos.</p> <p>☺ Abrir el orificio izquierdo y espirar hasta la cuenta de 4-6 segundos. Cuanto más prolongada sea la espiración, tanto mejor. Concentrarse en vaciar completamente los pulmones.</p> <p>☺ Respirar a través del orificio izquierdo hasta la cuenta de cuatro.</p> <p>☺ Cerrarla nuevamente con el dedo anular y contenerlo hasta contar 1-4 segundos.</p> <p>☺ Espirar a través del derecho hasta contar 4-8 segundos. Hasta aquí es un ciclo.</p> <p>☺ Repetir estos ciclos de respiración alternando las narinas cinco veces más, o hasta 10 minutos si hay preocupación por insomnio.</p> <p>3. Intervención independiente. La enfermera y los cuidadores primarios apoyarán el cuidado de</p>	<p>La cognición y la motivación son indispensables en pacientes con una función cognitiva alterada, los cuales requieren de un apoyo del cuidador primario o de profesionales de Enfermería continuo y constante. (Kozier. 2005).</p>
---	---

<p>MGGV. (CIE 1800).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Comprobar la capacidad de la paciente para realizar el cuidado.</li> <li>b. Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como ducha, cepillado de dientes, peinarse y lubricarse la piel como medio de establecerlas.</li> <li>c. Animar a la paciente a realizar las actividades de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>d. Enseñar a los padres a fomentar la independencia e intervenir solo cuando la paciente no pueda realizar las actividades.</li> <li>e. Establecer una rutina de actividades higiénicas o de cuidado.</li> </ul> <p>4. Intervención independiente. El cuidador primario deberá apoyar a la paciente con los cuidados de la higiene. (CIE. 1801).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Proporcionar los objetos de baño deseados.</li> <li>b. Sugerir bañarse sentado fomentando que la paciente realice su aseo personal por si sola.</li> <li>c. Fomentar la participación de los padres en los rituales habituales.</li> </ul>	<p>La piel intacta y sana constituye la primera barrera de defensa del cuerpo humano. En la necesidad de higiene, el profesional de Enfermería debe respetar las preferencias o/costumbres del paciente y su familiar. (Kozier. 2005).</p> <p>El cepillado meticuloso de los dientes es fundamental para evitar caries dental, la acción mecánica del cepillado elimina las partículas de alimentos que puedan albergar e incubar bacterias, además estimula la circulación de las encías y mantiene su dureza. (Kozier. 2005).</p>
---	---

5. El profesional de Enfermería debe sugerir un mantenimiento de la salud bucal. (CIE. 1710).

a. Establecer con MGGV una rutina de cuidados bucales.

b. Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.

c. Animar y ayudar a la paciente a lavarse los dientes después de cada comida y lo más a menudo que sea necesario.

d. Recomendar el uso de cepillo de dientes de cerdas finas y/o el uso de hilo dental.

e. Enseñar a MGGV la técnica de cepillado de dientes ideal.

- Sostener el cepillo de dientes con las cerdas en ángulo de 45°, las puntas de las cerdas deben apoyarse contra y penetrar bajo la cisura gingival.

- Mueva las cerdas hacia adelante y hacia atrás, utilizando un movimiento vibratorio, o de vaivén desde la cisura hasta la corona de los dientes.

- Repetir hasta que todas las superficies de los dientes y los surcos de las encías estén limpios.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpie las superficies mordedoras moviendo el cepillo hacia delante y hacia atrás con pasadas cortas.</li> <li>- Si la lengua esta saburral, cepillela suavemente con el cepillo de dientes. El cepillado elimina los materiales y seborras acumulados.</li> <li>- El hilo dental es indispensable para retirar la placa dentó bacteriana que se encuentra entre los dientes.</li> </ul> <p>f. Sugerir la visita al dentista por lo menos cada 6 meses.</p> <p>g. Baño en regadera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar accesorios para el baño (jabón, shampoo, toalla).</li> <li>- Enseñar a cubrir el área del catéter Mahurkar. (subclavia derecha)</li> <li>- Ayudar a la paciente hasta que ella lo pueda realizar sola.</li> </ul> <p>h. Higiene del pelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El profesional de Enfermería debe evaluar las características del pelo (brillo, sedosidad, presencia de caspa o resequedad).</li> <li>- Sugerir lavar el</li> </ul>	<p>El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración y las células muertas, además de estimular la circulación, un baño templado dilata las arteriolas superficiales lo suficiente para aportar sangre y nutrientes a la piel. (Kozier 2005).</p> <p>El cabello suele reflejar el bienestar de una persona, las personas que tiene una alteración suelen descuidar su cabello. El cepillado cumple tres funciones, estimula la circulación de la sangre por el cuero cabelludo distribuye el aceite por el manto piloso y ayuda a arreglar el cabello. (Kozier 2005).</p> <p>Las uñas limpias y cortas evitan la reproducción de microorganismos. Al excavar las se favorece que las uñas se encarnan. (Kozier 2005). La uñas se cortan por razón necesaria y la condición del paciente.</p>
--	---

<p>cabello diario por lo menos cada tercer día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peinar o cepillar diario el cabello.</li> </ul> <p>i. Cuidado de las uñas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El profesional de Enfermería debe proporcionar los accesorios para el aseo de las uñas (cortaúñas y una lima)-</li> <li>- Técnica para el corte de uñas.</li> <li>- Sumergir una mano o un pie, en caso necesario, se seca se corta la uña en forma cuadrada y se lima evitando excavar la uña en las esquinas laterales.</li> </ul> <p>j. Lavado de manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar el jabón líquido o pastilla,</li> <li>- Mojarse las manos.</li> <li>- Frotar las palma asta hacer suficiente espuma, frotar espacios interdigitales y región uncial, posteriormente enjuagar</li> </ul> <p>6. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe Sugerir los cuidados del arreglo personal y apoyar a MGGV a desarrollar sus capacidades. (CIE. 1802).</p> <p>a. Informar a la paciente de la vestimenta disponible para que ella pueda seleccionar.</p>	<p>El realizar un lavado de manos antes de comer y después de ir al baño disminuye el número de microorganismos de las manos evitando infecciones. Los movimientos circulares y de fricción eliminan de manera mecánica los microorganismos. (Kozier 2005).</p> <p>La estimulación adecuada proporciona seguridad de incrementa la participación activa de los pacientes fomentando su seguridad. (Morgan. 1993).</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Disponer de la prendas de la paciente en una zona accesible.</li> <li>c. Sugerir el uso de vestimenta cómoda.</li> <li>d. Estar disponible para ayudar a vestir en caso de ser necesario.</li> <li>e. Proporcionar asistencia hasta que la paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por si sola.</li> <li>f. Mantener la intimidad de la paciente mientras se viste.</li> </ul>	
---	--

Evaluación.  
 En la realización de la valoración de estas necesidades se contó con un área disponible cómoda bien iluminada.  
 Se observo que MGGV se interesa en su cuidado pero el dolor es condicionante para la paciente no desee continuar, por lo que el cuidador primario refiere que ella realiza las actividades por que tiene muchas cosa que hacer y el enseñarle a su hija implica mucho tempo pero refiere que algunas veces ha realizado el plan.  
 Al evaluar a MGGV pude observar que la paciente continúa en el mismo nivel de dependencia.

