



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
“FEDERICO GÓMEZ “**

ESTUDIO DE CASO

**“PROCESO DE CUIDADOS A UN ESCOLAR QUE PRESENTA
DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL.**

PRESENTA

LIC. ENF. LETICIA MARTÍNEZ GARAY.

ASESORA: E. E. I. Verónica Espinosa Meneses

ABRIL 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA.

A mi hijo Luis Antonio: porque eres mi mayor tesoro y la razón más importante que tengo en la vida para seguir superándome. TE AMO!

A mi mami: porque gracias a todos tus sacrificios, tu apoyo, cariño y dedicación ha sido posible terminar. Eres la base de toda mi formación.

A mi papi: porque la confianza que siempre has tenido en mí y tu apoyo incondicional a pesar de mis errores han hecho que logre llegar hasta el final, y porque mis estudios son la mejor herencia que pudieron darme.

A mi tía Luisa: porque lo de tía es sólo costumbre, tú también eres mi mamá. Gracias por darme mucho más de lo que merezco; eres maravillosa y por eso te quiero mucho.

A mis hermanos: Toño, Paty, Ely; porque el cariño que nos une es un lazo irrompible. Gracias a ustedes y sus familias por todo el apoyo recibido. Los amo y los admiro mucho.

A mi mamá (mi Chanta): porque todas sus preocupaciones y desvelos y cariño no fueron en vano; fuiste y siempre serás la mejor. Siempre te llevo en mí, gracias por quererme tanto.

A la memoria de mi papá: porque cuando era chiquita siempre me decía lo orgulloso que estaría de mí si estudiaba una carrera y se lo cumplí. Es mi gran ejemplo.

Sólo me queda decir: gracias

iii LO LOGRAMOS !!!

LETY

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes.....	6
1.2. El Proceso de Atención de Enfermería	16
1.3. Virginia Henderson y la satisfacción de las necesidades básicas para alcanzar el máximo grado de independencia.....	38
1.4. La importancia de los valores éticos en los cuidados de Enfermería.....	47
1.5. El ganglioneuroblastoma: un cáncer más.....	54
2. METODOLOGÍA.	
2.1. Explicación del caso clínico.....	56
2.2. Métodos e instrumentos para la valoración.	63
2.3. Identificación de variables para elaborar diagnósticos de Enfermería.....	63
2.4. Elaborando el plan de cuidados de Enfermería	68
2.5. Interpretación de los datos	104
3. CONCLUSIONES.....	105
4. BIBLIOGRAFIA.....	107
5. ANEXOS.....	111
- Consentimiento informado.	
- Reporte diario.	
- Historia clínica.	

INTRODUCCIÓN.

El rol de la enfermera es cada vez más importante desde que Florence Nightingale en 1852, sentó la base de la Enfermería profesional. Con ella nace la primer filosofía de Enfermería, y a partir de ella se crean nuevos modelos que aportan filosofías diversas de entender la Enfermería y el cuidado. Para el desarrollo de un Modelo es necesaria la aplicación del método científico que en la práctica asistencial enfermera es conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E).

Uno de los Modelos Conceptuales que más ha sido difundido es el propuesto por Virginia Henderson, quien se dedico a investigar sobre todo lo relacionado con el paciente, tomando en cuenta su estado holístico para poder brindarle atención personalizada, completa y de calidad.

La especialista de Enfermería Infantil es responsable de participar en las evaluaciones de cada una de las necesidades desde el momento del nacimiento así como en las diferentes etapas de crecimiento del paciente pediátrico.

El presente trabajo es un estudio de caso realizado a un paciente escolar que tiene dependencia en la necesidad de Seguridad y Protección, y que para poder ser realizado se tomo como base el Modelo de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Para realizarlo se realizo la valoración de las 14 necesidades fundamentales por medio de la exploración física del paciente, entrevista con sus familiares, revisión del expediente clínico, luego se procedió a analizar los datos obtenidos para poder realizar los diagnósticos de Enfermería aplicados al paciente y en seguida hacer la planeación de las intervenciones a realizar. Una vez establecidas las intervenciones, se procedió a ponerlas en práctica y valorar los avances para modificarlas según se presento el caso. Finalmente se evaluaron nuevamente las necesidades para determinar si se lograron los objetivos planteados o se deben modificar las acciones.

OBJETIVOS

General.

- ◆ Realizar un estudio de caso aplicado a un paciente en edad escolar para elaborar e implementar un proceso de cuidados de Enfermería dirigidos a la satisfacción de la necesidad de Seguridad y Protección.

Específicos

- ◆ Establecer un ambiente de confianza entre el paciente elegido, en este caso un escolar, y sus familiares para la obtención de datos y elaboración de su historia clínica.
- ◆ Valoración de la historia clínica de un escolar para jerarquizar las necesidades en las que tiene un grado de dependencia.
- ◆ Elaborar Diagnósticos de Enfermería de las necesidades según la propuesta teórica de Virginia Henderson.
- ◆ Elaborar e implementar un plan de cuidados de Enfermería personalizado, a un escolar con un padecimiento crónico-degenerativo que tiene alterada la necesidad de Seguridad y Protección.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes.

Las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional para actuar en concordancia con ellos. Enfermería en su afán de obtener un rol de autonomía profesional, se encuentra con la necesidad de contar con una herramienta de trabajo que le permita otorgar cuidados especializados, profesionales e individualizados; es por eso que el Proceso Atención de Enfermería, basado en la investigación científica, se convierte en un instrumento indispensable en la práctica de Enfermería.

Además; en los últimos años el desarrollo de la Enfermería como disciplina ha sido innegable, y esto ha traído como consecuencia el desarrollo de Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería que están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de Enfermería quienes los han propuesto.

Cabe mencionar que las teorías se asumen como ciertas en el momento de enunciarlas. Los modelos por el contrario no pretenden certeza sino guiar la práctica. Cada uno de ellos requiere ser analizado en función del contexto actual de cada país, población o centro de atención de salud, para ser operativamente aplicado.

Uno de los modelos que más ha sido difundido es el propuesto por Virginia Henderson, quien se dedicó a investigar sobre todo lo relacionado con el paciente, tomando en cuenta su estado holístico para poder darle una atención completa.

El modelo de Henderson es utilizado en muchos países del mundo, debido a que toma en cuenta las necesidades básicas humanas; dice que la función de la enfermera es la de atender al individuo sano o enfermo, o ayudarlo a llegar a una muerte tranquila y en paz; en todo tipo de actividades que contribuyan a la salud o a recuperarla. El objetivo que ella se plantea es que la persona recupere su independencia lo antes posible para que así sea capaz de cubrir sus necesidades básicas.

Teniendo en cuenta todo esto, resulta interesante conocer el trabajo de Enfermería en otros países que tienen como base de atención el modelo de Henderson; y tras realizar una búsqueda de éste, encontramos y mencionamos los siguientes:

La dirección de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; propuso la implantación de los planes de cuidados de Enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson. Por tal motivo se diseñó un protocolo de actividades de Enfermería que tuviera en cuenta todas las etapas del proceso de atención y que sirviera de marco de referencia en la elaboración de planes de cuidados individualizados de cada paciente. El propósito de este trabajo es presentar el diseño del sistema de protocolización, describiendo las bases para la elaboración y los objetivos del mismo, la identificación de las actividades de Enfermería, la metodología para la elaboración de los protocolos, así como las estrategias para la realización, difusión e implantación de los protocolos. Todo esto con la finalidad de normalizar las actividades de Enfermería que orienten en la actividad clínica, la gestión y la calidad, disminuir la variabilidad de los cuidados, mejorar la calidad de los servicios prestados y construir una fuente de información para la elaboración de planes de cuidados individualizados de cada paciente. Los autores de este protocolo consideran que esta investigación sirvió para: aumentar el nivel de conocimiento sobre los protocolos, favorecer la integración de los profesionales en la mejoría de la calidad, profundizar en la integración de los diagnósticos de Enfermería en un modelo conceptual de cuidados; y además puede servir de base para conocer el coste de las actividades de Enfermería.¹

Es de mucha ayuda que en nuestros centros de trabajo, haya documentos que nos sirvan como referencia en la elaboración de planes de cuidados individualizados de nuestros pacientes, para brindarles cuidados de calidad.

Otro de los documentos que se encontró, trata sobre la primer etapa del Proceso Atención de Enfermería; la valoración. Durante ésta se recoge y organiza información obtenida del paciente, familia o comunidad; El principal objetivo de esta investigación;

¹ Sánchez L , Protocolizar las Actividades de Enfermería, Revisión Bibliográfica. Rev. ROL Enf. 2001; 24(1): 67-74.

en la cual se eligió el modelo de Virginia Henderson, es conocer las dificultades más habituales a las que se enfrenta el personal de Enfermería durante la etapa de valoración del estado del paciente. El método utilizado para obtener datos ha consistido en una encuesta realizada a una muestra a 34 enfermeras. El diseño utilizado es descriptivo transversal retrospectivo, las variables analizadas han sido los conocimientos, habilidades, estrategias, motivación y el tiempo utilizado para realizar la valoración enfermeras. Los principales problemas identificados son el tiempo necesario, con una media de 71.25 min, y la dificultad para valorar determinadas necesidades como son la de valores y creencias, la de realización y la de evitar peligros. Tras analizar los resultados obtenidos se decide reforzar las estrategias de trabajo y profundizar en algunos aspectos de la valoración de Enfermería que ayuden en la elaboración de diagnósticos de Enfermería adecuados a cada situación y necesidad.²

La valoración, que es la primera etapa del Proceso Atención de Enfermería y el principal instrumento que tenemos para la obtención de los datos que necesitamos para todo el desarrollo de nuestro plan de cuidados, es en ocasiones un poco difícil de realizar tomando en cuenta todo el proceso de adaptación que lleva el paciente y su familia hacia su enfermedad; por ello es indispensable saber de que manera llevar la situación hacia un ambiente de confianza que nos permita la obtención de los datos.

Otra investigación nos habla de la importancia de proteger y mejora la salud de la población, la cual reclama que los servicios de salud operen con mayor calidad y eficiencia mediante la elaboración de un instrumento computacional para valoración de las necesidades básicas de pacientes hospitalizados. La metodología en el diseño del programa fue la realización de un listado de las variables, en este caso las 14 necesidades básicas que propone Virginia Henderson; la definición conceptual de cada una de dichas variables; la construcción de reactivos, es decir los elementos necesarios para valorar las necesidades y la elección de un programa computacional adecuado. Como resultado; se elaboró un programa en el paquete Excel 2000; el modelo conceptual utilizado fue el planteado por Virginia Henderson; esta integrado por presentación, instrumento para la valoración y guía instructiva para el llenado; posee un

² Martínez M , Cañadas B , Dificultades en la Valoración Enfermera. Enfermería Clínica; 2001;13(4): 195-201.

apartado de datos generales y de las 14 necesidades. Se concluye que el uso de un instrumento computacional de valoración permite al personal de enfermería mejorar la calidad de su trabajo, fomentar la satisfacción de los pacientes y favorecer el desarrollo de la institución en que laboran.³

Es de gran importancia estar a la vanguardia en los aspectos que se encuentran involucrados en el área de la salud. En este caso, la aplicación del programa elaborado, ayuda en gran medida al personal de Enfermería para la atención más individualizada y rápida a los pacientes.

Otra investigación trata sobre las heridas agudas accidentales no complicadas, que representan un problema de salud muy común, siendo con frecuencia derivadas al personal de Enfermería para sus cuidados, debiéndose realizar una correcta aproximación al paciente y sus heridas, lo que implica mejora en la calidad asistencial. Este trabajo estructura la actuación de Enfermería en heridas accidentales no complicadas mediante un plan de cuidados estandarizados según el modelo de Virginia Henderson; y se realiza con base en 3 parámetros: revisión bibliográfica, experiencia clínica y experiencia docente (151 horas de posgrado), y tomando en cuenta los 5 pasos del Proceso Atención de Enfermería. Como resultado tenemos que, una vez reparadas las heridas se requiere informar y orientar al paciente y familia para que sean capaces de llevar a cabo una serie de medidas sobre signos de alarma en las heridas para preservarlas en las mejores condiciones posibles.⁴

La adecuada aplicación del modelo de Virginia Henderson nos permite tomar en cuenta todos los aspectos que se encuentran involucrados en la pronta recuperación del paciente y que son los que debemos tomar en cuenta para la planeación de nuestras intervenciones.

El presente caso clínico se realizó como parte de la práctica de los alumnos de 5º semestre de la Lic. en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia,

³ Gallegos T , Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes

⁴ Bellido C, Actuación Enfermera en Heridas Accidentales no Complicadas, Evidentia; julio-agosto 2006: 3-10

cuyo método de valoración y elaboración de diagnósticos e intervenciones se perfilan desde el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. El caso fue seguido sólo por 3 días valorando alteraciones que determinaban total dependencia en las necesidades de aprendizaje y evitar peligros; y se aplicó a un adulto maduro que cursa con hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y síndrome de Dawn, y tiene 3 días de estancia hospitalaria. El caso clínico se llevó a cabo valorando cada una de las necesidades del paciente teniendo como referencia los datos obtenidos durante la valoración, se elaboraron diagnósticos de Enfermería enfocados en las manifestaciones de dependencia detectadas, y se realizó el plan de cuidados individualizados. Los resultados que se obtuvieron fueron satisfactorios para la adecuada evolución del paciente.⁵

Resulta de gran importancia el realizar este tipo de casos clínicos durante el proceso de formación del personal de Enfermería, debido a que da pauta a que desde el inicio del desarrollo profesional se tenga la habilidad y disposición de realizar cuidados de Enfermería profesionales, sistematizados e individualizados.

Otro caso clínico, trata del estudio de una paciente que cursa con Estenosis Aórtica Crítica, una patología que es de gran importancia para el profesional de salud, en este caso de Enfermería, debido al incremento de ésta en los últimos años. El Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, es el método de elección para la elaboración de un plan de cuidados sistematizado de Enfermería, identificando el grado de dependencia que presenta en cada una de las necesidades básicas y así poder contribuir a su recuperación parcial o total y facilitar la reintegración a su entorno sociocultural, con la participación y el apoyo de su familia. Una vez realizada la valoración focalizada de las necesidades de la paciente, se elaboran diagnósticos de Enfermería sobre los cuales se actúa para la implementación del plan de cuidados y de alta, si se da el caso. Los resultados obtenidos fueron el logro

⁵ Márquez M , Enríquez G , Proceso de Atención de Enfermería a usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus Diferentes Necesidades. Enfermería Universitaria 2002:16-22.

de los objetivos planteados; la paciente, junto con el personal de Enfermería, participó en forma activa en el proceso de recuperación.⁶

En este caso clínico se comenta de forma breve los puntos más relevantes de una cirugía artroscópica llevada a cabo en la articulación de la rodilla de una paciente a quien se le elaborará un plan de cuidados estandarizados de Enfermería; se identificaran diagnósticos de Enfermería y los problemas interdependientes referidos. El caso clínico tiene como objetivo, desarrollar un plan de cuidados estandarizado basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson para solventar las necesidades del paciente. El plan de cuidados permite al personal de salud unificar criterios para la asistencia y cuidados de Enfermería que de la pauta de acción para prever resultados alcanzables.⁷

Al analizar este caso clínico nos damos cuenta de la importancia y utilidad de tener un instrumento con el cual contar , como lo es el plan estandarizado en cirugías comunes, para tener una base sobre la actuación del personal de Enfermería en diversas situaciones.