## **Necesidad: Valores y Creencias.**

Diagnóstico: Real (independiente).

Sufrimiento espiritual (parental) relacionado con enfermedad crónica de su hija manifestado por expresar verbalmente que su hija no ha sido transplantada y piensa que Dios no se apiada de ellas y encontrarse sin realizar practicas religiosas. (NANDA. 00066).

Fecha de identificación: 13/XI/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Baja

Rol de Enfermería. Apoyo

### **Objetivo.**

Se disminuirá el sufrimiento espiritual del cuidador primario a través de acciones sugeridas por profesional de Enfermería que fortalezcan su fe.

Intervenciones.	Fundamento
1. Valorar la necesidad de creencias y valores 2 veces al mes.  a. Valorar el estado anímico las tensiones y el estrés que presenta el paciente y el cuidador primario.  b. Permitir expresar sus temores y necesidad de ayuda emocional y espiritual.  c. Verificar los valores que se	Los datos sobre las creencias espirituales de un paciente pueden reflejar desequilibrios emocionales, miedos o baja autoestima. El conocer la práctica religiosa del paciente y sus familiares permite fomentar su esperanza. (Kozier 2005).

<p>fomentan en la familia.</p> <p>d. Verificar las creencias que practican los integrantes de la familia.</p> <p>e. Observar y registrar las actitudes que muestran los familiares ante una situación estresante (como la enfermedad crónica).</p> <p>2. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe proporcionar un apoyo espiritual. (CIE. 5420).</p> <p>a. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.</p> <p>b. Tratar al cuidador primario y su hija con dignidad y respeto.</p> <p>c. Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</p> <p>d. Fomentar la participación en grupos de apoyo.</p> <p>e. Compartir las experiencias propias sobre la esperanza de vida.</p> <p>f. Compartir la propia experiencia espiritual.</p> <p>g. Estar abierto a las expresiones de preocupación del cuidador primario.</p>	<p>El apoyo espiritual del profesional de proporciona bienestar y mitiga los sentimientos de soledad y desamparo. El reconocer y respetar las necesidades espirituales de la persona es un rol de ayuda, además de establecer una compenetración en la relación terapéutica, que promueve la comunicación y la expresión. (Kozier 2005).</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Rezar con el cuidador primario.</li> <li>i. Proporcionar literatura, música de acuerdo a la fe del cuidador primario.</li>   <li>j. Estar abierto a las expresiones del cuidador de solidaridad e impotencia.</li>   <li>k. Alentar al cuidador a asistir a servicios religiosos.</li>   <li>l. Fomentar el uso de recursos religiosos.</li>   <li>m. Proporcionar objetos religiosos deseados.</li>   <li>n. Sugerir la ayuda de un asesor espiritual.</li>   <li>o. Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del cuidador y su familiar.</li>   <li>p. Brindar apoyo al cuidador en momento de sufrimiento.</li>   <li>q. Estar abierto a los sentimientos del cuidador con respecto a enfermedad y muerte de su familiar.</li>   <li>3. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe proporcionar apoyo emocional a MGGV y a su familiar. (CIE. 5270).</li>   <li>a. Ayudar al cuidador primario a reconocer sus sentimientos de tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li> </ul>	<p>El expresar los sentimientos y preocupaciones interiores es una liberación de energía, lo que permite una reflexión positiva que proporciona serenidad. (Kozier 2005).</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Ayudar al cuidador primario a que exprese sus sentimientos de tristeza, ira o ansiedad.</li> <li>c. La enfermera debe escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>d. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, y aceptación de las fases de pena.</li> <li>e. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> <li>f. Permanecer con el familiar y proporcionar sentimientos de seguridad durante lo periodos de más ansiedad.</li> <li>g. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ul> <p>4. Intervención Independiente. El profesional de Enfermería debe aumentar los sistemas de apoyo. (CIE. 5440).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Calcular la respuesta psicológica a la situación y disponibilidad del sistema de apoyo.</li> <li>b. Determinar la convivencia de las redes del sistema de apoyo.</li> <li>c. Determinar el grado de apoyo familiar.</li> <li>d. Determinar los apoyos actualmente en uso.</li> </ul>	<p>A menudo, los conflictos espirituales llevan a la confusión e indecisión. La clarificación de las creencias y valores ayudará a que los pacientes y familiares fundamenten sus decisiones en sus valores más importantes para ellos. (Kozier 2005).</p> <p>Mantener las redes de apoyo proporciona seguridad, confianza y estabilidad al paciente y a su familia. (Taylor 2002).</p> <p>Los grupos de apoyo permiten que los padres comprender y aceptar la enfermedad de su hija y puedan enfrentar la realidad de manera más eficaz. (Wachter. 1993).</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>e. Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</li> <li>f. Remitir al cuidador primario a un grupo de autoayuda.</li> <li>g. Implicar a la familia y a los seres queridos/amigos en los cuidados y planificación del apoyo.</li> </ul> <p>5. Intervención independiente. La enfermera debe proporcionar apoyo al cuidador primario para disminuir la ansiedad. (CIE. 5820).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La enfermera debe tratar de comprender la perspectiva del cuidador primario sobre la situación actual de su paciente.</li> <li>b. Proporcionar información objetiva y respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su hija.</li> <li>c. Permanecer un tiempo razonable con el cuidador primario para promover la seguridad y reducir el estrés.</li> <li>d. Escuchar con atención lo que expresa el cuidador primario.</li> <li>e. Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>f. Ayudar al cuidador primario a superar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>g. Instruir al cuidador primario al uso de técnicas de relajación. (Música y respiraciones</li> </ul>	<p>La presencia plena cuando; el profesional de Enfermería ésta física, emocional y mentalmente con el paciente y su familiar se interesa por lo mencionado, cuando refieren ansiedad y se sienten vulnerables. La presencia plena es la mejor forma de apoyo y proporciona seguridad y bienestar. (Taylor. 2002).</p>
---	--

<p>profundas).</p> <p>h.</p> <p>6. Intervención Independiente. La enfermera debe proporcionar palabras de aliento y esperanza. (CIE. 5310).</p> <p>a. Ayudar al familiar y al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida.</p> <p>b. Mostrar esperanza reconociendo la valía del cuidador primario y su hija y que aprendan a ver la enfermedad de la paciente como una faceta de la persona.</p> <p>c. Ayudar al cuidador primario y al paciente a fijar metas relacionadas con la esperanza.</p> <p>d. Ayudar al cuidador primario y a su paciente a expandir su yo espiritual con relación en su fe.</p> <p>e. Evitar disfrazar la verdad dando falsas esperanzas.</p> <p>f. Facilitar el alivio del cuidador primario y su paciente a través del disfrute de sus éxitos y experiencias pasadas.</p> <p>g. Fomentar las relaciones terapéuticas con sus seres queridos en base a su fe.</p>	<p>Las palabras de aliento proporcionan confianza y refuerzan la esperanza. (Kozier 2005).</p> <p>La esperanza es un concepto que también incorpora la espiritualidad que comprende la interacción del pensamiento y el sentimiento e incrementa la fe. La fe da sentido a la vida y proporciona fuerza a las personas en momentos difíciles. (Kozier 2005).</p>
<p>Evaluación. La valoración de esta necesidad se llevo acabo en la unidad de nefrología en un ambiente tranquilo bien iluminado permitiendo expresar los sentimientos del cuidador primario se sugirieron varias acciones permitiendo involucrar al</p>	

cuidador primario, con lo cual la sra mostró interés, y expreso sus sentimientos, posteriormente verbalizo sentirse más tranquila y con deseos de continuar con su prácticas religiosas (asistir a misa) y orar ya que eso le da fortaleza.