Tenemos otro caso clínico que trata de un adolescente masculino de 13 años de edad que, según referencia del padre, desde el inicio de la marcha el niño presento inestabilidad, motivo por el cual de 2 a 5 años utilizó un dispositivo especial en el zapato de ambos pies; inicia su padecimiento actual a la edad de 8 años de edad refiriendo dolor articular en las rodillas y pies, tratado de forma intermitente por lo que a la edad de 13 años presentó imposibilidad para la marcha con dolor en la cadera derecha, motivo por el cual ingreso a un hospital de tercer nivel para su adecuado tratamiento. Una vez realizada la valoración, se detectó alteración en la necesidad de moverse y mantener una buena postura, de acuerdo con las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson; orientada con el proceso atención de Enfermería. El estudio se realizó bajo el sistema de enseñanza tutorial, la recolección de datos se realizó a través de un instrumento, haciendo énfasis en la exploración física utilizando el método clínico

⁶ Parra B, Heredia G, Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con Estenosis Aórtica Crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2003;11 (2): 66-71

⁷ Antón R, Plan Estandarizado de Cuidados para el Paciente intervenido de Artroscopia de Rodilla; 2003:

llegando así a un análisis cualitativo de donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de Enfermería, de acuerdo al grado de dependencia-independencia, para posteriormente, planear, ejecutar y evaluar cada una de las intervenciones de Enfermería. Se concluye que gracias a la metodología aplicada, se logró identificar los problemas básicos del adolescente, esto permitió realizar un plan de intervenciones de Enfermería que favoreció la resolución de las necesidades alteradas. Sin duda es un aspecto que cambia la práctica tradicional de Enfermería.⁸

El presente caso clínico se realiza teniendo como base el Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, aplicado a un paciente preescolar internado en el servicio de infectología de un hospital de tercer nivel, realizándose 8 seguimientos directos, en el servicio mencionado, a través de la clínica de Virus de Inmunodeficiencia Humana y el expediente clínico, los diagnósticos se estructuraron con el formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas. Se realizaron 8 valoraciones focalizadas, posteriormente se establecieron 11 diagnósticos de Enfermería reales, de los cuales a 7 se les realizó un plan de atención diseñándose intervenciones dependientes, independientes e interdependientes; con esto se diseñó un plan de alta que incluía algunas intervenciones a realizar por sus cuidadores en la casa hogar. De esta forma el proceso de atención y el modelo de Virginia Henderson permitieron una valoración continuada y específica de las necesidades básicas de un niño, acordes con su nivel de crecimiento y desarrollo, en este caso las fuentes de dificultad respecto a la necesidad de seguridad y protección fueron de orden psicosocial. Las necesidades con dependencia en el niño, se mantuvieron en forma temporal, permanente y la prioridad para las intervenciones fue clasificada en media y alta. De igual manera se concluye que los cuidados de Enfermería deben ser específicos e incluyentes, tienen que fundamentarse en las características del entorno y mantener una relación terapéutica con el niño.⁹

⁸ Sánchez L, Cuidados básicos de un Paciente con la Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura. Rev Enferm 2001; 9 (2): 91-96

⁹ Franco M, Benítez M, Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH, Enfermería Universitaria.2004;1(3): 13-23

Un caso más de los que se pudieron rescatar tiene como principal objetivo la aplicación de los conceptos propuestos por Virginia Henderson a través del Proceso Atención de Enfermería en el cuidado de un lactante mayor masculino que ingresó a un hospital de tercer nivel por fiebre(38.5 °C), dificultad respiratoria (polipnea, quejido y tiros intercostales), y tos no productiva. Durante la consulta presentó deterioro de la función respiratoria con quejido y disociación toracoabdominal , por lo que le fue proporcionado apoyo ventilatorio; Se le realizó una radiografía de tórax, se le practico una toracocentesis obteniéndose material purulento; el diagnóstico médico fue neumonía con derrame y empiema pleural; para logre alcanzar su independencia lo más pronto posible. Para el logro del objetivo se utilizó un instrumento de recolección de datos diseñado por las autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México; y se realizaron un total de 22 seguimientos diarios, con los cuales se realizó la valoración de cada una de las necesidades básicas según V. Henderson, una vez realizada dicha valoración, se detectaron 17 diagnósticos de Enfermería que guiaron el plan de atención, de los cuales 11 correspondieron a dependencia, 5 a independencia y 1 de alto riesgo. Como resultado se determina que gracias a la aplicación de la propuesta de las necesidades fundamentales a través del proceso de atención de Enfermería, el objetivo de este estudio de caso se logró, detectándose que se beneficia el paciente mediante un cuidado integral con un alto sentido humano.¹⁰

Al tomar en cuenta los resultados obtenidos de este caso clínico, se visualiza la importancia y la necesidad de tener un modelo conceptual a seguir en la realización de un plan de cuidados de Enfermería sistematizado y personalizado para la adecuada aplicación del mismo.

Este otro estudio de caso esta basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, para quien todas las necesidades son fundamentales para la vida y para mantener un estado de salud óptimo. Para ella la valoración de las 14 necesidades básicas permite un amplio conocimiento del estado de salud-enfermedad del recién nacido y también de cómo sus padres viven la hospitalización y enfermedad de su hijo. La valoración

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

sistemática y continua del personal de Enfermería permite detectar los problemas más importantes que presenta el recién nacido y planificar los cuidados de forma individualizada. El presente caso clínico trata de una recién nacida pretérmino de 29 semanas de gestación afectada de: bronconeumonía, soplo sistólico y nesidioblastosis, la cual fue ingresada en la unidad de neonatología de un hospital de tercer nivel de Barcelona España. Uno de los objetivos prioritarios de la atención de Enfermería, es crear una atmósfera afectiva entre los padres y el recién nacido, además de ayudar a establecer vínculos y comunicación con su hija, enseñarles los cuidados básicos que han de realizar cuando le den el alta hospitalaria, etc. Una vez realizada la valoración, incluyendo los datos más relevantes detectados en cada necesidad, se procede a la elaboración de los diagnósticos de Enfermería enfocados en los datos de dependencia detectados y a la planeación de cuidados de Enfermería. Con el desarrollo del plan de atención sistematizado, el apoyo de los padres y la colaboración de todo el equipo de salud, las condiciones de alta de la paciente fueron: tolerancia a la alimentación, contacto total con el entorno y peso corporal adecuado para su edad.¹¹

Podemos decir que el Proceso Atención de Enfermería en las unidades neonatales permite trabajar de forma sistemática y organizada con el fin de identificar problemas y aplicar cuidados individualizados. Los cuidados de Enfermería en las unidades neonatales nos obligan a un trabajo riguroso, en el que se tienen en cuenta todos estos aspectos.

Otro caso clínico trata de cómo un paciente sometido a cirugía cardiovascular se pueden ubicar en diversas dimensiones desde la perspectiva del modelo teórico de Virginia Henderson; esto dependerá de la etapa en la cual se encuentre durante el periodo posoperatorio y de su respuesta ante el acto quirúrgico. A través de la valoración del paciente, el personal de Enfermería determina esta dimensión y evalúa la estabilidad o insatisfacción de las necesidades básicas del paciente planteadas en la teoría. El objetivo de este caso clínico es realizar un análisis situacional y elaborar diagnósticos de Enfermería certeros, al mismo tiempo, que determinar la fuente de dificultad para planear intervenciones que lo ayuden a recuperar su independencia los

¹¹ Guallart I M, Roca N, Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino, Enfermería Clínica; 8 (2): 44-49.

más rápidamente posible. En este caso se utilizaron como instrumento de valoración; la exploración física, historia clínica, exámenes de laboratorio y de gabinete; toda la valoración se realiza en el área de terapia intermedia. La valoración de Enfermería con el enfoque de las 14 necesidades aplicadas a pacientes sometidos a este tipo de tratamiento permite determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y a definir las fuentes de dificultad en la dependencia del paciente completando o ejecutando las acciones realizadas por el paciente para satisfacer sus necesidades.¹²

Resulta de gran importancia tener conocimiento de todos los valores de referencia de exámenes de laboratorio y de gabinete para una correcta valoración y poder elaborar diagnósticos de Enfermería adecuados a pacientes en estado crítico; todo esto con la finalidad de proporcionar cuidados personalizados de Enfermería al paciente para satisfacer sus necesidades básicas y que logre un estado de independencia adecuado.

Un caso clínico más, nos habla de cómo proporcionar cuidados de Enfermería aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson, a una paciente de 5 años que ingresó a un hospital de tercer nivel para el estudio y tratamiento de un cuadro de colecistitis y pancreatitis en relación con un quiste de colédoco; durante su estancia en el hospital, desarrolló diversas complicaciones que generaron en ella temor, un afrontamiento familiar inefectivo y dependencia hacia el equipo asistencial del hospital.

Una vez realizada la revisión de los artículos seleccionados se concluye que la aplicación del Proceso Atención Enfermería; permite al personal de Enfermería otorgar cuidados de una forma racional, lógica, sistemática y personalizada y que es de gran importancia adoptar un modelo conceptual para la mejor aplicación del proceso de Enfermería. Esto nos lleva a la elección del modelo propuesto por Virginia Henderson por considerarlo el más completo y que explica de una manera sencilla la metodología a seguir. Sin embargo para poder el proceso de Enfermería, es indispensable conocer y comprender todas las etapas de éste para su adecuada aplicación. Es por eso que a

¹² Ortega C, Valoración de Enfermería al paciente posoperado de Cirugía Cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1999; 9 (11): 18-23.

continuación se da una reseña de lo mínimo que se debe saber acerca del Proceso Atención de Enfermería.

1.2. El proceso de Atención de Enfermería.

Entre las profesiones del área de la salud, Enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.¹³

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa de diagnóstico de Enfermería.

El P.A.E. es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.¹⁴

Proceso Atención de Enfermería

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud,¹⁵ para ello, se basa en un amplio marco teórico. El

¹³ Marriner T. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid-España. Mosby-Doyma.1994, pp 305.

¹⁴ Amaro M. El Proceso Atención de Enfermería. (en línea) (consulta 14-nov-2006) (16 pags) disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm,

¹⁵ López P. Proceso de Enfermería._Rev. Iberoamericana de Geriátria y Gerontología. 1994. pp 10, 37-38

Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de Enfermería.

El Proceso Atención 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. Además exige del profesional; habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros.¹⁶

Importancia del proceso de Enfermería.

El proceso de Enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.

Ventajas del Proceso Atención de Enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención.

¹⁶ Amaro M. El Proceso Atención de Enfermería. (en línea) (consulta 14-nov-2006) (16 pags) disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm,

Los objetivos

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.¹⁷

Etapas del Proceso Atención de Enfermería

La primera etapa es la de **Valoración** o de Recolección de datos en forma organizada y sistemática. Hay cuatro clases distintas de valoración:

¹⁷ Amaro M. El Proceso Atención de Enfermería. (en línea) (consulta 14-nov-2006) (16 pags) disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm,

- Valoración inicial: se realiza en un plazo especificado después del ingreso del paciente a un centro de asistencia sanitaria; tiene como propósito establecer una base de datos completa para identificar el problema, la referencia y las futuras comparaciones.
- Valoración focalizada: es un proceso progresivo integrado durante los cuidados de Enfermería; tiene como propósito determinar el estado de un problema específico identificado den la valoración anterior, así como identificar problemas nuevos o que pasaron desapercibidos.
- Valoración urgente: esta se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente y su propósito es identificar problemas que amenazan la vida.
- Valoración después de un tiempo: se realiza varios meses después del estudio inicial para comparar la evolución del paciente con los datos basales obtenidos anteriormente.

La etapa de valoración ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de Enfermería, y se logra a través de las siguientes fases:

Para llevar a cabo la recolección de datos, el personal de Enfermería deberá acudir a distintas fuentes. La fuente primaria o directa de información será siempre el propio paciente. Sin embargo, existen varias fuentes secundarias o indirectas; que pueden añadirse a la primaria tales como:¹⁸

- Historia Clínica.
- La familia y el entorno del cliente.
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud.
- Libros, artículos y obras referidos al tema.

¹⁸ Phaneuf M, Cuidados de Enfermería, El proceso de atención de Enfermería; 1ª ed, Interamericana McGraw Hill, España 1993. pp. 63.

Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Tipos de datos a recoger: un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Los tipos de datos son:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.¹⁹ Los datos recolectados y

¹⁹ Amaro M. El Proceso Atención de Enfermería. (en línea) (consulta 14-nov-2006) (16 pags) disponible en www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P., quien establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud y permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.²⁰

La segunda fase, el **Diagnóstico de Enfermería**, es el enunciado del problema real, de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la Enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: *un Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales*. El diagnóstico de Enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de Enfermería que consigan los resultados de los que es responsable el personal de Enfermería.²¹

El Diagnóstico de Enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

²⁰ Iyer P. Tapich B. Bernocci-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México, Interamericana McGraw-Hill, 1993, pp 13

²¹ Carpenito LJ Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid-España, Interamericana McGraw-Hill; 1993. pp 108-110

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que consta de tres partes, (formato PES), la primera parte del enunciado identifica el **P**roblema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la **E**tiología o causa del problema, y la tercera son los **S**ignos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con. Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar o de salud:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La

enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

El diagnóstico de Enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido. Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos

casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de Enfermería con el problema identificado relacionado con causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.²²

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de Enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.²³

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se cometen estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

- Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
- Facilita la comunicación profesional
- Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
- Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tercera etapa del proceso de atención es la **Planeación** de la atención de Enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).²⁴

²² Luis T. Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la Práctica Asistencial. Barcelona-España. Mosby Doyma, 1996, pp 88-90

²³ Iyer P. Op cit. pp 13

²⁴ Iyer P. Op cit.. pp 13

La planeación de la atención de Enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los Diagnósticos de Enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.²⁵

1. Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de Enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.²⁶

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.²⁷

²⁵ Phaneuf M. Op cit. pp 139.

²⁶ Phaneuf M. Op cit. pp 139.

²⁷ Idem.

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de Enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de Enfermería.²⁸ Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de Enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

* Planteamiento de los objetivos :

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para: dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de Enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

²⁸ Atkinson L. Murria E. Proceso de Atención de Enfermería. México, McGraw-Hill 2ª ed. 1983.

* Objetivos de Enfermería: se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

* Objetivos del paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Los objetivos deben contener cinco componentes que son:²⁹

- Sujeto: ¿Quién se espera que alcance el resultado?
- Verbo: ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?
- Condición: ¿En que circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

²⁹ Alfaro R, Aplicación del Proceso Enfermero. Barcelona-España. Doyma-Mosby, 5ª. Ed. 2003. pp 134

- Criterios de ejecución: ¿En que grado va a realizar la acción?
- Momento para lograrlo: ¿Cuándo se espera que la persona sea capaz de hacerlo?

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.³⁰

3. Planeación de las intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de Enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de Enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de Enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud.

³⁰ Iyer P, Op cit. pp 13

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de Enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de Enfermería.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de Enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

El diagnóstico de Enfermería permite categorizar las actividades de Enfermería en:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Existe la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) propuesta en 1987, que es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas.

Las intervenciones CIE incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial; y se han incluido para el tratamiento y la prevención de enfermedades, y para el fomento de la salud.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema de salud y comunidad. Unas pocas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención. La taxonomía de la CIE se codificó por varias razones: para facilitar su uso informático, para facilitar una manipulación sencilla de los datos, para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y para permitir su uso en las retribuciones.

El lenguaje utilizado en la clasificación es claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica³¹

La **Ejecución** es la cuarta etapa de las cinco que componen el proceso de Enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de Enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de Enfermería y continuar con la recopilación de datos.³²

1. Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes

³¹ Mc Closkey JC, Bulechek GM, Proyecto de Intervenciones IOWA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), España 3ª ed. Mosby, 1999. pp 4,5

³² Phaneuf M. Op cit.. pp 139.

esenciales: ¿El plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de Enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

2. Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de Enfermería, los resultados esperados y las acciones de Enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de Enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de Enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de Enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de Enfermería.³³ En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de Enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de Enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración (assessment); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.

³³ Atkinson L. Op cit. pp. 118

Las características de las actuaciones de Enfermería son las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la Enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.³⁴
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la Enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

3. A lo largo de la ejecución el profesional de Enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.³⁵

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la obtención y valoración de datos.

³⁴ Iyer P. Op cit. pp. 34

³⁵ Iyer P. Op cit, pp 13

- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de Enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El personal de Enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Tras brindar los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, lo siguiente que se debe realizar es registrar las valoraciones, intervenciones y respuestas. Existen diversas formas de realizar los registros, y son:

- Registros de distintos orígenes: los cuidadores de cada disciplina escriben en hojas separadas anotaciones narrativas en orden cronológico.
- Registros focalizados: el personal de Enfermería utiliza palabras clave para organizar las anotaciones, y el tema de la anotación no es necesariamente un problema, puede referirse simplemente a un cambio en la conducta del usuario.
- Registros multidisciplinarios: los cuidadores de cada disciplina escriben en el mismo registro.
- Registros en hojas de control: el personal de Enfermería anota información específica en lugares concretos.
- Registros de excepciones: en los registros de los usuarios, el personal de enfermería se refiere a los estándares, políticas y protocolos de la unidad.
- Registros computarizados: el personal de Enfermería hace sus anotaciones directamente en el ordenador, con esto intentan eliminar las anotaciones repetitivas y aumentar el acceso a la base de datos.

La quinta, y última, etapa es la **Evaluación**. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de Enfermería. Consiste en la comparación

sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

2. La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de Enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logro en forma parcial.

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de Enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos

diagnósticos de Enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de Enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de Enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de Enfermería.³⁶

3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de Enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.³⁷

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de Enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de Enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de Enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o

³⁶ Atkinson L. Op cit. pp. 67

³⁷ Phaneuf M. Op cit. pp. 85

incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente. De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

La evaluación puede conceptualizarse en 3 formas: estructura, proceso y resultado; y se esquematizan de la siguiente manera:

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Propósito: La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas, y personal para cubrir las necesidades del paciente	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de Enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y Enfermería.
Instrumentos o medios: Forma de la Comisión de la junta sobre hospitales.	Escala de clasificación de competencia de Enfermería.	Sistema Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorías.	Escala de la calidad de cuidados de Enfermería.	
Fuentes de datos: Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución.	<i>Concurrente</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades.	<i>Concurrente.</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el

Descripción de posiciones. Planes de atención de Enfermería.	La gráfica contiene la evidencia de las acciones de Enfermería realizadas.	estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de orientación y programas en servicio. Nivel educativo del personal. Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y kárdex.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Fuente: Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. 1ª ed. Manual Moderno. México 1993. pp 195

Es necesario también clasificar los resultados de las intervenciones para completar los requisitos de la documentación clínica de Enfermería y de esta manera se crea la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) publicada en 1997, la cual consta de 190 resultados ordenados alfabéticamente. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicaciones que pueden utilizarse para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Los resultados están desarrollados para utilizar durante todo el proceso de cuidados y, por lo tanto, pueden utilizarse para seguir los resultados del paciente durante una enfermedad o durante un periodo más amplio de cuidados³⁸

1.3 Virginia Henderson y la satisfacción de las necesidades básicas para alcanzar el máximo grado de independencia.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la Enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de Enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.³⁹ La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional. Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del método científico. Brindan

³⁸ Mc Closkey C: Bulechek G:M.; Proyecto de Intervenciones IOWA, Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE), España . Mosby, 1999, pp 3

³⁹ Mc Closkey C. Op cit, pp 6-7

autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri el 19 de marzo de 1897. Su interés por la Enfermería surgió de la asistencia que realizaba al personal militar enfermo y herido durante la primera guerra mundial. En 1918, a la edad de 18 años inicia sus estudios de Enfermería en la Army School of Nursing de Washington DC.⁴⁰ Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. En 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada y magíster en arte. En 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York. En 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. En 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse. En 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la Enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.⁴¹

Preocupada por la definición de las funciones de la enfermera y por su lugar en el mundo de la salud, ha defendido la necesidad de una mejor formación para las cuidadoras en las que se conjuguen las habilidades intelectuales y técnicas.

⁴⁰ Marriner T. Op cit. pp 102

⁴¹ Marquez T. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. (en línea)(consulta 28-nov-2006) (14 pags.)
Diponible en: [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3.

A partir de ahí dedica todos sus esfuerzos a investigar y documentarse para poder elaborar su propio concepto de Enfermería y a la importancia de la utilización del proceso de cuidados para proponer un modelo conceptual que ella misma desarrolla y a causa de su voluntad de determinar los cuidados enfermeros a partir de bases científicas y de enriquecerlos con principios interpersonales.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

* LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE SU TEORÍA SON :

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Conceptos del metapareadigma::

- Enfermería: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".⁴²
- Persona: individuo que necesita la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.
- Entorno: lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la Enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.
- Salud: Henderson considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de Enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de salud mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.⁴²
- Necesidad:

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona que tiene 14 Necesidades básicas

⁴² Ortiz G. Cuidados de Enfermería. (en línea) (consulta 28-nov-2006) (8 pags) Disponible en: file://E:\Cuidados de Enfermería; Virginia Henderson.htm

que satisfacer para mantener su integridad física, psicológica, social y espiritual y promover su desarrollo y crecimiento:

- 1. Necesidad de respirar normalmente:** matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.
- 2. Necesidad de comer y beber adecuadamente:** la enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.
- 3. Necesidad de eliminar por todas las vías:** la enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.
- 4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:** hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.
- 5. Necesidad de dormir y descansar:** hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.
- 6. Necesidad de vestirse y desvestirse:** es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.
- 7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales:** hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.
- 8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel:** tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. Necesidad de evitar los peligros: hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. Necesidad de comunicarse: en la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. Necesidad de creencias y valores: respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. Necesidad de trabajar y realizarse: aceptación del rol de cada uno.

13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo: puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. Necesidad de aprender : la orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.⁴³

Henderson escribe también que toda persona tiende a la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual, es la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta en función de su estado, comportamientos apropiados o, que realiza por si misma algunas acciones sin ayuda ajena. Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene) necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.⁴⁴

⁴³ Jiménez P. Los cuidados de enfermería. (en línea) (consulta 28-nov-2006) (6 pags) Disponible en: http://html.rincondelvago.com/cuidados-de-enfermeria_virginia-henderson.html

⁴⁴ Phaneuf M. Op cit. pp13-16.

La dependencia adquiere un sentido ligeramente distinto del que tiene habitualmente, significa la situación en la que se encuentra la persona que tiene que contar con alguien para satisfacer sus necesidades, es la incapacidad de la persona de adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

FUENTES DE DIFICULTAD.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que le impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, es necesario identificar las causas de dificultad que tiene la persona para la perturbación en la satisfacción de sus necesidades.

- Por falta de Fuerza: No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar acciones pertinentes a la situación, lo cual se vera interferido por algún estado emocional, de funciones psíquicas o capacidad intelectual.

- Por falta de Conocimientos: En relación a las cuestiones esenciales sobre su propia salud y situación de enfermedades, los recursos propios y ajenos.

- Por falta de Voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁴⁵

Existen diferentes niveles de dependencia/independencia, y varían según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades.⁴⁶

⁴⁵ Fernandez C. Op. Cit. pp. 8.

⁴⁶ Phaneuf M. Op cit. pp13-16.

En la siguiente tabla se muestran los niveles de dependencia.



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería , El proceso atención de Enfermería. MacGraw-Hill Interamericana, Barcelon-España pp 31

GRÁFICA QUE RELACIONA LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA DE UNA PERSONA



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería , El proceso atención de Enfermería. MacGraw-Hill Interamericana, Barcelon-España pp 32.

AFIRMACIONES TEÓRICAS:

1. Relación enfermera-paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente.

- La enfermera como sustituta del paciente: esta se da cuando el paciente tiene una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente para considerarlo como completo, íntegro o independiente, debido a su falta de fortaleza física y voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia. “La independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una independencia sana y no por una dependencia enferma” (Henderson).
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico; ella lo educa y lo supervisa pero es él quien realiza su propio cuidado.

2. Relación enfermera-médico: La enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos, su trabajo es independiente aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

3. Relación enfermera-equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa del cuidado al paciente pero no deben realizar otras tareas ajenas.

SUPUESTOS PRINCIPALES.

- Enfermería: la enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos; actúa como miembro de un equipo sanitario; actúa independientemente

del médico pero apoya su plan si hay alguno de servicio. Ella puede y debe actuar independientemente si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. Los 4 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas sus funciones posibles.

- Persona: la persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional en el que su cuerpo y su mente son inseparables. Él y su familia forman una unidad, pero requiere ayuda para ser independiente.
- Salud: la salud representa calidad de vida; es necesaria para el funcionamiento humano; requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Entorno: los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.⁴⁷

Con todo esto y a pesar de que Virginia Henderson nunca tuvo como finalidad crear una teoría como tal, sino tener un instrumento que le permitiera y le facilitara la realización de un cuidado enfermero que tuviera, además, las bases del método científico para que tuviera una secuencia lógica; su trabajo es uno de los más aceptados mundialmente por las escuelas de enfermería por ser uno de los más conocidos, también resulta coherente con nuestros valores culturales y explica los conceptos mediante una terminología de fácil comprensión; incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud.

1.4. La importancia de los valores éticos en los cuidados de Enfermería.

En toda profesión se exigen aspectos éticos que permiten actuar de forma profesional a fin de entrar en el rol social de una forma armónica para trabajar siempre en beneficio de la población y por ende de manera particular hacia las personas.

⁴⁷ -Marriner T. Op cit. pp 104

ÉTICA

Ética proviene del vocablo griego "*ethos*" que significa carácter, modo de ser.

Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo.

La ética estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones. De igual manera determina que es lo correcto y lo incorrecto. Es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser.

Características

- Implica acción de acuerdo con las normas morales
- Se ocupa del estudio de los problemas teórico – morales
- Equivale al conocimiento
- Se basa en un plan filosófico (qué es el bien, qué es la virtud, qué es la felicidad)
- Se ocupa de los valores humanos

En Enfermería es importante contar con un código de ética 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, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que así mismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Ética profesional de Enfermería

La ética de Enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.

Fuentes de la ética profesional de Enfermería

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales. Entre ellas tenemos:

NORMAS JURÍDICAS

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

NORMAS MORALES

La enfermera (o) como profesional debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional

NORMAS DE TRATO SOCIAL

Las enfermeras (os) deben coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de salud en la atención al individuo, cumpliendo las normas establecidas por la sociedad.⁴⁸

La profesión de Enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. De este modo se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales y necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de Enfermería:

- Beneficencia y no maleficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Si no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el

⁴⁸ Rumbold N. La ética y la Enfermería (en línea) (Consulta 26-nov-2006): (6 pags) disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml#eticaprofes>

bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona.

- Justicia: la justicia en la atención de Enfermería se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico,, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.
- Autonomía: significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. El reconocimiento de la autonomía se da con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta por escrito si el paciente esta consciente, si comprende la información y esta debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen.
- Valor fundamental de la vida humana: se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida human cuya subsistencia depende y esta bajo la propia responsabilidad y control.
- Privacidad: se trata de no permitir que se conozca la intimidad corporal o la formación o la información confidencial que se obtenga sobre la vida y salud de la persona.
- Fidelidad: es el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.
- Veracidad: se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona; es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.
- Confiabilidad: se refiere a que el profesional de Enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.
- Solidaridad: se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre si.

- Tolerancia: hace referencia a admitir las diferencias personales sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. El personal de Enfermería debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

Decálogo del código de ética para el personal de Enfermería.

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

El código de ética para las enfermeras y enfermeros de México redacta los siguientes artículos referentes al tema que nos comprometen en diversos sentidos ya sea teórico, formativo y práctico.

- En el capítulo II, de los deberes de las enfermeras, en el artículo 2º, se manifiesta el respeto a la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados, previamente informado.
- En el capítulo III, de los deberes de las enfermeras como profesionistas, el artículo 10º, se refiere a la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos actualizados en el desempeño profesional.
- En el capítulo IV, de los deberes de las enfermeras para con sus colegas, refiere en el artículo 20º, el dar crédito a sus colegas, asesores, y colaboradores en sus trabajos individual y conjuntamente.
- En el capítulo V, de los deberes de las enfermeras para con su profesión, el artículo 24º, el cual nos invita a contribuir en el desarrollo a través de las diferentes estrategias, incluyendo la investigación de la disciplina.