Por lo que considero que esta necesidad el cuidador primario disminuyo su nivel de dependencia del nivel 3 al 2

### **Necesidad: Seguridad y protección.**

Diagnóstico: Riesgo (independiente).

Alto riesgo de infección a nivel sanguíneo relacionado con procedimiento invasivo.

Fecha de identificación: 27/X/06

Fuente de la dificultad. Fuerza, voluntad y conocimiento.

Grado y nivel de dependencia: Grado 3 dependencia transitoria por varios meses.

Tipo de prioridad: Alta

Rol de Enfermería. Apoyo

### **Objetivo.**

MGGV se mantendrá sin datos de infección por medio de acciones del equipo multidisciplinario cada vez que se realiza procedimiento invasivo (hemodiálisis).

Intervención.	Fundamento.
1. El Profesional de enfermería debe valorar la necesidad de seguridad y protección por lo menos 2 veces durante el procedimiento. (Independiente).	La valoración constante de la necesidad de seguridad y protección permite identificar oportunamente datos de infección y prevenir posibles

<p>a) Exploración del habitus exterior.</p> <p>b) Valorar signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia cardiaca.</li> <li>- Frecuencia respiratoria.</li> <li>- Temperatura</li> </ul> <p>c) Exploración de piel y mucosas.</p> <p>d) Exploración de sitios de punción (a la periferia de la punción subclavio observar: color temperatura, edema o dolor).</p> <p>2. Realizar asepsia del catéter subclavio pre hemodiálisis.(Interdependiente).</p> <p>2.1 Técnica de asepsia.</p> <p>a) prepara el equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jabón y agua estéril.</li> <li>- Guantes estériles.</li> <li>- Torundas y gasas.</li> <li>- Bolsas para residuos.</li> <li>- Cubre bocas.</li> <li>-</li> </ul> <p>Ejecución del procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos de 2 a 4 minutos: (Retirar, anillos y quitar esmalte de uñas).</li> <li>- Humedecer las manos desde las muñecas hasta las puntas de los dedos bajo agua corriente.</li> <li>- Mantener las manos y antebrazos más abajo que los codos durante el lavado.</li> <li>- Colocar jabón preferencia bacteriostático, sobre las manos y frotar vigorosamente durante 15 a 30 segundos, masajeando toda la piel, articulaciones, uñas, y entre los espacios interdigitales.</li> <li>- Enjuague las manos desde</li> </ul>	<p>complicaciones. (Morgan, 1997).</p> <p>La mayoría de los procedimientos se realizan con técnica estéril reducen la proliferación de microorganismos. (Smith, 2000). El uso meticuloso de asepsia médica y quirúrgica es imprescindible para evitar el transporte de microorganismos potencialmente infecciosos. (Kozier, 2005).</p>
---	--

<p>los dedos hasta la muñeca bajo agua corriente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir el procedimiento otra vez.</li> <li>- Secar las manos con toallas de papel desplazándola desde los dedos a la muñeca y al antebrazo.</li> <li>- Cerrar el grifo con una toalla de papel.</li> </ul> <p>Manipulación de los materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descubrir el área.</li> <li>- Asistir al médico.</li> <li>- El médico debe calzarse los guantes.</li> <li>- Tomar una torunda con jabón antiséptico y realizar la asepsia del centro a la periferia. (repetir el aseo si es necesario).</li> <li>- Retirar el jabón con una torunda con agua estéril. (repetir en caso necesario).</li> <li>- Secar con una gasa el excedente de agua. (repetir en caso necesario).</li> <li>- Cubrir el catéter durante el procedimiento con una gasa estéril,</li> <li>- Al término del procedimiento hacer un aseo nuevamente del catéter, limpiar y secar bien y cubrirlo con una gasa y micropore.</li> <li>- Lavarse las manos al término del procedimiento.</li> </ul> <p>3. Mantener la integridad de la piel del cliente.</p> <p>4. El profesional de Enfermería debe realizar un control de infecciones, minimizando el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar el lavado de manos</li> </ul>	<p>La piel intacta protege de la invasión microbiana. (Kozier, 2005).</p> <p>Cuando un microorganismo abandona su fuente de reservorio necesita vías o medios de transmisión para alcanzar para alcázar a otras personas a través de tres mecanismos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Transmisión directa.</li> <li>➤ Transmisión por fómites.</li> <li>➤ Transmisión aérea.</li> </ul>
---	--

<p>con jabón antimicrobiano antes y después de cada actividad realizada con el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar procedimientos de manera aséptica.</li> <li>➤ Realizar medidas asépticas durante la administración de medicamentos.</li> <li>➤ Realizar cuidados de catéter cada 72 horas si es necesario.</li> </ul> <p>5. El profesional de Enfermería debe evitar que la piel se encuentre libre de humedad o se encuentre sucia.</p> <p>6. El profesional debe minimizar los procedimientos cruentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Temperatura rectal.</li> <li>➤ Supositorios</li> <li>➤ Inyecciones IM o SC.</li> <li>➤ Sondaje Vesical.</li> </ul> <p>7. Vigilar signos de alarma en el sitio de catéter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema.</li> <li>- Prurito.</li> <li>- Enrojecimiento.</li> <li>- Erosiones de la piel.</li> </ul> <p>8. Asegurarse de que el cliente ingiera una dieta adecuada.</p>	<p>La piel es la primera barrera de protección contra los microorganismos y contra macroorganismos patógenos. (Morgan 1999)</p> <p>Los métodos cruentos pueden causar traumatismo místico y ser origen de infecciones. (Gobel, 2000).</p> <p>La detección oportuna de lesión tisular permite disminuir riesgo de complicaciones. Kozier 2005</p> <p>Una dieta equilibrada aporta las vitaminas y proteínas necesarias para construir o mantener los tejidos corporales. (Kozier, 2005).</p>
<p><b>Evaluación.</b> El área de hemodiálisis se encuentra en óptimas condiciones de iluminación y cuenta con el equipo necesario para la realización de procedimientos de</p>	

acuerdo al servicio.

Considero que MGGV se ha mantenido en independencia en esta necesidad, ya que no se han observado signos y síntomas de infección, pero continua en riesgo latente, debido a que se somete a procedimiento cruento tres veces por semana (hemodiálisis).

### **Necesidad: Oxigenación.**

Diagnóstico: Riesgo (independiente).

Riesgo de Infección de vías respiratorias relacionado con exposición a cambios bruscos de temperatura.

Fecha de identificación: 8/XI/06

Fuente de la dificultad. Ninguna.