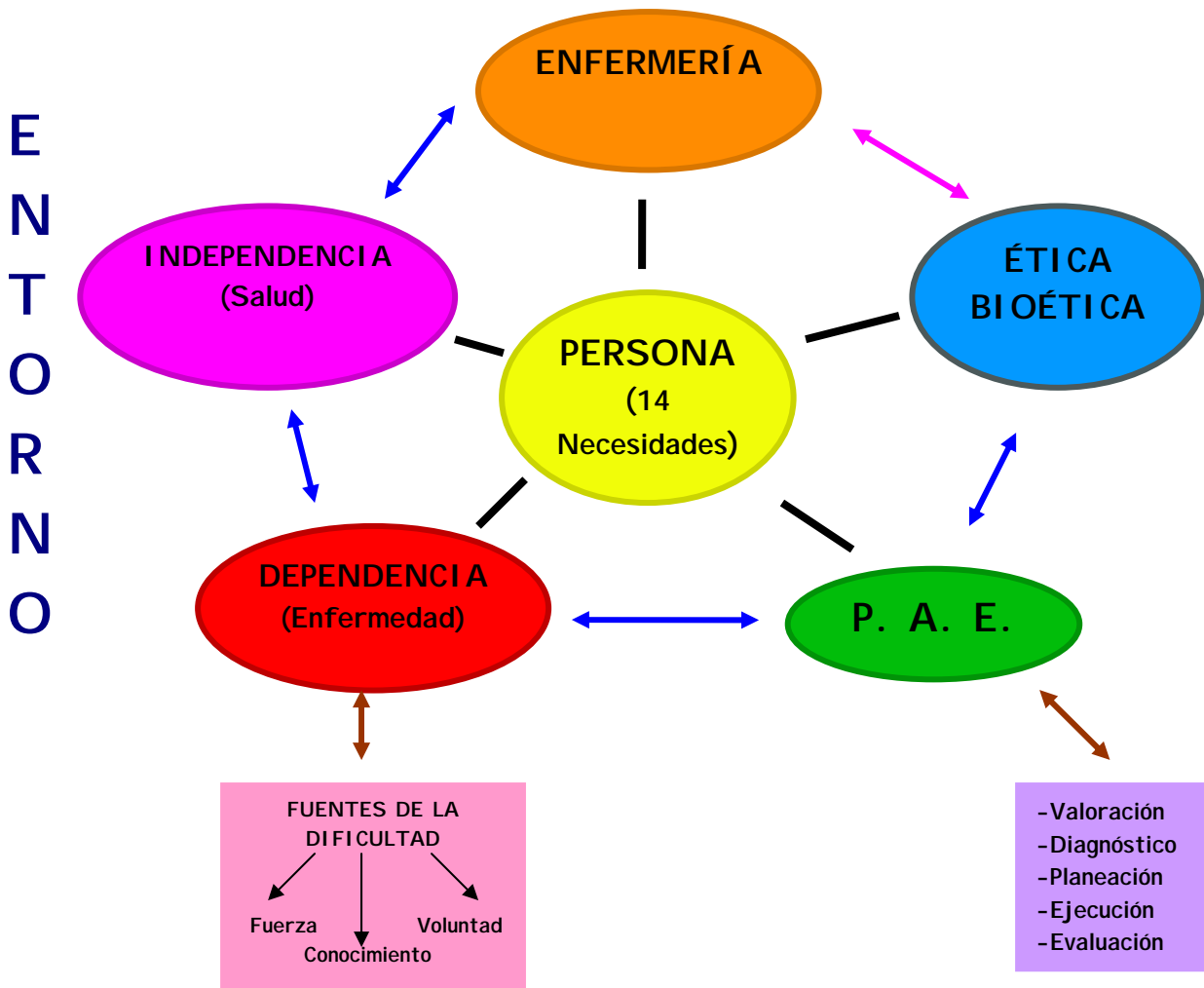
La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de Enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.⁴⁹

Una vez analizada la importancia que tiene el contar con la metodología del Proceso Atención de Enfermería que vaya de la mano con un modelo conceptual de Enfermería, en este caso el de Virginia Henderson (que toma en cuenta al paciente como un ser holístico); para una adecuada valoración de las 14 necesidades fundamentales de la persona (que es el elemento más importante del plan de cuidados), que al analizarlas nos lleven a la identificación de problemas reales, potenciales o de riesgo que permitan plantear diagnósticos de Enfermería con los cuales podemos determinar el nivel de

⁴⁹ Secretaria de Salud, Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México, México, D.F. 2001 pp 3

independencia o el grado de dependencia en que se encuentra la persona y elaborar un plan de cuidados profesionales y personalizados que le permitan llegar a un estado óptimo de salud; nos damos cuenta de que todo esto va de la mano con las consideraciones éticas de Enfermería ya que si no se toman en cuenta éstas para el seguimiento de toda la planeación del PAE, no se estarán respetando los derechos del paciente y por lo tanto no se esta dando atención de calidad. Tratando de resumir todo esto, se realiza el siguiente esquema que relaciona todo lo antes mencionado.

ESQUEMA CONCEPTUAL



Elaboró: Lic. Leticia Martínez Garay.

1.5. El ganglioneuroblastoma: un cáncer más.

El Neuroblastoma es uno de los tumores sólidos malignos más frecuentes en los niños. Se origina de la cresta neural, durante la embriogénesis, y puede aparecer en cualquiera de los sitios anatómicos a lo largo de la cadena ganglionar simpática desde el cuello a la pelvis, así como en la glándula suprarrenal. Es el tumor más frecuente en el periodo de lactante. Cushing y Worbach reportaron en 1927, en una revisión de 10 años, la maduración de neuroblastoma a ganglioneuroblastoma.⁵⁰

Definición de Ganglioneuroblastoma

Es un tumor transicional (de grado intermedio de malignidad), con componentes del ganglioneuroma y del neuroblastoma en grado variable. Suele aparecer en niños varones de entre 2 y 10 años. Se observa con mayor frecuencia en abdomen, seguido de mediastino, cuello y miembros inferiores.⁵¹

Causas, incidencia y factores de riesgo

Este raro tumor tiene una incidencia anual de menos de 5 casos por cada millón de niños. Los tumores del sistema nervioso varían en su grado de diferenciación, el cual determina la forma como aparecen bajo el microscopio y la probabilidad de que se diseminen o no.

Los tumores benignos tienen menos probabilidad de diseminarse, mientras que los malignos son agresivos, de crecimiento rápido y a menudo se diseminan. Un ganglioneuroma es un tumor benigno, en tanto que un neuroblastoma, que se presenta en niños de más de 1 año, generalmente es maligno.

⁵⁰ Rosti3n C. Neuroblastoma: forma de presentaci3n y probabilidad de resecci3n quir3rgica (en l3nea) (Consulta 25-nov-2006): (4 pags) disponible en: www.revistapediatria.cl/vol2num2/11.htm

⁵¹ Cejas C. Tumores neurog3nicos en abdomen (en l3nea) (Consulta 25-nov-2006):(6 pags) disponible en: www.sintesisrx.com/Revistas/N%BA2-2004/sintesis1.htm

Un ganglioneuroblastoma puede estar localizado en un área o estar ampliamente diseminado, pero generalmente es menos agresivo que un neuroblastoma y su causa se desconoce.⁵²

La forma de presentación clínica más frecuente fue la de aquellos tumores abdominales y pélvicos, produciéndose con mayor frecuencia diarrea. También se puede presentar con dolor, masa o distensión abdominal.⁵³

Exámenes

- TC y/o IRM del área afectada
- Biopsia quirúrgica para confirmar el diagnóstico
- Pruebas especializadas para sangre y orina
- Se pueden necesitar biopsia y aspirado de la médula ósea
- Puede ser necesaria una gammagrafía ósea
- Puede ser necesaria una gammagrafía con MIBG (metayodobenzilguanidina)

Tratamiento

Debido a que estos tumores no son comunes, su tratamiento debe hacerse en un centro médico especializado, por parte de expertos que tengan experiencia con ellos.

El tratamiento puede consistir en cirugía y posiblemente quimioterapia, al igual que radioterapia, dependiendo de la naturaleza específica del tumor.

Expectativas (pronóstico)

Su pronóstico global ha mejorado en los últimos años, pero no tan significativamente como ha ocurrido con otros tumores pediátricos. Sobre todo porque los niños mayores de un año con enfermedad diseminada siguen teniendo unas expectativas

⁵² Melero C. Neuroblastoma (en línea) (Consulta 25-nov-2006): (8 pags) disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001436.htm#Definición

⁵³ Rostión C. Neuroblastoma: forma de presentación y probabilidad de resección quirúrgica (en línea) (Consulta 25-nov-2006): (4 pags) disponible en: www.revistapediatria.cl/vol2num2/11.htm

de curación muy pobres. Las investigaciones actuales se centran en determinar factores pronósticos relevantes (además de la edad y el estadio), especialmente los biológicos, para establecer diferentes grupos de riesgo y estratificar la agresividad de los tratamientos de acuerdo con ellos. Así se reducirán o evitarán los tratamientos con quimioterapia o radioterapia en los grupos de bajo riesgo disminuyendo sus efectos secundarios adversos, mientras que en los grupos de alto riesgo se emplearán nuevos y más agresivos tratamientos para intentar mejorar su pronóstico.

Complicaciones

- Invasión de áreas circundantes por parte del tumor (diseminación del tumor)
- Complicaciones de la cirugía, radiación o quimioterapia.

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe buscar asistencia médica si la persona percibe la presencia de una masa o tumor en el cuerpo del niño. Igualmente, los padres deben asegurarse de que los niños reciban los chequeos de rutina como parte del buen cuidado infantil.

2. METODOLOGÍA

2.1. Explicación del caso clínico

La familia de L. A. T. C. está estructurada por sus padres, dos hermanos de 22 y 18 años, una hermana de 15 años, sus abuelos maternos y él; sin embargo y a pesar de convivir diariamente con ellos porque viven al lado de su casa, vive solo con su mamá y uno de sus hermanos, su papá esta ausente por cuestiones de trabajo. Tiene con todos una relación muy estrecha y lo consienten mucho. Habitan una casa hecha de cemento y ladrillo, cuentan con todos los servicios intra y extradomiciliarios

L. A. fue un niño planeado y muy deseado, cursó con un control prenatal regular, obtenido por parto normal, lloró y respiró al nacer, peso al nacimiento de 3.525 Kg.,

talla de 51 cm., fija la mirada a los 5 meses, siguió objetos con la mirada a los 6 meses, sonrisa social a los 2 meses, se sienta con ayuda a los 5 meses y sin ayuda a los 8 meses, bipedestación a los 15 meses y camina a los 18 meses. Cursó con una infancia normal, enfermaba con muy poca frecuencia, sobre todo de vías respiratorias. No había tenido problemas de salud importantes que mencionar.

Inicia su padecimiento en abril del 2006 con una caída en la escuela de la cual tuvo una contusión de cadera de lado derecho, esto le produjo dolor localizado en la pierna derecha, el cual se fue intensificando al grado de limitarle la marcha hasta por periodos de una semana. Durante dos meses tuvo picos febriles de hasta 38.9°C con predominio nocturno y fue atendido por médico particular sin resultado hasta que le recomendaron a su mamá que lo trajera a este hospital donde le realizaron estudios en los cuales le detectaron una masa mediastinal. El 23 de agosto ingresa al servicio de urgencias con diagnóstico de lisis tumoral y de allí pasa a hospitalización al servicio de cirugía general y continuaron realizándole estudios; en este tiempo perdió el apetito y bajó mucho de peso. El 24 de agosto le realizan una Tomografía Axial Computarizada dando como resultado: masa mediastinal con metástasis pulmonar. El 26 de agosto le realizan una Toracotomía posterolateral derecha en la cual se reseca el 100% de la masa tumoral que al enviarla al servicio de patología reportó 'Ganglioneuroblastoma nodular'. El 2 de septiembre inicia con ciclos de quimioterapia con cisplatino, adriamicina y ciclofosfamida por 5 días. El 7 de septiembre le colocan un cateter central e región media clavicular izquierda. El 23 de septiembre ingresa a quirófano para colocación de sonda de drenaje pleural de lado derecho, además inicia con nutrición parenteral y administración de lípidos a través de un catéter central. En el servicio de hospitalización cursa con disnea por lo cual le administran oxígeno a través de puntas nasales y posteriormente recibe sesiones de micronebulizaciones. El 28 de septiembre vuelven a intervenirlo quirúrgicamente realizándole otra Toracotomía de la cual, patología reporta el estudio negativo a células neoplásicas, pasa a la terapia quirúrgica por 2 días y es egresado a hospitalización aun con drenaje pleural, se lo retiran e inicia con dieta a base de líquidos y progresando hasta dieta normal. El 22 de octubre completa su segundo ciclo de quimioterapia con ciclofosfamida y cisplatino + 1 dosis de tenoposido y 2 de

etoposido, tras lo cual se decide su egreso del hospital para continuar con control externo.

Se inicia estudio de caso a L. A. de acuerdo con su mamá a quien se le explica el motivo del estudio, las características y la forma en que se va a llevar a cabo todo el procedimiento. La señora M. acepta con agrado permitir que se le realice el estudio de caso a su hijo y firma la carta de consentimiento informado (anexo 1). Al momento del primer contacto se encuentra los siguientes datos:

SIGNOS VITALES:

F.C. 136 latidos por minuto.

F.R. 30 respiraciones por min.

Tensión Arterial: 110/70 mmHg

Temperatura: 36.3 °C.

SOMATOMETRÍA

Peso: 20.5 Kg.

Talla: 130.5 cm.

P. abdominal: 52.5 cm.

P. braquial: 15 cm.

I. M. C.:12.1

DATOS DE LABORATORIO:

BIOMETRÍA HEMÁTICA:

- Hemoglobina: 13.9 g/dL
- Hematocrito: 41.1 %
- Plaquetas: 322,000 x cm³
- Leucocitos: 9,200 x cm³

A la exploración física se encuentran los siguientes hallazgos: es un paciente escolar con edad aparente menor a la cronológica (9 a. 11/12), de constitución muy delgada, aparentemente íntegro en su estructura corporal, bien conformado, con palidez generalizada de tegumentos, con la cabeza rapada. Se observa presencia de catéter en región clavicular de lado izquierdo; tiene un parche de gasas y micropore en línea media axilar derecha. Se encuentra en una cama en posición semifowler vestido con ropa interior de su propiedad y pijama hospitalaria. Observa una actitud libremente escogida.

- Las siguientes necesidades se encuentran en dependencia de acuerdo a la valoración realizada.