Grado y nivel de dependencia:

Tipo de prioridad: Media

Rol de Enfermería. Apoyo

### **Objetivo.**

MGGV se mantendrá libre de infección a nivel respiratorio, a través de acciones preventivas sugeridas por el Profesional de Enfermería.

Intervenciones.	Fundamento
1. El Profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de oxigenación cada 48 horas y/o cuando sea necesario.	La valoración y vigilancia frecuente del estado respiratorio, facilita la detección precoz de complicaciones y proporciona datos básicos para evaluar las intervenciones de Enfermería, ya que la

<p>a) Varar los signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca.</li> <li>- Frecuencia respiratoria.</li> <li>- Temperatura.</li> <li>- Tensión arterial.</li> </ul> <p>b) Coloración de la piel y mucosas (observar si hay cianosis, y el grado e hidratación).</p> <p>c) Patrón respiratorio. Observar la profundidad de las respiraciones, la presencia de taquipnea o bradipnea.</p> <p>d) Movimientos torácicos. Observar presencia de retracciones a nivel intercostal, subesternal, supraesternal, supraclavicular, o traqueal durante la inspiración o espiración.</p> <p>e) Auscultar ruidos respiratorios.</p>	<p>oxigenación es la necesidad del organismo para absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico, como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias y del intercambio gaseoso entre la sangre y los tejidos. (Kozier 2005, Phaneuf, 1996).</p> <p>La medición de los signos vitales y la observación permiten a la enfermera detectar mínimas manifestaciones de dependencia del cliente e intervenir de manera oportuna evitando complicaciones y /o riesgos para el escolar. (Riopelle, 1997).</p>
<p>3. El profesional de Enfermería debe sugerir que el entorno familiar este libre de polvo, humo de tabaco, alérgenos y mascotas.</p>	<p>La presencia de gases tóxicos como el humo de cigarro en el aire puede desplazar al oxígeno que se encuentra normalmente y disminuirá la cantidad disponible para la respiración. (DuGas 2000).</p>
<p>4. Mencionar al cuidador primario la importancia del cubrir a MGGV para evitar los cambios bruscos de temperatura y/o evitar corrientes de aire.</p>	<p>La exposición a cambios bruscos de temperatura incrementa el riesgo del paciente de adquirir una enfermedad respiratoria. (Kozier 2005).</p>
<p>5. Mencionar que MGGV no frecuentar lugares concurridos y/o estar en</p>	<p>Las enfermedades crónicas disminuyen la capacidad de respuesta del sistema</p>

<p>contacto con personas o familiares enfermos.</p> <p>6. Sugerir el consumo de alimentos ricos en vitamina c.</p> <p>7. Enseñar al cuidador primario a detectar los signos de alarma de dificultad respiratoria como.</p> <p>- Cianosis periférica o central, aleteo nasal, retracción xifoidea.</p>	<p>inmunitario contra nuevas infecciones. (Kozier 2005).</p> <p>La vitamina C (ácido ascórbico) es una vitamina soluble en agua que es necesaria en el cuerpo para formar el colágeno en los huesos, cartílago, músculos y vasos sanguíneos y ayuda en la absorción del hierro. Dentro de las fuentes en la dieta de vitamina C se incluyen frutas y vegetales, sobre todo frutas cítricas como las naranjas. El uso de vitamina C en la prevención/tratamiento del resfrío común e infecciones respiratorias</p> <p><a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-vitaminc.htm">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-vitaminc.htm</a>.</p> <p>La pronta detección de alteraciones del sistema respiratorio disminuye la posibilidad del paciente de tener complicaciones. (Kozier 2005).</p>
<p>Evaluación.</p> <p>Considero que el área donde se realizó la valoración de esta necesidad contó con las condiciones óptimas de iluminación, material y equipo. MGGV se mantuvo en independencia en la necesidad de oxigenación sin presentar alteraciones en la oxigenación.</p>	

## **Necesidad: Termorregulación.**

Diagnóstico: Salud

Independencia en la necesidad de termorregulación.

Fecha de identificación: 8/XI/06

Fuente de la dificultad. Ninguna.

Grado y nivel de dependencia:

Tipo de prioridad: Media

Rol de Enfermería. Apoyo

**Objetivo:**

MGGV se mantendrá en independencia en esta necesidad a través de acciones preventivas sugeridas por el profesional de Enfermería.

Intervenciones.	Fundamento.
<p>1. Intervención (Independiente)</p> <p>El profesional de Enfermería debe valorar la necesidad de termorregulación por lo menos cada 48 horas y/o cuando sea necesario</p> <p>a. Toma de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Temperatura axilar.</li><li>- Frecuencia Cardíaca.</li><li>- Frecuencia Respiratoria</li><li>- T/A</li></ul>	<p>El sistema nervioso simpático activa la producción de calor en reacción a la acción del frío. La termogénesis química o metabolismo de la grasa, es el mecanismo más importante de producción calórica en el cliente. (Deacon 2000.)</p> <p>En el escolar la temperatura oscila entre los 36.4 °C. (DuGas 2000).</p>
<p>2. Intervención de Enfermería. (Independiente).</p> <p>Mencionar la importancia de evitar la exposición a un ambiente frío.</p>	<p>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, la ropa reduce los efectos de la temperatura ambiente en el calor corporal. (Kozier 2005).</p>
<p>3. El profesional de Enfermería debe enseñar al cuidador primario a detectar signos y síntomas de:</p>	<p>La hipertermia en una temperatura corporal elevada relacionada con la</p>

<p>- Hipertermia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Temperatura axilar por arriba de 37.5.</li> <li>2. Rubicundez.</li> <li>3. Respiraciones rápidas y superficiales. (Taquipnea).</li> <li>4. Pulso acelerado. (Taquicardia).</li> </ol> <p>3.1 Técnica para tomar la temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos y explicar el procedimiento.</li> <li>- Tomar el extremo superior del termómetro con la yema de los dedos.</li> <li>- Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de 35°C, en caso de no ser así, sacudir el termómetro en forma brusca hasta que descienda a nivel deseado.</li> <li>- Colocar el termómetro en el centro de la axila se deja por tres minutos, posteriormente se toma la lectura y se hace el registro.</li> </ul> <p>3.2 Control de la Hipertermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar únicamente ropa ligera.</li> <li>- No colocar sabanas o cobertores sobre el paciente.</li> <li>- Evitar que tener lámparas para procedimientos de Enfermería cuando no sea necesario.</li> <li>- tomar nuevamente la temperatura para asegurarse que el control ha sido efectivo y en caso de no ser así recurrir a otras técnicas, como la aplicación de compresas húmedas.</li> </ul> <p>3.2.1 Colocar agua de preferencia al temperatura ambiente, mojar compresas y colocarlas de preferencia en cabeza, y</p>	<p>incapacidad del organismo para fomentar la pérdida de calor o reducir la producción de calor.</p> <p>La hipertermia produce una sobrecarga de los mecanismos termorreguladores del organismo. Ocurre vasodilatación periférica. Puede ser consecuencia de anomalías del sistema nervioso central, por sustancias tóxicas que afectan los centros de regulación térmica, como en las infecciones bacterianas en las que se liberan toxinas o deberse a condiciones ambientales. (Potter, 2003).</p> <p>El reducir la cantidad de ropa que cubre al paciente permite favorecer la pérdida de calor por radiación y conducción. (Potter, 2003).</p>
---	---