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN: El sistema inmunológico de L. A. se encuentra comprometido debido principalmente a su patología (Ganglioneuroblastoma) y a los ciclos de quimioterapia a los que está siendo sometido, además de el importante grado de desnutrición que presenta como resultado de lo mismo. Todo esto lo sitúa en un estado susceptible a infecciones oportunistas, sobre todo por encontrarse en un ambiente hospitalario. Otra situación importante que se debe tomar en cuenta es la debilidad que muestra y que le impide la marcha, lo cual es un riesgo más a su seguridad.

A la exploración física se observa interrupción de la piel por presencia de 2 sondas de pleurostomía con puntos de fijación en región media axilar derecha, la zona se encuentra ligeramente enrojecida pero sin presentar dolor ni edema y se encuentra cubierta con gasas y micropore. Tiene instalado un catéter venoso central en región media clavicular izquierda, el cual no muestra datos de infección.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: Debido a todo el proceso que ha llevado el curso de su patología, L. A. se encuentra en una percentil < de 5 en relación peso-edad; por lo cual cuenta con nutrición parenteral y lípidos. Actualmente inicia dieta líquida que progresará de acuerdo a la tolerancia que tenga.

A la exploración física se observa boca simétrica, labios húmedos, íntegros, rosados, mucosa oral íntegra, hidratada, paladar rosado, lengua saburral, encías y dientes con presencia de placa dentobacteriana. Cuenta con 12 piezas dentarias en cada arcada, en la superior tiene los molares de lado izquierdo con caries. El abdomen se observa plano, de color pálido, uniforme, igual al resto del cuerpo, con movimientos simétricos. A la auscultación se escuchan ruidos peristálticos presentes que aumentan de intensidad en fosa iliaca izquierda (aproximadamente 6 por minuto). A la palpación se nota blando, depresible, con temperatura templada, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se detectan masas ni megalias. A la percusión se escucha sonido timpánico generalizado.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA: A partir de que se cayera en la escuela en marzo mostró disminución en la marcha debido al dolor que presentaba. Actualmente se siente muy débil y le duele el cuerpo cuando realiza esfuerzo tal sólo para sentarse, además tiene sonda de drenaje pleural y le duele y limita el movimiento

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN: debido a que no tiene fuerza muscular le es imposible levantarse al baño y le desagrada utilizar el cómodo y orinal, además debido a la falta de movimiento y poca ingesta de fibra tiene riesgo de presentar problemas de estreñimiento.

A la exploración física, el abdomen se observa plano, de color pálido, uniforme, igual al resto del cuerpo, con movimientos simétricos. A la auscultación se escuchan ruidos peristálticos presentes que aumentan de intensidad en fosa iliaca izquierda (aproximadamente 6 por minuto). A la palpación se nota blando, depresible, con temperatura templada, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se detectan masas ni megalias. A la percusión se escucha sonido timpánico generalizado. No se palpan riñones. La vejiga se siente blanda y a la palpación profunda presenta urgencia urinaria. Miembros torácicos y pélvicos sin presencia de edema.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN. Hace una semana inició con tos productiva (con secreción amarilla de difícil expectoración) y disnea por lo cual fue necesario administrarle oxígeno por medio de puntas nasales; actualmente sólo le proporciona tres sesiones de micronebulizaciones al día para humidificar las secreciones.

A la exploración física se observa nariz íntegra, alineada, simétrica, narinas permeables sin dolor a la palpación, labios simétricos secos con ligera descamación, mucosa oral hidratada, íntegra con orofarínge hiperémica. Se observa cuello cilíndrico de color uniforme igual al resto del cuerpo, pulsos presentes de adecuada intensidad, sincrónicos entre sí y homócronos con pulso radial; se palpa tráquea desplazable. Se observa tórax de forma elíptica, presenta diversas cicatrices; una de 2 cm de diámetro, de color rosado en región clavicular derecha, otra de aproximadamente 15 cm. que va de línea axilar anterior a línea axilar posterior derecha, hacia abajo una cicatriz más, de 2 cm con puntos de fijación; tiene un parche de gasas en región axilar media derecha. Presenta un catéter instalado en región clavicular izquierda. Observa movimientos de amplexión y amplexación simétricos, movimientos toraco-abdominales regulares. A la palpación no se detectan protuberancias ni hundimientos; frémito táctil presente. A la percusión se escucha claro pulmonar en espacios intercostales y sonido sordo en costillas. Al auscultar se escuchan campos pulmonares con hipoventilación de lado derecho; no hay presencia de sibilancias ni estertores. Se escuchan ruidos cardiacos de adecuado tono, intensidad y frecuencia.

NECESIDAD DE RECREACIÓN: L. A. se encuentra muy renuente al contacto con personas extrañas y se muestra aburrido y ansioso por irse a casa a jugar con sus primos porque en el hospital no tiene con quien jugar y a pesar de contar con T.V. ya no lo motiva ya que su estancia en el hospital ha sido prolongada.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: La señora M. comenta que L. A. tiene problema con el aprendizaje, le cuesta mucho trabajo retener información, por lo cual aun no sabe leer ni escribir; antes de iniciar su padecimiento acudía a clases especiales que le estaban ayudando mucho al desarrollo de su aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN. L. A. muestra renuente a hablar, se encuentra muy apático a tener contacto con personas desconocidas, incluso en ocasiones, no quiere hablar ni con su mamá y se aísla de todo y de todos.

NECESIDAD DE HIGIENE: L. A. depende del personal de enfermería para bañarse, lavarse las manos y todo lo que tiene que ver con su higiene personal, por falta de fuerza muscular.

NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO: debido a la debilidad y falta de fuerza que presenta no se puede vestir sólo, depende totalmente de la persona que este con él para cubrir esta necesidad. No le llama la atención ningún tipo de ropa en especial, solo quiere estar cubierto con una sabana.

- Las siguientes necesidades se encuentran de independencia por lo que solo se mencionan:

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: actualmente no tiene problemas, se encuentra en ambiente templado, viste pijama hospitalaria de algodón. No presenta diaforésis.

NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS: L. A. es de religión católica y no tiene problemas en cuanto a sus creencias, comenta que todas las noches reza para que Dios lo cuide y lo cure.

NECESIDAD DE REALIZACIÓN: se siente muy afortunado por estar en su casa y porque ya se siente mejor, comenta que cuando tenga mas fuerza va a jugar fútbol. Por el momento es lo único a lo que aspira.

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO: no presenta problemas para dormir, no despierta por la noche y duerme una siesta de 1 hora en el día.

2.2 Métodos e instrumentos para la valoración.

En el presente estudio de caso se tomó como método de trabajo el Proceso Atención de Enfermería con base en el enfoque de Virginia Henderson y la valoración de las 14 necesidades.

La valoración del paciente se llevó a cabo de manera focalizada a través de la exploración física tomando como base el método clínico. La recolección de datos se realizó por medio de fuentes primarias, en este caso L. A.; y de fuentes secundarias como su mamá, el expediente clínico, libros, revistas, consultas por Internet.

Los instrumentos utilizados para la valoración de las 14 necesidades fueron:

- La hoja de consentimiento informado. (anexo 1)
- La hoja de 'reporte diario' por necesidad, en la cual se anotan los datos subjetivos y objetivos así como las fuentes de dificultad y los diagnósticos detectados en el paciente. (anexo 2)
- El formato de Historia Clínica llamado: 'Valoración de las necesidades básicas en los menores de 6 a 12 años', la cual consta de 8 apartados: datos demográficos, antecedentes familiares, orientación a la familia, antecedentes individuales, valoración de las 14 necesidades, jerarquía de las necesidades, prioridad de los diagnósticos, plan de atención y plan de alta. (anexo 3)

2.3 Identificación de variables para elaborar diagnósticos de Enfermería.

Una vez analizados los datos recolectados en la valoración, y tomando como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, se identifican las fuentes de dificultad y se jerarquizan las 14 necesidades de acuerdo al grado, duración y nivel de dependencia que presenta el paciente para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería; los cuales, de acuerdo a la taxonomía de la NANDA pueden ser de

cuatro tipos: reales, de riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, (formato PES), **P**roblema o respuesta del sujeto de atención, la **E**tiología o causa del problema, y los **S**ignos y síntomas que contribuyen al mismo.
- De riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar o de salud: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

En el presente estudio de caso se identificaron un total de 13 diagnósticos de Enfermería, de los cuales son: 7 reales, 3 de riesgo y 4 de salud.

En el siguiente cuadro se describen los diagnósticos de Enfermería detectados, así como la fecha en que se identifican, el nivel y grado de dependencia que tiene el paciente, la fuente de dificultad y el tipo de prioridad.

Cuadro que muestra los diagnósticos de Enfermería jerarquizados.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD	TIPO DE PRIORIDAD
Seguridad y Protección	- Riesgo de infección local y sistémica relacionado con cambios en las barreras primarias (presencia de sonda de pleurostomía y de catéter central) y secundarias (efectos secundarios de medicamentos citotóxicos)	02-10-06	Dtm / 2	FC	Alta
Nutrición e hidratación.	-Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con enfermedad crónica, manifestado por encontrarse en percentil menor de 5 en relación peso-edad, complexión muy delgada, astenia y adinamia.	02-10-06	Dtm / 3	FV FF	Alta
Movimiento y postura.	-Intolerancia a la actividad física relacionada con falta de voluntad al movimiento y debilidad generalizada manifestada por expresión verbal de fatiga y dolor.	10-10-06	Dtm / 5	FV FF	Media
Eliminación.	-Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de actividad física y baja ingesta de fibra.	06-10-06			Media
Oxigenación.	-Limpieza ineficaz de vías aéreas superiores relacionada con debilidad general que le impide expulsar secreciones manifestado por presencia de secreciones orofaríngeas y accesos de tos.	27-09-06	Dtm / 3	FF	Media

Recreación.	-Dependencia en la necesidad de actividades recreativas relacionada con estancia hospitalaria prolongada manifestado por irritabilidad y expresión verbal de aburrimiento.	04-10-06	Dtm / 4	FF	Media
Aprendizaje.	--Dependencia en la necesidad de aprendizaje relacionada con multicausalidad (enfermedad crónica, disminución de la capacidad de memoria y falta de estimulación) manifestado por retraso en el aprendizaje (aún no sabe leer ni escribir).	17-10-06	Dp / 3	FC	Baja
Comunicación.	-Deterioro de la interacción social racionado con enfermedad crónica, hospitalización prolongada y tratamientos frecuentes y de larga duración manifestado por irritabilidad, adinamia y renuencia a hablar con extraños y, en ocasiones, incluso con su mamá.	27-09-06	Dtm / 3	FV	Media
Higiene. Vestido y desvestido.	- Dependencia en la necesidad de higiene y vestido relacionada con presencia de sondas de pleurostomía, disminución de fuerza muscular y debilidad general manifestada por renuencia para bañarse solo, lavarse las manos y los dientes.	02-10-06	Dtm / 5	FF	Media
Termorre- gulación.	-Conducta generadora de salud: mantener un adecuado estado de termorregulación.	10-11-06			Baja
Valores y creencias.	-Conducta generadora de salud: continuar fomentando valores.	10-11-06			Baja

Realización.	-Conducta generadora de salud: fomentar actividades que le causen satisfacción.	08-12-06			Baja
Reposo y sueño.	-Conducta generadora de salud: continuar con hábitos de descanso y sueño.	08-12-06			Baja

2.4. Elaborando el plan de cuidados de Enfermería.

La planeación es el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico e incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Existen 3 tipos de prioridades: Alta, está comprometida la vida del paciente; Media, compromete la salud del paciente y Baja que no están relacionadas con la enfermedad del paciente pero en un futuro pueden afectarle.

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de Enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de Enfermería.

Los objetivos deben contener cinco componentes que son:

- Sujeto: ¿Quién se espera que alcance el resultado?
- Verbo: ¿Qué acción debe hacer para demostrar el logro del objetivo?
- Condición: ¿En que circunstancias tiene que llevar a cabo la acción?
- Criterios de ejecución: ¿En que grado va a realizar la acción?
- Momento para lograrlo: ¿Cuándo se espera que sea capaz de hacerlo?

Los objetivos son que deben ser alcanzables, medibles y específicos.

3. Planeación de las intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de Enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de Enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El diagnóstico de Enfermería permite categorizar las actividades de Enfermería en: Dependientes, Interdependientes e Independientes.

Existe la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) propuesta en 1987, que es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas.

Las intervenciones CIE incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial; y se han incluido para el tratamiento y la prevención de enfermedades, y para el fomento de la salud.



PLAN DE CUIDADOS



FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: L.A.T.C. **Edad:** 9 a. 10/12 **Sexo:** Masculino

Domicilio: Loma Colorada 2ª sección Callejón de los Remedios # 9 Naucalpan Mex.

Diagnóstico Médico: Ganglioneuroblastoma.

NECESIDAD VALORADA: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de infección local y sistémica relacionado con cambios en las barreras primarias (presencia de sonda de pleurostomía y de catéter central) y secundarias (efectos secundarios de medicamentos citotóxicos)

Fecha de identificación: 02 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: de riesgo.