<p>abdomen cambiarlas por lo menos cada 10 a 15 minutos.</p> <p>- Tomar la temperatura por lo menos cada 30 minutos y evaluarla eficacia del procedimiento.</p> <p>3.2.2 Enseñar al cuidador primario a detectar signos y síntomas de hipotermia.</p> <p>a. Hipotermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temperatura menor de 36.0°</li> <li>▪ Cianosis periférica o central.</li> <li>▪ Respiraciones lentas. (Bradipnea).</li> <li>▪ Pulso lento y débil.</li> <li>▪ (bradipnea).</li> </ul> <p>b. Colocar ropa térmica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varias prendas encimadas.</li> <li>- Prendas de algodón.</li> <li>- Ropa afelpada.</li> </ul> <p>c. Fomentar el consumo de líquidos calientes o tibios a tolerancia.</p> <p>d. Control de distermias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ropa adecuada al paciente para mantenerlo en normotermia.</li> </ul>	<p>La cabeza y el abdomen son área muy vascularizada por lo que se pierde calor por conducción (Morgan 1993)</p> <p>La hipotermia es una temperatura corporal disminuida relacionada con la incapacidad del organismo para fomentar la producción de calor. Puede ser consecuencia de anomalías del sistema nervioso central. (Potter, 2003).</p> <p>La ropa reduce los efectos de la temperatura ambiente en el calor corporal. El aislamiento del cuerpo con ropas calientes adecuadas disminuye el impacto de las temperaturas bajas. (Potter, 2003).</p> <p>La ropa utilizada una sobre otra genera calor por conducción.</p> <p>Al administrar consumir líquidos tibios se favorece el mecanismo de convección circulatoria, que está gobernada por grandes movimientos de líquidos corporales y es motivo de la transferencia de calor entre las células y el torrente circulatorio. (DuGas 2000).</p> <p>El ambiente externo o interno puede ser</p>
--	---

<p>5. El profesional de Enfermería debe mencionarle al familiar como mantener a su paciente en normotermia de acuerdo al medio ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente caluroso.</li>   <li>- Ambiente frío.</li> </ul>	<p>un factor de riesgo o predisponer para establecer una temperatura fidedigna en el paciente. (Carpenito 2005.)</p> <p>El ambiente externo o interno puede ser un factor de riesgo o predisponer para establecer una temperatura fidedigna en el paciente. (Carpenito 2005.)</p> <p>El reducir la cantidad de ropa que cubre al paciente permite favorecer la perdida de calor por radiación y conducción. (Potter, 2003).</p> <p>La producción de calor se puede realizar a través de actividad muscular voluntaria, actividad muscular involuntaria tónica o rítmico (escalofrío) y termogénesis química (incremento del consumo de oxígeno inducido por el frío y producción de calor).</p> <p>Control vasomotor. La forma como el organismo se aísla del frío externo es por medio de la vasoconstricción cutánea.</p> <p>Postura corporal. La postura es un mecanismo de defensa frente al frío. Es la tendencia a "acurrucarse" que tienen todos los mamíferos de manera de disminuir la exposición de superficie corporal al medio ambiente.</p>
<p>Evaluación.  La valoración se realizó en un área adecuada en cuanto a iluminación y se contó con el material y equipo adecuados.  El cuidador primario mostró interés en las indicaciones realizadas por el profesional de Enfermería y MGGV se ha mantenido se ha mantenido en eutermia,</p>	

## 2.5 ANALISIS DE RESULTADOS.

El presente estudio de caso se elaboro utilizando el Proceso de Atención de Enfermería y la teoría de Virginia Hederson, con lo cual se puede mencionar la relación que existe con estudios anteriores publicados por Parra, A. Márquez, M. y Espinosa, V. en los cuales se encontró una relación que puntualiza la importancia de trabajar bajo un modelo de atención teniendo como base la aplicación del Proceso de atención de Enfermería, centrándose en el seguimiento de las necesidades básicas del cliente principalmente en 14 diagnósticos.

Durante la asistencia de MGGV a sus sesiones de hemodiálisis se tuvo un seguimiento frecuente de las variables, manteniéndose algunas necesidades en dependencia, algunas necesidades en riesgo y otras en independencia, favoreciendo la implementación de algunas acciones, a través de la utilización de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, y las Intervenciones Clasificadas.

A través de los seguimientos se pudo realizar un analisis de cada una de las necesidades como:

### **1. Necesidad de eliminación.**

En esta necesidad MGGV continúa en riesgo ya que sigue en hemodiálisis y en espera de trasplante renal, pero su condición hemodinámica se ha mantenido estable y se mantiene en un nivel 6 de dependencia.

### **2. Necesidad de Nutrición.**

Se observo que en esta necesidad MGGV continúa en dependencia en un nivel 4 ya que la paciente no acepta ciertos alimentos que contribuyen a mejorar su condición nutricional.

### **3. Necesidad de movimiento y postura.**

En esta necesidad la paciente continúa en un nivel 3 de dependencia transitoria ya que por cuestiones económicas y de tiempo el cuidador primario no puede brindar una terapia de apoyo a MGGV.

#### **4. Necesidad de comunicación.**

En esta necesidad se observo que MGGV continúa en nivel 6 de dependencia ya que no se usa el aparato auditivo regularmente aunque en un principio el cuidador primario mostró interés en las recomendaciones sugeridas, para que su familiar mejorar su comunicación y mantuviera una socialización no se logro el objetivo planteado.

#### **5. Necesidad de aprendizaje.**

En esta necesidad la paciente continúa en un nivel 5 ya que la escolar femenina no acude a una escuela para personas con capacidades diferente a demás de que la economía familiar no es estable.

#### **6. Necesidad descanso y sueño.**

En esta necesidad se observo que la paciente tuvo un descenso en el nivel de dependencia quedando en un nivel 1 ya que se siguieron las recomendaciones pertinentes.

#### **7. Necesidad de recreación.**

En esta necesidad MGGV se observo una disminución el nivel de dependencia quedando en nivel 1 ya que se le proporciono algunos juguetes que aumentaron su seguridad de la paciente.

#### **8. Necesidad de realización.**

En esta necesidad se observo que la paciente continúa en nivel 3 de dependencia ya que el cuidador primario refiere tener prioridad por la necesidad de eliminación.

#### **9. Necesidad de higiene.**

En esta necesidad la paciente continuó en el mismo nivel de dependencia aunque en algunas ocasiones mostró interés en contribuir en su aseo personal.

#### **10. Necesidad de vestido y desvestido.**

En esta necesidad la paciente continuó en el mismo nivel de dependencia aunque en algunas ocasiones mostró interés en contribuir en su arreglo personal.

#### **11. Necesidad de valores y creencias**

Refiere el cuidador primario que la paciente se muestra tranquila cuando acuden a sus practicas religiosas por lo que se observo una disminución en el nivel de dependencia quedando en nivel 1.