Tipo de prioridad: alta.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis se mantendrá libre de infección local y sistémica, por medio de acciones de prevención que realizará el personal de Enfermería, durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Identificar los factores que producen el riesgo de infección local y sistémica. - Evaluar efectos secundarios de medicamentos citotóxicos. (Infección por mielosupresión) - Evaluar posibles datos de infección local en sitio de inserción de sonda pleural y de catéter central.</p>	<p>- Los agentes quimioterapéuticos tienen acciones citotóxicas al fijarse a las proteínas microtubulares durante la metafase, lo cual detiene la mitosis, la célula pierde su capacidad para dividirse y muere. Los medicamentos citotóxicos generalmente deprimen la función de la médula ósea (mielosupresión), con lo que disminuye la producción de elementos sanguíneos. La mielosupresión reduce el número de leucocitos</p>

	(leucopenia), eritrocitos (anemia) y plaquetas (trombocitopenia), además de agravas el peligro de hemorragias e infecciones. (Smeltzer p. 289)
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Llevar un adecuado control de infecciones. (NIC. 6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar los signos y síntomas de infección local y sistémica. * Signos y síntomas locales: edema (tumor), enrojecimiento (rubor), dolor, calor y disminución en la función del área afectada. También debe advertirse la presencia y las características del exudado :seroso (claro) o supurativo o purulento (pus de color cremoso que indica acumulación de leucocitos muertos y residuos necróticos) * Signos y síntomas clínicos sistémicos de infección: incluyen temperatura corporal inferior a 36°C o superior a 38°C, taquicardia, taquipnea, ofuscación mental, confusión irritabilidad, diaforesis, escalofrios y síntomas generalizados, como en el nivel de actividad, fatiga o malestar. * Datos de laboratorio. <ul style="list-style-type: none"> ▪ alteración en la cifra leucocitaria: leucocitosis (aumento en los valores normales de leucocitos), leucopenia (disminución en el valor de leucocitos), mayor número de bandas. ▪ Sangre o cltivos de líquidos corporales positivos. <p style="text-align: center;">Valores normales.</p> <p>Leucocitos: 5000-12000 x cm³ Reticulocitos: 1%. Neutrofilos: 30% Linfocitos: 48% Eosinofilos: 2% Monocitos: 5%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolos del hospital. - Enseñar al paciente el lavado de manos adecuado. - Indicar alas visitas que se laven las manos antes y después de interactuar con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los factores predisponentes son factores controlables que aumentan el riesgo de infección porque obstaculizan o alteran las defensas de huésped. Pueden realizarse intervenciones que disminuyan o modifiquen el grado de riesgo asociado a dichos factores. (Carpenito p. 418) - Conocer los signos y síntomas propios de infección permite realizar una detección temprana para actuar oportunamente. (Morgan p. 720) - Son indispensables los recuentos frecuentes del número de elementos sanguíneos y es importante proteger al paciente contra infecciones y lesiones, en particular cuando disminuye el número de leucocitos. (Smeltzer p. 289)
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Realizar medidas de precaución estándar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar si el paciente tiene su esquema de vacunación al corriente. - Lavarse las manos con jabón, no necesariamente antiséptico y ponerse guantes antes de tocar cualquier fluido orgánico. - Emplear mascarillas, gafas de protección, batas y otras barreras necesarias para evitar salpicaduras por dichos fluidos. 	<p>Las medidas de precaución estándar, publicadas en 1996, constituyen la piedra de toque en la prevención primaria de las infecciones transmitidas por fluidos orgánicos. Los microorganismos se transmiten en el hospital por varias rutas y el mismo microorganismo puede ser transmitido por más de una ruta. Las principales vías de transmisión son por contacto, por gotas, por vía aérea, por vehículo común y por vectores. (www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el contacto de cualquier material manchado directamente con la piel, por medio de la limpieza o el uso de material desechable. - Manejar con cuidado cualquier instrumento punzante para evitar pinchazos con material contaminado. 	<p>2/suple20a.)</p>
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Interdependiente ◆ Administrar medicamentos antibióticos para la prevención de infecciones. (NIC 2390).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corroborar si existen alergias a medicamentos. - Observar efectos terapéuticos y adversos de la medicación. - Mantener el conocimiento de la medicación utilizada en nuestro paciente, incluyendo indicaciones de uso, precauciones, efectos adversos, efectos tóxicos e información sobre la dosis, según se requiera.. - Aplicar la regla de los cinco correctos en la administración de medicamentos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento correcto. ▪ Dosis correcta. ▪ Hora correcta. ▪ Vía correcta. ▪ Paciente correcto. - Administrar medicamentos indicados: <ul style="list-style-type: none"> * Clindamicina 210 mg IV c/ 6 hrs. * Vancomicina 210 mg IV c/ 6 hrs. * Cefepime 1075 mg IV c/ 8 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> - La administración de antibióticos ayuda a prevenir y combatir las infecciones. (Morgan, 1993). - La clindamicina actúa inhibiendo la síntesis proteica bacteriana al unirse a la subunidad 50S del ribosoma bacteriano, impidiendo la iniciación de la cadena peptídico; además ejerce un efecto postantibiótico duradero, contra algunas bacterias susceptibles. Se absorbe 90% por vía digestiva. Los alimentos no disminuyen su absorción, sólo la pueden retrasar. Alcanza concentraciones clínicamente útiles en muchos tejidos y fluidos corporales, entre los que se incluyen: hueso, líquido sinovial, pleura y peritoneo. Es metabolizada en el hígado y los productos resultantes tienen una actividad variable. Clindamicina y sus metabolitos se eliminan por vía biliar y en menor grado por vía renal. La vida media es de 2 a 2,5 horas. (www.infecto.edu.uy/terapeutica/atbfa/clin/clindamicina.htm) - La vancomicina es bactericida y parece ejercer sus efectos uniéndose los precursores de la pared celular de las bacterias, impidiendo la síntesis de estas. Además, la vancomicina inhibe la síntesis del RNA bacteriano. En general, la vancomicina se administra solo por vía intravenosa, la absorción oral de la vancomicina es demasiado pequeña como para que el fármaco alcance en el plasma unos niveles suficientes para ser bactericida. Se distribuye por la mayor parte de los tejidos corporales incluyendo el fluido pericardíaco, pleural, ascítico y sinovial. La vancomicina no se metaboliza. Se excreta por filtración glomerular, recuperándose en la orina de 24 horas el 80% de la dosis administrada y una pequeña cantidad en las heces. (www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/v004.) - Cefepime es una cefalosporina de cuarta generación, es activa contra microorganismos Gram positivos y Gram negativos aeróbicos. Cefepime puede ser administrado por inyección intramuscular o por infusión intravenosa. Su concentración máxima se incrementa proporcionalmente con la dosis alcanzando

	<p>concentraciones de 126 a 193 mg/L después de una dosis de 2 gr. IV. Su unión a proteínas está entre el 16 a 19%. Su vida media de 2 horas permite su dosificación cada 12 horas. Ampliamente distribuida en tejidos corporales alcanza altas concentraciones en mucosa bronquial, líquido peritoneal y próstata. Su excreción es predominantemente por vía renal sin modificaciones. (www.smiba.org.ar/med_interna/vol_03/03_03_05)</p>
<p>Intervención número 5 Tipo de intervención: Independiente ◆ Cuidados de la herida de pleurostomia cada 24 horas. (NIC. 3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despegar apósito y cinta adhesiva. - Controlar las características de la herida; drenaje, color, tamaño, olor. - Preparación del equipo y del paciente. - Realizar lavado de manos, preparar equipo en cuarto clínico - Preparar psicológica y física al paciente y descubrir únicamente la zona que se realizara la curación. - Colocar cubrebocas, abrir equipo, colocar soluciones antisépticas en la flanera y calzarse guantes estériles. - Realizar asepsia con jabón líquido o solución antiséptica la herida, del centro a la periferia, <p>Nota: Cambiar de gasa las veces que sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirar los productos de desecho del proceso supurativo y tejido necrosado. - Enjuagar herida con solución estéril y secar con gasa estéril perfectamente cambiando de gasas las veces que sea necesario. - Cubrir herida con gasa estéril y fijar con micropore o tela adhesiva, si la piel está muy lesionada con venda elástica. - Aplicar analgésico antes de la curación, según indicación medica y dejar cómodo al paciente. - Realizar anotaciones en hoja de enfermería y dar cuidado al equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las heridas deben ser valoradas para determinar el progreso de la cicatrización y/o presencia de datos de infección y así poder prevenir complicaciones mayores. (Kozier p. 1429)
<p>Intervención número 6 Tipo de intervención: Independiente ◆ Cuidados del catéter periférico.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Controlar y registrar estado del catéter. - Observar aparición de reacciones locales. - Cambiar sistema infusor cada 48 horas. - Cambiar llave de tres pasos cada 24 horas. -Cambiar apósito y realizar curación cada 72 horas, si éste se encuentra húmedo, manchado o despegado. - No interrumpir en ningún momento la perfusión. - Inyectar medicamentos lentamente - No traccionar el catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> - El uso meticuloso de asepsia médica y quirúrgica es imprescindible para evitar el transporte de microorganismos potencialmente infecciosos. (Kozier p. 1422) - Las técnicas de asepsia minimizan el riesgo de contaminación bacteriana en el punto de salida del catéter venoso central. (Morgan p.269)

<p>Intervención número 7 Tipo de intervención: Independiente ◆ Manejo de la nutrición (NIC 1100). - Preguntar si el paciente tiene alergias a algún alimento. - Determinar las preferencias de comida. - Proporcionar el número de calorías y tipo de nutrientes que requiere. * Dieta libre en grasas de 1250 kcal. * proteínas 52 grs. * lípidos 25 grs. * HCO 210 grs. - Determinar las restricciones en la dieta. * Chocolate, té, gelatina y café. - Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas. - Pesarse al paciente cada semana.</p>	<p>- Una dieta equilibrada aporta las vitaminas y proteínas necesarias para construir y/o mantener los tejidos corporales en adecuado estado. (Kozier, p. 1234).</p>
<p>Intervención número 8 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar cuidados a paciente inmunosuprimido. - Lavado de manos del paciente, del personal de salud y visitantes con jabón antiséptico. - Monitorización de signos vitales cada 4 o 6 horas. - Educación y supervisión de la higiene diaria del paciente. Cuidados de piel y mucosas. - Evitar los procedimientos invasivos - Medidas de asepsia en los procedimientos - Estimular la respiración profunda y la actividad física para prevenir infecciones respiratorias. - Fomentar una ingesta nutricional rica en proteínas y calorías; proporcionar alimentos cocidos, evitar vegetales y frutas crudas - Fomentar una ingesta suficiente de líquidos. - Fomentar el aumento de ejercicio.</p>	<p>- La actuación de enfermería debe estar encaminada a la prevención ya que las infecciones suelen aparecer frecuentemente. No debemos olvidar que son enfermos inmunosuprimidos muy sensibles por ello a las infecciones oportunistas. Por ello se deben extremar las medidas de asepsia que existen protocolarizadas en la institución. (www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/saborit.)</p>
<p>Intervención número 9 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revalorar ausencia de datos de infección. - Toma y registro de signos vitales. - Vigilar datos de inflamación en la periferia de HxQx e inserción de catéter. - Valorar ausencia de secreción en Hx Qx. - Valorar recuento de elementos sanguíneos.</p>	<p>- Indica la adecuada implementación del plan de intervenciones a través de la ausencia de infección local o sistémica.</p>

Evaluación.

Durante el tiempo de implementación del plan de atención se contó con el material y equipo necesarios para las curaciones realizadas así como el apoyo y asesoramiento por parte del personal de Enfermería a cargo de la paciente; todo esto contribuyó a que durante su estancia hospitalaria, Luis se mantuviera sin datos de infección local ni sistémica, cumpliendo así el objetivo planteado.

NECESIDAD VALORADA: NUTRICIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con enfermedad crónica, manifestado por encontrarse en percentil menor de 5 en relación peso-edad, complexión muy delgada, astenia y adinamia.

Fecha de identificación: 2 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

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

Fuentes de dificultad: de fuerza.

Tipo de prioridad: alta.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis mejorará su estado nutricional gradualmente durante su estancia hospitalaria por medio de apoyo con NPT, además del inicio de alimentación vía oral.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención No 1. Tipo de intervención: interdependiente. ◆ Administración de Nutrición Parenteral Total. (NIC1200)</p> <ul style="list-style-type: none">- Asistir en la inserción de la línea central.- Mantener la permeabilidad de la línea.- Comprobar la solución de NPT para corroborar que se han incluido los nutrientes correctos, según indicación.<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar los cuidados correspondientes de NPT:- Mantener en frigorífico (a 4°C hasta 30 min. Antes de su instalación.- Dejar que la bolsa o frasco permanezca de 15 a 30 min a temperatura ambiente.- Cerrar el regulador de goteo sobre la tubuladura provista de filtro.- Quitar la cubierta de la tubuladura IV con filtro incorporado para exponer la espiga.<ul style="list-style-type: none">• Instalación de NPT:- Material: cubre bocas, guantes de látex, gasas de 10X10, iodopovidona, tela adhesiva 7.5cm.- Colocarse cubre bocas, personal médico, familiar y paciente.- Lavado de manos.- Identificación de bolsa mde NPT.- Purgado del sistema.	<p>- La nutrición parenteral total es la forma intravenosa de aportar un soporte alimenticio a aquellos pacientes en los que el aporte proteico es menor al consumo. El objetivo así será mejorar el estado nutricional de los pacientes que no son candidatos a nutrición enteral y que están malnutridos o tienen riesgo elevado de desarrollar malnutrición. (Jean Smith, pp 225,226)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Cerrado de sistemas de paso pinza de catéter y carretillas del equipo. - Preparación del material. - Retirar sellado de conexión. - Colocar línea sobre gasa estéril. - Calzar guante en mano dominante. - Tomar una gasa con la mano dominante y colocar la línea sobre la gasa. - Lavar con isodine y retirar el excedente. - Repetir paso anterior. - Colocar la línea sobre la gasa estéril y cubrir con otra. - Retirarnos el guante y volver a calzar mano dominante. - Tomar línea a instalar con la mano auxiliar y retirar gasa. - Una vez descubierta la punta, tomar la línea con la mano dominante. - Tomar el catéter con la mano auxiliar con una gasa protectora. - Retirar la línea en uso con la mano dominante sin soltar el sistema a instalar. - Retirar tapón protector sin tocar punta a instalar. - Sellar sistema. - Programar bomba de infusión e iniciar. - Abrir sistemas de paso. <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de la NPT: <ul style="list-style-type: none"> - programar la bomba para el envío de volúmenes apropiados por hora. - Signos vitales cada 4 horas. - Vigilar la temperatura, por sospecha de sepsis por el catéter si presenta fiebre. - Vigilar las características de la solución, velocidad de perfusión, identificación. - Para ser interrumpida la NPT, se debe realizar gradualmente, para posibilitar el reajuste del organismo a la disminución de la glucemia. Se podrá ir reajustando está con soluciones de dextrosa al 5%. - Pesar diariamente al paciente. 	
<p>Intervención No. 2</p> <p>Tipo de intervención: interdependiente</p> <p>◆ Proporcionar asesoramiento nutricional para iniciar dieta por vía oral (NIC 5246)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Consultar con el dietista sobre la alimentación del niño, para ofrecerle sus comidas favoritas siempre que sea posible. - Proporcionar información sobre las necesidades calóricas del paciente. - Valorar si el paciente acepta la ingesta de líquidos por vía oral y su respuesta. - ayudarle a ingerir alimentos blandos y animarle a comer pequeñas y frecuentes cantidades de alimentos ricos en calorías, proteínas, vitaminas e hidratos de carbono. 	<p>- Es importante que el familiar sepa que probablemente sea posible que haya que animar al niño para que vuelva a comer por vía oral ya que puede resistirse por temor o debilidad. (Carpenito p. 178)</p>

<p>- Ayudar al paciente y familiar a registrar lo que ingiere en un periodo de 24 horas para valorar su ingesta nutricional.</p>	
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente. ◆ Revaloración de la necesidad alterada junto con el paciente y su familiar. - Valorar el progreso de las metas establecidas. - Apoyar el esfuerzo realizado por el paciente y el familiar para conseguir los objetivos.</p> <p>◆ Monitorización nutricional. (NIC 1160) - Peso diario (si procede) para monitorizar el aumento de peso. - Observar características de la piel (humedad, descamación, pigmentación) - Valorar que no haya cambios en el perímetro abdominal.</p>	<p>-Controlar cada día el peso constituye un elemento importante para la evaluación del estado nutricional del niño y nos permite determinar si las intervenciones están siendo aplicadas correctamente por medio de la mejoría del paciente. (Morgan. P 201)</p>

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas para proporcionar los cuidados, la disposición del personal de nutrición, así como la completa disponibilidad del cuidador primario para la implementación de las intervenciones y la voluntad del paciente; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto la mejoría de Luis y acepto con más agrado la dieta que se le proporciona. Para el 28 de octubre presenta un incremento de peso de 1200 grs. con lo cual podemos decir que se cumplió el objetivo y queda en un nivel 2 de independencia.

NECESIDAD VALORADA: MOVIMIENTO Y POSTURA.

Diagnóstico de Enfermería:

- Intolerancia a la actividad física relacionada con falta de voluntad para realizar movimientos y debilidad generalizada manifestada por expresión verbal de dolor y fatiga.

Fecha de identificación: 10 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

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

Fuentes de dificultad: de fuerza y de voluntad

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis será capaz de realizar gradualmente las actividades físicas que le soliciten por medio de ejercicios prescritos, hasta que logre hacerlo sin ayuda.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO																											
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Valorar la respuesta del paciente al la actividad física. * Valorar reflejos: Bicipital: Se sostiene el brazo del niño colocando el codo en flexión parcial y apoyando en la mano del examinador, con el pulgar sobre el pliegue del codo. El examinador percute la uña de su pulgar con el martillo. La reacción normal es la flexión parcial del antebrazo. Tricipital: Se coloca al niño en la posición supina, con el antebrazo apoyado sobre el pecho, y se percute el tendón del tríceps. La relación normal consiste en la extensión parcial del antebrazo. Rotuliano: Se sienta al niño en el borde de la mesa de exploración con las piernas flexionadas a la altura de las rodillas y péndulas. Se percute el tendón rotuliano debajo de la rotula. La reacción normal es la extensión parcial de la pierna. Aquiliano: Se emplea la misma posición que para el reflejo rotuliano. El examinar sostiene el pie con su mano sin empujarlo y percute el tendón de Aquiles. La reacción normal es la flexión del pies (este apunta hacia abajo) * Valorar fuerza muscular:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">NIVEL DE FUNCIÓN MUSCULAR</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">ESCALAS</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">GRADO</th> <th style="text-align: center;">% NORMAL</th> <th style="text-align: center;">ESCALA DE LOVETT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin evidencia de contractilidad.</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0(cero)</td> </tr> <tr> <td>Contractilidad Normal, sin movimiento.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">T(Indicios)</td> </tr> <tr> <td>Rango total de movimientos, eliminando la gravedad.*</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">P(Escaso)</td> </tr> <tr> <td>Rango total de movimientos con gravedad.</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">F(Aceptable)</td> </tr> <tr> <td>Rango total de movimientos, contra</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">75</td> <td style="text-align: center;">G(Bueno)</td> </tr> </tbody> </table>	NIVEL DE FUNCIÓN MUSCULAR	ESCALAS			GRADO	% NORMAL	ESCALA DE LOVETT	Sin evidencia de contractilidad.	0	0	0(cero)	Contractilidad Normal, sin movimiento.	1	10	T(Indicios)	Rango total de movimientos, eliminando la gravedad.*	2	25	P(Escaso)	Rango total de movimientos con gravedad.	3	50	F(Aceptable)	Rango total de movimientos, contra	4	75	G(Bueno)	<p>- Esto ayuda a la enfermera y al paciente a establecer datos basales y permite identificar el nivel de intolerancia a la actividad tomando en cuenta su valoración neurológica. (Kozier p. 965)</p>
NIVEL DE FUNCIÓN MUSCULAR		ESCALAS																										
	GRADO	% NORMAL	ESCALA DE LOVETT																									
Sin evidencia de contractilidad.	0	0	0(cero)																									
Contractilidad Normal, sin movimiento.	1	10	T(Indicios)																									
Rango total de movimientos, eliminando la gravedad.*	2	25	P(Escaso)																									
Rango total de movimientos con gravedad.	3	50	F(Aceptable)																									
Rango total de movimientos, contra	4	75	G(Bueno)																									

gravedad y cierta resistencia.				
Rango total de movimientos contra gravedad y total resistencia.	5	100	N(Normal)	
Fuente: Seidel, M Henry. p: 553				
Intervención número 2 Tipo de intervención: Interdependiente <p>◆ Fomentar el ejercicio pasivo una vez por turno (NIC 0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar las barreras para poder realizar el ejercicio.(catéteres, sondas) - Desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. <p><u>1.- PARA LOS HOMBROS</u></p> <p>* EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Colocar al paciente en decúbito ventral, tomar el brazo con la palma dirigida hacia el cuerpo. Ponerle la mano debajo del codo y tomar la muñeca con la otra. Manteniéndole recto el codo, levantarle el brazo hasta la oreja. Si es necesario, dóblele el codo para que el antebrazo suba más allá de la cabeza.</p> <p>*ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN VERTICALES. Se parte de la misma posición inicial de la anterior. Tomar el brazo hacia fuera, manteniéndolo en el mismo plano del cuerpo. Regresarlo al costado y dirigirlo, atravesando la línea media, hasta el otro brazo. Para alcanzar el arco máximo de movimiento, rotar hacia fuera el brazo por el hombro, llévelo hacia la oreja y regréselo a la posición inicial.</p> <p>*ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN HORIZONTALES. Acomodar el brazo en abducción vertical y luego doblarle el codo. Tomar el codo con una mano y la muñeca con la otra. Llevar el brazo por delante del cuerpo hasta que la mano toque el hombro contrario.</p> <p>*ROTACIÓN INTERNA – EXTERNA. Colocar el brazo en abducción horizontal. Con una mano tomar la muñeca y con la otra el codo, flexionando en ángulo recto. Manteniendo el hombro en un ángulo de 90° en relación con el colchón, bajar suavemente el antebrazo hasta que la palma toque la cama (rotación interna). Vuelva a la posición inicial con suavidad el antebrazo hacia el colchón hasta que el dorso de la mano alcance a tocar el lecho (rotación externa).</p> <p><u>2. EJERCICIOS PARA EL CODO</u></p> <p>*EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Póngale al costado con la palma hacia arriba (extensión). Tomar la muñeca para que la mano no cuelgue. Manteniendo el brazo sobre la cama, levántele la mano hacia el hombro (flexión</p> <p><u>3- EJERCICIOS PARA EL ANTEBRAZO.</u></p>				<p>Los ejercicios pasivos de amplitud completa, que se emplean para mover las articulaciones del paciente hasta donde sea posible dentro de su arco de movimiento máximo, mejoran o conservan la movilidad articular y ayudan a prevenir contracturas (Smith y Young, p. 398)</p>

* SUPINACIÓN – PRONACIÓN. Estando el brazo extendido en posición natural, levántele la mano en el aire manteniendo el codo sobre la cama. Tome la muñeca con una mano y la mano con la otra. Gírele la mano hasta que la palma quede hacia arriba (supinación).luego, regrésela hacia abajo (probación).

4- EJERCICIOS PARA LA MUÑECA.

*EXTENSIÓN-FLEXIÓN. Teniendo el brazo en la misma posición inicial de los ejercicios para el antebrazo, dóblele la mano hacia atrás en dirección a la cara dorsal del antebrazo (extensión) ; después diríjase la hacia delante (flexión).

*Flexión lateral. Partiendo de la misma posición inicial del ejercicio anterior agítele las manos hacia los lados.

*Circunducción parte de la misma posición inicial del ejercicio previo y consiste, en un movimiento circular de la mano.

5- EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LAS MANOS

*EXTENSIÓN-FLEXIÓN. Manténgale el brazo en la misma posición que para los ejercicios del antebrazo .Tome la palma y la muñeca con una mano, y con la otra enderécela suavemente los dedos (extensión). A continuación, póngale la mano en el dorso de los dedos y dóbleselos con suavidad para que empuñe la mano (flexión). Repita estos dos movimientos en cada dedo, flexionando individualmente cada articulación.

*ABDUCCIÓN-ADUCCIÓN. Partiendo de la misma posición inicial del ejercicio anterior, sepárele dos dedos contiguos (abducción). Repetir en todos los dedos.

*CIRCUNDACION DEL PULGAR. Comienza en la misma posición inicial que el de la extensión- flexión, y supone hacerle círculos con el dedo.⁵⁴

6- EJERCICIÓN PARA CADERA Y RODILLA.

*EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Teniendo el paciente el miembro inferior bien apoyado sobre la cama en la extensión natural, colocar una mano bajo el tobillo y la otra bajo el hueco popíteo. Doblar la cadera y rodilla hacia el pecho, sacando la mano del hueco popíteo para permitir la flexión completa de la rodilla.

*ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN. Poner las manos bajo el tobillo y el hueco popíteo. Mover la pierna hacia fuera alejándola de la contraria (abducción) y luego regresarla cruzándola sobre la otra (aducción).

*ROTACIÓN INTERNA – EXTERNA. Teniendo al paciente bien apoyado el miembro inferior, agarrar por la cara dorsal de arriba del tobillo y de la rodilla. Hacerlo girar hacia la línea media (rotación interna) y luego en sentido opuesto (rotación externa).

7- EJERCICIOS PARA EL TOBILLO

*DORSIFLEXIÓN – FLEXIÓN PLANTAR. Colocar una mano debajo del talón y otra sobre la prominencia de por debajo de los dedos. Empujar el pie hacia la cabeza y hágale el talón hacia atrás (dorsiflexión).

<p>enseguida pase la mano sobre la prominencia a la cara dorsal. Tire del pie hacia la cama y empuje el talón hacia atrás.</p> <p>*CIRCUNDUCCIÓN. Meter la mano debajo del tobillo y agarrar el pie con la otra. Manipular el tobillo con un movimiento circular.</p> <p>8- EJERCICIOS PARA EL PIE.</p> <p>*INVERSIÓN – EVERSIÓN. Manteniendo la misma posición inicial de la circunducción del tobillo, sostener firmemente este. Girar el pie volteando la planta hacia la línea media (inversión) y luego en sentido opuesto (eversión).</p> <p>9- EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LOS PIES</p> <p>*EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Tomar firmemente el tobillo con una mano y doblarle los dedos hacia la planta con la otra (flexión). Enderezar y estirar los dedos hacia atrás en dirección al dorso (extensión).</p> <p>*ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN. Separe dos dedos adyacentes (abducción) y luego júntelos (aducción). Repetir los movimientos con los dedos restantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar los ejercicios una vez por turno tratando de que sea en un ambiente adecuado (sin mucho ruido, bien iluminado, en el momento en el que no se le vaya a realizar ningún procedimiento que le provoque dolor). - Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios junto con el personal de fisioterapia. 	
<p>Intervención número 3</p> <p>Tipo de intervención: Interdependiente</p> <p>◆ Realizar terapia de ejercicios: movilidad articular cada 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre su función. - Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Éstos ejercicios son los mismos que la intervención anterior ya que se utilizan para las dos intervenciones. - Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. - Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si esta indicado. 	<p>Los ejercicios pasivos de amplitud completa, que se emplean para mover las articulaciones del paciente hasta donde sea posible dentro de su arco de movimiento máximo, mejoran o conservan la movilidad articular y ayudan a prevenir contracturas (Smith y Young, p.398)</p>
<p>Intervención número 4</p> <p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Proporcionar terapia de actividad (NIC 4310)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudarle a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas. - Ayudarle a identificar sus preferencias. - Fomentar la marcha dentro de sus limitaciones físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La identificación de las actividades que pueden realizarse permite al paciente participar todo lo posible en dichas actividades y mantener un grado de independencia. (Kozier p. 966)
<p>Intervención número 5</p> <p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Revaloración de la necesidad de movimiento y postura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de un tiempo volver a valorar escala de fuerza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite detectar el nivel de movimiento que ha alcanzado el paciente.

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas para proporcionar los cuidados, así como la completa disponibilidad del cuidador primario para aprender a realizar los ejercicios solicitados y la voluntad del paciente; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto la mejoría de Luis y se pudieron espaciar poco a poco las intervenciones). Al cabo de 3 meses Luis es capaz de moverse por si sólo y caminar sin ayuda logrando así el objetivo propuesto y obteniendo un nivel 1 de independencia.

NECESIDAD VALORADA: ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de actividad física y baja ingesta de fibra.

Fecha de identificación: 6 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: de riesgo.