#### **12. Necesidad de seguridad y protección.**

En esta necesidad la paciente continúa en el mismo nivel de dependencia ya que MGGV continúa con múltiples tratamientos invasivos.

#### **13. Necesidad de oxigenación.**

En esta necesidad no se observo variación en el nivel de dependencia quedando en nivel 1.

#### **14. Necesidad de termorregulación**

En esta necesidad no se observo variación en el nivel de dependencia quedando en nivel 1.

### **III. CONCLUSIÓN.**

Los resultados obtenidos en este estudio de caso me permitieron reflexionar sobre la importancia del cuidado, siguiendo un modelo de Enfermería, que sin duda es un importante instrumento para el desarrollo del Especialista en Enfermería Infantil en la práctica diaria, ya que me permite visualizar de manera oportuna las principales necesidades afectadas en los cliente, así de como brindar un cuidado sistemático e individualizado basado en un modelo teórico con la ventaja de evaluarlos resultados de mi hacer.

Considero que la metodología que se realiza para los estudios de caso es la mejor opción, ya que a través de la utilización de los instrumentos proporcionados por como es el reporte diario y la historia clínica además de la asesoría proporcionada por los tutores, nos permitió desarrollar habilidades para la elaboración de planes y fundamentar el cuidado que se brinda.

En el presente estudio de caso se menciona que algunos de los objetivos planteados si pudieron ser concretados o disminuido su nivel de dependencia y algunos no, pero considero que la importancia básica de este estudio es la experiencia adquirida para ejercer la profesión.

## **I. SUGERENCIAS.**

1. Que todos los casos clínicos que elaboran los profesionales durante la especialidad de Enfermería Infantil puedan publicarse, plasmando el hacer de diario de la Enfermera con fundamento a través de por un modelo conceptual.
2. Considero que al término del curso de especialización los profesionales de Enfermería deben difundir los estudios realizados en sus unidades de trabajo y con ello lograr una motivación en el personal de Enfermería para continuar con una profesionalización en Enfermería permitiendo que en un futuro proporcionemos un cuidado con base en un modelo.

## I. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alfaro. R. Aplicación del Proceso Enfermero Masson 2003.
2. Brunner. L. Manual de la enfermera. Interamericana Mc Graw-Hill 1998.
3. Balderas, M. (1.998) Ética de Enfermería México Editorial McGraw-Hill Interamericana en línea [www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml](http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml)
4. Carpenito. L Diagnosticos de enfermería Mc Grw-Hill Interamericana 2005.
5. Cristensen. P. Proceso de Atención de Enfermería. Manual Moderno 1993.
6. Closkey Mc. Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3º Ed Mosby España 1999 .
7. Castillo, E. Planificación de alta de un enfermo con trasplante renal. Enfermería Clínica 1999.
8. Cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Hendeson. Rev Mexicana de enfermería Cardiológica 2001.
9. Espinosa, V. Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía, Desarrollo Científico Enfermería. 2003.
10. Franco, M. proceso del cuidado a un preescolar con VIH. Rev. Enfermería Universitaria. 2001.
11. Gallegos, R. Programa Computacional para la revisión de la necesidad de los pacientes. Enfermería Clínica 2000.

12. Guallart, M. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretermino. Revista de Enfermería Clínica 2000.
  13. Gordillo. G. Nefrología Pediátrica..Mc Graw-Hill Interamericana 1996.
  14. Iyer, P. Proceso y Diagnostico de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana 1995.
  15. Joyse.E. Guía Clínica de Enfermería Exploración Pediátrica Mosby 1994.
  16. Jiménez. M. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. Revista de Enfermería Cardiológica 1999.
  17. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería Mc Graw-Hill Interamericana 2005.
  18. Márquez, M. Proceso de Atención de Enfermería a usuarios con peritonitis, insuficiencia renal crónica hipertensión arterial sistémica y alteración de sus diferentes necesidades. Rev. Enfermería. Universitaria 2004.
  19. Martínez, C. Dificultades en la valoración enfermera. Rev. Enfermería Clínica 2003.
  20. Morgan, K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Doyma. 1993.
  21. Morriner.Tonesey. Modelos de Enfermería Mosby-doyma 1994.
  22. Ortega, M. valoración de enfermería al paciente posoperado de Cirugía.
  23. Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Harcourt. 1993.
- Whaley y Wong. Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. Manual Mosby, Madrid 1995.

24. Phaneuf. M. La Planificación de los cuidados Enfermeros. McGraw-Hill Interamericana 1999.
25. Parra, A. Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica, México. Rev. Mexicana de Cardiología 2003.
26. Riera, A. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla, Barcelona, Enfermería Clínica 2002.
27. Rodríguez, A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros de la NANDA y las necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Revista de Enfermería Clínica 2002.
28. Riopelle. L Cuidados de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. 1993.
29. Rodrigo. M. De la Teoría a la Práctica Masson 1998-
30. Secretaria de Salud. Código de Ética en línea [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).
31. Sánchez, V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enfermería IMSS 2000.
32. Whaley y Wong. Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. Manual Mosby, Madrid 1995.
33. Witte. B. Tratado de Enfermería práctica. Mc Graw- Hill Interamericana 2000.
34. ([www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014)).
35. ([www.saludia.com](http://www.saludia.com))
36. ([www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014))
37. [http://www.plantasyhogar.com/jardin/plantas/aromaticasymedicinales/index.cfm?pagina=jardin\\_plantas\\_aromaticasymedicinales\\_027\\_027](http://www.plantasyhogar.com/jardin/plantas/aromaticasymedicinales/index.cfm?pagina=jardin_plantas_aromaticasymedicinales_027_027)
38. <http://www.zonadiet.com/nutricion/folico.htm>
39. ([www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c014)).

40. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-vitaminc.htm>.
41. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print>
42. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/Patient/page5/print>
43. [http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile\\_ayensa.htm](http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm).
44. <http://www.amdem.org/SERVICIOS/musico%20terapia/Musicoterapia.html>.

# ANEXOS

# ANEXO "A"



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

### VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL ESCOLAR

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

años

Nombre del alumno:

Fecha de entrega:

Servicio:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Escolaridad del padre: \_\_\_\_\_ De la madre: \_\_\_\_\_ Del niño: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ La información es proporcionada por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Diagnostico médico: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: Problemas de salud de padres, hermanos, tíos y abuelos: \_\_\_\_\_

Características de la vivienda: Propia: \_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_ Tipo de construcción: \_\_\_\_\_

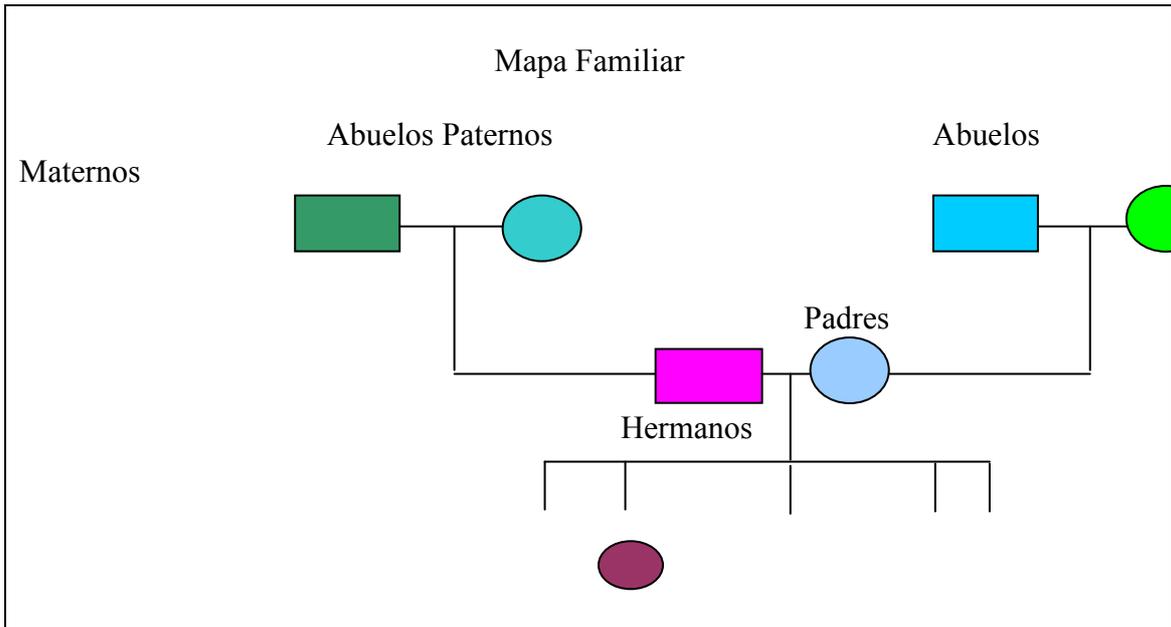
\_\_\_\_\_ Servicios intradomiciliarios: \_\_\_\_\_

Disposición de excretas: \_\_\_\_\_

Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

Ingresos económicos de la familia: \_\_\_\_\_

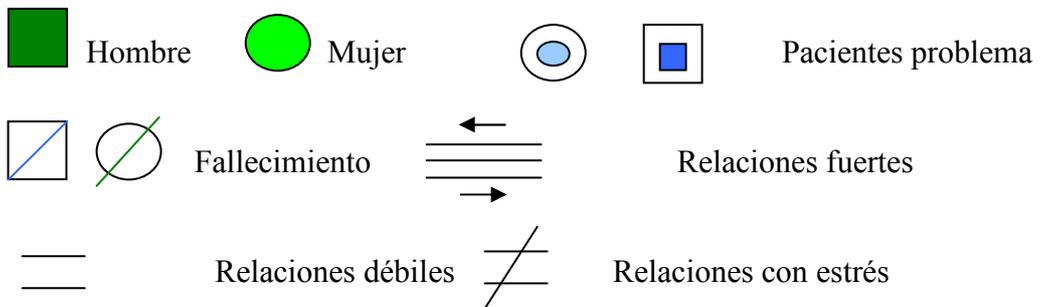
Medios de transporte de la localidad: \_\_\_\_\_



Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear y extensiva.

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva
Enfermedades				

#### Símbolos



<p>IV</p> <p>A N T E C E D E N T E S</p>	<p align="center"><b>Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:</b></p> <p>Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiro: _____</p> <p>Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de consulta/hospitalización: _____</p> <hr/> <p>Algún miembro de la familia padece o padeció el problema de salud que tiene el niño: _____ ¿Quién?: _____</p> <p>¿Cuándo? _____</p> <p>El niño es alérgico: si: ___ no: ___, Si la respuesta es sí, a que es alérgico: _____</p> <p>_____ Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p>												
<p>1</p>	<p align="center"><b>Alimentación</b></p> <p>Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ Torácico: _____ Del brazo: _____</p> <p>El niño fue alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____</p> <p>¿Considera usted que el niño tiene poco _____ buen o mucho _____ apetito?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="272 1332 718 1377">En el desayuno</th> <th data-bbox="718 1332 1165 1377">En la comida</th> <th data-bbox="1165 1332 1418 1377">En la merienda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Los alimentos y bebidas que le disgustan son: _____</p> <p>Tiene dieta especial: _____</p> <p>Tiene alergias alimentarias: _____</p> <p>Con quién acostumbra comer: _____</p> <p>Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____</p> <p>Tiene problemas en mucosa oral: _____</p>	En el desayuno	En la comida	En la merienda	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
En el desayuno	En la comida	En la merienda											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											

	<p>Cuáles es el estado y cantidad de las piezas dentarias:</p> <p>_____</p>
--	---

	<b>Eliminación</b>															
	<p>Orina: Clara:___ Con sangre:___ turbia:___ Cantidad:___ Cuántas veces orina al día:___</p> <p>Presenta molestias para orinar: _____</p> <p>¿Cuáles?: _____</p>															
2	<p>Se orina en la cama por la noche: _____</p> <p>Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____</p> <p>Consistencia de las heces: Formada:_____ Pastosa:_____ Blanda:_____ Líquida:_____</p> <p>Semilíquida:_____ Espumosa:_____ Con sangre:_____ Con Parásitos:_____</p> <p>Grumosa:_____</p> <p>Color: Amarilla:_____ Verde:_____ Café:_____ Negra:_____ Blanca:_____ Olor: ácida:_____</p> <p>Fétida:_____ Otros:_____ Moco:_____ Sangre:_____ Restos de alimento:_____</p> <p>Dolor al evacuar:_____ Hábitos para evacuar:_____</p>															
	<b>Oxigenación</b>															
	<p>Signos vitales: Tensión arterial:_____ Frecuencia cardiaca: _____</p> <p>Pulso: _____</p> <p>Regular:___ Irregular:___ Respiración:___ Regular:___ Irregular:___ Aleteo nasal:___</p> <p>Retracción xifoidea:_____ Disociación torácico-abdominal: _____</p>															
3	<p>Ruidos respiratorios:_____ lado izquierdo:_____ lado derecho: _____</p> <p>Ventilación:_____ Respiración asistida: _____</p> <p>Controlada: _____</p> <p>Secreciones bronquiales</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 15%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Consistencia</th> <th style="width: 15%;">Color</th> <th style="width: 20%;">Olor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por tubo Traqueal/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Por cavidad oral/Nasal:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Humidificación y oxigenación:</p>		Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Por tubo Traqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____	Por cavidad oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____
	Cantidad	Consistencia	Color	Olor												
Por tubo Traqueal/Nasal:	_____	_____	_____	_____												
Por cavidad oral/Nasal:	_____	_____	_____	_____												

	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tiene dificultad para respirar: _____ Cuando camina: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____</p> <p>Diaforesis: _____</p> <p>Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>
--	--

	<p><b>Reposo- Sueño</b></p>
	<p>Horas de sueño: _____ Que costumbres tiene antes de dormir: Con juguetes _____</p> <p>A qué hora se duerme: _____ A qué hora se levanta: _____ Cuantas horas duerme con luz: _____ Con música: _____ Otras costumbres: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de</p>
4	<p>Noche: _____</p> <p>Es sonámbulo: Sí: _____ no: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____</p> <p>Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____</p> <p>Tranquilo: _____</p> <p>Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos: _____ Calor: _____</p> <p>Frío: _____</p> <p>Reflejos: _____</p> <p>_____</p> <p>Respuesta popular: _____</p> <p>_____</p>
	<p><b>Vestido</b></p>
5	<p>Características de la ropa del niño: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbre ene le uso del</p> <p>vestido: _____</p> <p>¿Cómo quien te gustaría vestir? _____</p>

	¿Tienes suficiente ropa en el hospital? _____ ¿Te vistes solo? Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;"><b>Temperatura</b></p> Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada: __ Fría: __ Caliente: __ ¿Su niño es friolento? __ Está acostumbrado a que le tome la Temperatura: Sí: __ No: __ Si la respuesta es sí, ¿Cómo se la toman? _____

7	<p style="text-align: center;"><b>Movimiento y Postura</b></p> A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____ Se sentó con ayuda: _____ Se sentó sólo: _____ Se paró: _____ Camino: _____ Saltó: __ subió escaleras: __ camina con ayuda de algún aparato ortopédico: __ Qué postura Adopta al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____ Cuando esta enfermó adopta una postura especial: _____ ¿Cuál? _____
---	---

8	<p style="text-align: center;"><b>Comunicación</b></p> ¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? _____ Cuántos hermanos son: _____ Hermanas: _____ Hay otras persona que viven en Casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____ Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ Aparato Auditivo: _____ Algún otro aparato: _____ Describa el carácter de su Hijo: _____ _____ _____ ¿Con quien acude el niño cuando le falta algo? _____ ¿Con quién hace la tarea?: _____ _____ Otros comentarios del niño o familiar: _____
---	--

9	<p style="text-align: center;"><b>Higiene</b></p> <p>A que hora acostumbra el baño:_____ Se baña solo_____ Con ayuda:_____</p> <p>Cuántas veces se cepilla los dientes: _____ Cuando se cepilla los dientes:_____</p> <p>Tiene prótesis dental:_____ Cuando fue la última visita al dentista:_____</p> <p>Se peina solo (a):_____ Con ayuda:_____</p>

10	<p style="text-align: center;"><b>Recreación</b></p> <p>¿Qué preferencia tiene el niño con los juegos?_____</p> <p>_____</p> <p>Los objetos:_____</p> <p>_____</p> <p>Con mascotas:_____</p> <p>Las personas:_____</p> <p>Mencione los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el Niño:_____</p> <p>_____</p>

11	<p style="text-align: center;"><b>Creencia y religión</b></p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia?_____ Como participa el niño en esa Práctica:_____</p> <p>Para usted (familiar) cuál cree que fue la causa de la enfermedad:_____</p> <p>_____</p> <p>Cuando alguien de la familia se enferma, qué hace usted (familiar) para mejorar el Problema:_____</p> <p>_____</p> <p>Para el niño: ¿Por qué te enfermaste?_____</p> <p>_____</p>

<b>Seguridad y protección</b>	
12	Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____ _____
	Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____
	Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____ _____
	Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es si ¿Cómo?: _____

12	Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____ _____															
	Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambio de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de padres: _____ Enfermedad crónica de algún familiar: _____ Cómo ha reaccionado el niño ante los cambios: _____ _____															
	Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Escuela: _____ Con vecinos y amigos de la familia: Sí: _____ No: _____															
	Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres, dosis y vía así como fecha de la última toma: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left;">Dosis</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> <th style="text-align: left;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha													
_____	_____	_____	_____													
_____	_____	_____	_____													
_____	_____	_____	_____													
	¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño? _____															

<b>Aprendizaje</b>	
13	¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños?: Si _____ No _____
	Le gusta estar en casa: Si: _____ No: _____ En la escuela: Si: _____ No: _____
	Qué grado escolar cursa: _____ Como considera usted el aprovechamiento del Niño: _____
	El niño estuvo hospitalizado antes: Si: _____ No: _____ A que edad: _____
	¿Qué información tiene el niño sobre la

	<p>hospitalización? _____</p> <p>¿Qué dice el niño sobre la hospitalización?: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué costumbres nuevas tiene su niño? _____</p> <p>_____</p> <p>De qué tema le gustaría tratar con el personal de enfermería:</p> <p>Enfermedad: _____</p> <p>Tratamiento del niño: _____ Procedimientos: _____</p> <p>Covalencia: _____</p> <p>Otros: _____</p>
--	--

	<b>Realización</b>
	<p>¿Qué espera usted de su hijo? _____</p> <p>¿Qué esperas de tus padres? _____</p> <p>¿A quien de su familia su hijo imita? _____</p> <p>Las precauciones del niño y la de usted (familiar) responden a sus necesidades de salud:</p> <p>_____</p> <p>El niño forma parte de algún grupo social distinto al de la escuela: Si ___ No ___ ¿Cuál o Cuáles?: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros datos:</p> <p>Como padre o tutor, que sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Opiniones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre de la enfermera: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
14	

## Análisis

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

**V. JERARQUÍA DE NECESIDADES.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del

alumno: \_\_\_\_\_

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

**Código: Grado de dependencia**  
 Total= Dt  
 Temporal= Dtm  
 Parcial= Dp  
 Permanente= D pr.

**Causas de la dificultad**  
 Falta de Fuerza= FF  
 Falta de Velocidad= FV  
 Falta de Conocimiento= FC

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

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

<b>Fecha en la que se indica</b>	<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Fecha de resolución</b>

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

**VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Fecha	Diagnostico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

2. Orientación dietética:

---

---

---

---

3. Medicamentos indicados:

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

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

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

6. Fecha de su próxima cita:

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO**

**"B"**



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:

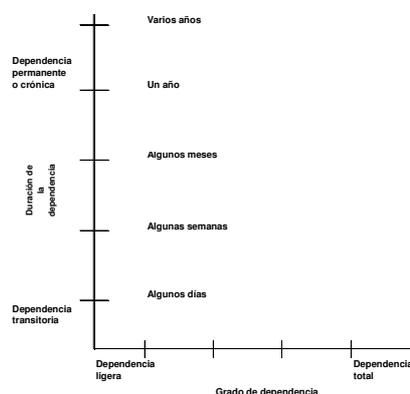


Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

Tabla 6. Continuum independencia-dependencia

← 1	2	3	4	5	6 →
Independencia			Dependencia		
1.- El	2.-Utiliza	3.- Debe	4.- Necesita	5.- Debe	6.- Debe
Paciente responde por si mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar su homeostasis	sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén o una prótesis	recurrir a otra persona que le enseñe lo que debe hacer, y para contarle si lo hace bien; debe ser asistido	asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis pero puede colaborar de algún modo	contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades	confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades

**ANEXO**

**"C"**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 SCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL  
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
 "FEDERICO GÓMEZ"

**Consentimiento Informado para estudio del caso**

Yo \_\_\_\_\_, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi Hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en el estudio de Caso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Cuyo Objetivo principal Es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 respuestas a preguntas y aclaraciones a cualquier momento: los procedimientos consisten en:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes el estado de salud de su 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 este le afecte o que le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma

**Testigos**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_