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis continuará con sus hábitos de eliminación intestinal diarios durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
Intervención No 1. Tipo de intervención: independiente. ◆ Control y manejo intestinal. (NIC. 0430) - Identificar los movimientos intestinales incluyendo frecuencia, consistencia, forma y volumen. - Comprobar la presencia de peristaltismo mediante la auscultación abdominal.	- Conocer los hábitos intestinales habituales del niño proporciona datos para establecer y mantener una adecuada eliminación intestinal. (Morgan p. 146)
Intervención No 2. Tipo de intervención: independiente. ◆ Manejo de la nutrición para evitar el estreñimiento (NIC. 1100). - Determinar las preferencias de las comidas del niño.	- El aumento de líquidos y la dieta rica en fibra facilita el aumento de volumen de las heces y evita el estreñimiento. (Morgan p 265) - FIBRA: Incluye un grupo de compuestos que son resistentes a la digestión por el tracto

<ul style="list-style-type: none"> - Promover una dieta equilibrada que favorezca la evacuación regular. - Fomentar el aumento de alimentos altos en fibra, por ejemplo: fruta fresca con piel: plátano, ciruela pasa, uva. Verduras cocidas: brócoli, maíz, ejote, papa. Legumbres: alubias, frijoles. Cereales: arroz. Panes y cereales integrales, zumos de frutas. - Comentar las preferencias dietéticas del paciente. - Aumentar la ingesta de líquidos adecuadas a sus preferencias. 	<p>gastrointestinal humano. Cuando se consume una dieta que contiene cantidades aumentadas de fibra, aumenta la cantidad de agua en la materia fecal, disminuyen el tiempo de tránsito intestinal y el colesterol sérico. Las frutas y verduras contribuyen con más fibra a la dieta por caloría que la mayor parte de los otros alimentos. (www.arrakis.es/~aibarradietetica/Enfermería/recomend.htm)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luego del oxígeno, el agua es el constituyente más importante en el mantenimiento de la vida. Las funciones del agua incluyen: ayuda en la digestión de los alimentos; aporta un medio para la excreción de los residuos corporales a través de la piel, los pulmones, los riñones y el tracto intestinal, y regula la temperatura corporal. Una falta en el ingreso de agua puede alterar considerablemente los hábitos de eliminación intestinal en cuestión de días u horas.
<p>Intervención No. 3 Tipo de intervención: independiente ◆ Fomentar la actividad física. (NIC 0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar las barreras que tiene (limitación del movimiento, medio hospitalario, disminución de fuerza muscular, adinamia, ect.) para la realización de ejercicios. - Motivar al paciente a que realice movimientos pasivos de acuerdo a sus limitaciones. - Sentarse con ayuda hasta que logre hacerlo solo. - Movilización sin ayuda en cama. - Mantenerse de pie sin ayuda. - Caminar con ayuda hasta que logre dar un paso solo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La actividad física regular ayuda a la evacuación mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando el peristaltismo. (Carpenito p. 710)
<p>INTERVENCIÓN No 4. Tipo de intervención. Interdependiente. ◆ Llevar una terapia de ejercicios: control muscular una vez por turno para evitar el estreñimiento.(NIC 0226)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con fisioterapeuta en la realización de un programa de ejercicios y número de veces que se deben realizar por turno. <ul style="list-style-type: none"> *Lavarse las manos. *Colocar al paciente en posición semifowler. *Apoyar ambas manos extendidas por debajo del ombligo *Comenzar a oprimir en los cuadrantes inferiores con presión suave y lenta.} *Utilizar movimientos circulares aumentando 	<ul style="list-style-type: none"> - La impactación fecal, se debe a retención y acumulación prolongada de materia fecal, en general, son causas comunes el hábito intestinal deficiente, inactividad, deshidratación, alimentación inadecuada(en especial, ingestión insuficiente de líquidos) (Hamilton p. 89)

<p>lentamente la profundidad de la presión. - Vigilar cantidad y consistencia de evacuaciones y llevar registro de estas para valorar resultados de ejercicios. (evacuación mínimo 1 vez cada 24 horas)</p>	
<p>Intervención No. 4 Tipo de intervención: independiente ◆ Valorar la necesidad de eliminación para determinar si las intervenciones fueron adecuadas por medio de el mantenimiento de sus hábitos intestinales. - Verificar que el paciente evacua diariamente.</p>	<p>- Nos permite determinar si las intervenciones están siendo aplicadas correctamente por medio del mantenimiento de la salud del paciente.</p>

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas para proporcionar los cuidados, así como la completa disponibilidad del cuidador primario para aprender a realizar los procedimientos solicitados y la voluntad del paciente; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto que los hábitos de eliminación intestinal siguen siendo regulares; cumpliéndose así el objetivo planteado .El paciente se encuentra actualmente en independencia.

NECESIDAD VALORADA: OXIGENACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Limpieza ineficaz de vías aéreas superiores relacionada con debilidad general que le impide expulsar secreciones manifestado por presencia de secreciones orofaríngeas y accesos de tos.

Fecha de identificación: 27 de septiembre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

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

Fuentes de dificultad: de fuerza.

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Las vías aéreas superiores de Luis permanecerán libres de secreciones a través de ejercicios que le ayuden a expulsarlas por sí sólo al cabo de tres días.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Enseñar al paciente a inducir la tos para facilitar la expulsión de secreciones. (NIC 3250)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que realice una inspiración profunda y lenta, que la mantenga durante dos segundos y después tosa varias veces mientras espira. Que lo repita 2 veces por turno. - Solicitar globos al familiar y animar al paciente a que los infle poco a poco y en la medida en que pueda hacerlo. Pedir al familiar que lo anime a realizarlo cada 4 o 6 horas. - Acostado de lado separar el brazo del cuerpo llevándolo hacia la cabeza durante la inspiración y el movimiento contrario con la expiración, comprimiendo ligeramente el tórax y el abdomen para expulsar todo el aire. - Se recomiendan de 15 a 20 respiraciones profundas, cuatro a seis veces por día. 	<p>La tos eficaz mantiene una vía aérea permeable al permitir la expulsión de las secreciones de las vías respiratorias. Después de toser, al moco se puede expectorar o deglutir. (Potter: 1016)</p> <p>La práctica sistemática de ejercicios facilita la eliminación de secreciones, mejora la dinámica de intercambio a nivel pulmonar y evita complicaciones.(Internet)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ El paciente realizará cambios de posición de tal manera, que la fuerza de la gravedad le ayude a remover las secreciones de las vías aéreas (NIC 0840)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente que es importante que se movilice para que expulse las secreciones y se recupere más rápidamente. - Animar al paciente a participar activamente en los cambios de posición. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición. - Colocar en una posición que facilite la ventilación: fowler (sentado aproximadamente a 90°), semifowler (semisentado, formando un ángulo de aproximadamente 45°), decúbito lateral derecho e izquierdo (rotarlo sobre cada costado con las piernas estiradas, con una almohada en la espalda para sostenerlo). - Dejar al paciente en cada posición de 3 a 5 minutos. 	<p>El realizar cambios de posición adecuados al paciente ayuda a facilitar el aumento de la capacidad pulmonar y evita al acumulo de secreciones. (Morgan: 13)</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Interdependiente ◆ Proporcionar oxigenoterapia indicada (oxígeno humidificado). (NIC 3320)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedirle al paciente que respire de manera lenta y profunda utilizando el nebulizador de 15 a 20 minutos, tres a cuatro veces al día. 	<p>La administración de oxígeno humidificado suple, la función normal de las vías aéreas altas. (Internet)</p> <p>El nebulizador transforma el oxígeno en un vapor muy fino que puede inhalarse y que en el sistema respiratorio ayuda a conservar las vías aéreas húmedas, liberando y movilizándolo</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Revisar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. (2 lts. X min. Durante 10 min) - Percatarse de que el paciente este inhalando correctamente el oxígeno humidificado. 	<p>las secreciones pulmonares. (Potter: 1012)</p>
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente. ◆ Revaloración de la necesidad alterada junto con el paciente y su familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar que el paciente expulsa por sí solo las secreciones. - Verificar que las vías aéreas del paciente se encuentran limpias. 	<p>Nos permite determinar si las intervenciones están siendo aplicadas correctamente por medio de la mejoría del paciente.</p>

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas para proporcionar los cuidados, así como la completa disponibilidad del cuidador primario para aprender a realizar los procedimientos solicitados y la voluntad del paciente; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto la mejoría de Luis y se pudieron espaciar poco a poco las intervenciones (las que se realizaban por turno pasar a ser 2 veces al día y las que eran 2 por turno se pueden realizar solo una o dos a día). Al final del tercer día, Luis ya no requiere de nebulizaciones y es capaz de expulsar por sí solo las secreciones, logrando estar en un nivel 1 de dependencia.

NECESIDAD VALORADA: RECREACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Dependencia en la necesidad de actividades recreativas relacionada con estancia hospitalaria prolongada manifestada por irritabilidad y expresión verbal de aburrimiento.

Fecha de identificación: 4 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

Nivel y grado de dependencia: nivel 4, dependencia temporal transitoria.

Fuentes de dificultad: de fuerza.

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis identificará y realizará las actividades recreativas de su agrado con la ayuda de la enfermera durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Facilitar la autorresponsabilidad del paciente sobre su aburrimiento. (NIC 4480) - Considerar al paciente responsable de sus propias conductas. - Ratificar el aburrimiento del paciente. - Analizar sus gustos y aversiones. - Animarlo a que exprese sus sentimientos</p>	<p>- La falta de actividades recreativas la expresa el paciente, el cual puede determinar por si mismo que tipos e intensidades de actividades le resultan agradables. (Carpenito p. 89)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Utilizar distintas estrategias para variar el entorno físico. - Actualizar los tableros de anuncio por unos más llamativos. - Colocar el mobiliario de manera que resulte más atractivo. - Promover un ambiente alegre y agradable. - Colocar al paciente cerca de la ventana, en la medida de lo posible.</p>	<p>- Las estrategias ingeniosas y creativas para variar el ambiente y el entorno físico ayudan a evitar el aburrimiento. (Carpenito p. 313)</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Fomentar y facilitar las visitas (NIC 7560) - Determinar la preferencia del paciente en cuanto a visitas. - Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. - Preparar el entorno para las visitas. - Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con sus seres queridos. - Controlar la respuesta del paciente a las visitas</p>	<p>- Las visitas proporcionan relaciones sociales y estimulación mental que ayuda a disminuir el aburrimiento. (Carpenito p. 312)</p>
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar musicoterapia con reproductores de música con auriculares ligeros. (NIC 4400) - Determinar el interés del paciente por la música. - Identificar sus preferencias musicales. - Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda. - Asegurarse de que el volumen es adecuado. - Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.</p>	<p>- La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración inter e intrapersonal. (www.fcs.uga.edu/pubs/correct)</p>
<p>Intervención número 5 Tipo de intervención: Independiente Proporcionar terapia con juegos. (NIC 4430)</p>	<p>- El juego es uno de los aspectos más importantes de la vida infantil y una de las herramientas más</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar juegos con títeres o marionetas. - Ofrecer juguetes y material que favorezcan el desarrollo de actividades motoras fina y gruesas como: rompecabezas, libros de colorear lápices de colores, pegamento etc. - Realizar lecturas de libros o cuentos. - La radio, el video y la televisión son útiles para entretener al niño. - Proporcionar juegos de mesa, de destreza o de lógica. 	importantes para tratar el estrés. (Riopelle p. 63)
<p>Intervención número 6 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revalorar la necesidad de recreación - Observar el estado de ánimo del paciente.</p>	- Permite determinar si las acciones están siendo correctas y el paciente se muestra menos aburrido.

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas para proporcionar los cuidados, así como la completa disponibilidad del cuidador primario para fomentar la recreación y la voluntad del paciente; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto la mejoría de Luis y se mostró mas accesible y con mayor disponibilidad, logrando así el objetivo planteado y obteniendo un nivel 2 de independencia.

NECESIDAD VALORADA: APRENDIZAJE.

Diagnóstico de Enfermería:

-Dependencia en la necesidad de aprendizaje relacionada con multicausalidad (enfermedad crónica, disminución de la capacidad de memoria y falta de estimulación) manifestado por retraso en el aprendizaje (aún no sabe leer ni escribir).

Fecha de identificación: 17 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

Nivel y grado de dependencia: nivel 3, dependencia parcial.

Fuentes de dificultad: de conocimiento.

Tipo de prioridad: baja.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis será capaz de alcanzar gradualmente la independencia en la necesidad de aprendizaje a través de un programa de estimulación al cabo de un año.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Manejo ambiental: confort (NIC 6482) - Crear un ambiente agradable. - Ayudar a disminuir la ansiedad. - Proporcionar un clima de relajación. - Evitar interrupciones innecesarias. - Ajustar la iluminación para que sea propicia a las actividades. - Facilitar la comodidad del paciente. - identificar las preferencias en cuanto a actividades de aprendizaje.</p>	<p>- Las emociones y los sentimientos tales como la ansiedad pueden acelerar el proceso de aprendizaje, pues la tensión que produce puede ayudar al individuo a fijar su atención sobre el objetivo de aprendizaje. No obstante, un nivel de ansiedad y de estrés muy elevado impide la concentración y disminuye la habilidad de aprender (Riopelle).</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Fomentar el desarrollo del niño (NIC 8274) - Desarrollar una relación de confianza con el niño. - Establecer una interacción individual con el niño. - Identificar as necesidades individuales del paciente - Asegurarse de que le lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal. - Crear un espacio seguro y bien definido para las actividades. - Enseñar al paciente a solicitar ayuda cuando la requiera.</p>	<p>- El niño tiene mucha facilidad para aprender; una enseñanza eficaz y un adecuado grado de motivación le permitirá adquirir hábitos de vida adecuados para el mantenimiento de la salud y el desarrollo de sus conocimientos.(Riopelle).</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Sugerir el juego como técnica de aprendizaje. - Participar junto con él en los juegos, explicándole antes las reglas y el premio al ganador. - Enseñarle a obedecer instrucciones. - Contar y leer cuentos adecuados a su edad. - Proporcionar oportunidad de jugar en el patio. - Enseñar juegos de destreza como armar figuras en cierto tiempo. - Enseñar juegos de memoria como lotería oca o dominó. - Enseñar al niño el juego del memorama destapando las diferentes figuras y al mismo</p>	<p>- El juego permite al niño experimentar su aprendizaje en la solución de rompecabezas, practicar papeles de adulto, asumir el papel de agresor en lugar del de víctima (golpeando una muñeca), adoptar superpoderes (juegos de dinosaurio o de superhéroes) y obtener cosas que se le niegan en la vida real (un amigo o un juguete ficticios) (Morloy p. 187)</p>

<p>tiempo retroalimentando las funciones de cada uno por parte de Enfermería y posteriormente por el niño.</p>	
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Fomentar el desarrollo cognitivo del niño de acuerdo a su edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar materiales para construir, moldear, dibujar, pintar o colorear. - Ayudar con el recorte y pegado de diversas formas. - Enseñar al paciente a que reconozca las letras. - Enseñar a escribir nombres iniciando con el suyo. - Enseñar los números. - Trabajar en el orden y secuencia de las letras números y objetos. 	<p>- Los aspectos más importantes del desarrollo neurológico están representados por la adquisición de habilidades de alto nivel de asociación cortical. Entre estas funciones cerebrales podemos mencionar, la conducta social adaptativa de niño, actividades manuales de alto nivel de coordinación y precisión, habilidades preceptuales visuales y auditivas, así como también funciones intersensoriales y motrices como la coordinación visomotora. Estas funciones asociativas le permiten al niño enfrentar en óptimas condiciones el aprendizaje de la lecto-escritura. (Martínez p. 208)</p>
<p>Intervención número 5 Tipo de intervención: Independiente ◆ Sugerir opciones de aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar al paciente a las actividades de aprendizaje que brindan las profesoras voluntarias del hospital. - Proporcionar información sobre sistemas de apoyo para el aprendizaje. - Informar sobre las dependencias que proporcionas apoyo: <ul style="list-style-type: none"> * Fundación "Paso a paso; Gemas Pedagógicas" *SEP: Programas de aprendizaje a niños hospitalizados. * Sociedad de apoyo escolar a niños de hospital 	<p>Un nuevo programa propuesto por la SEP de aprendizaje a los niños hospitalizados ha causado gran impacto precisamente en su salud, para que los menores respondan mejor a los tratamientos y en la elevación de su autoestima. Señala que los niños enfermos no veían otro horizonte más que el tener un padecimiento y enfrentarse a él, pero que cuando se les brinda el apoyo para seguir estudiando su vida es diferente. (www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep_Bol3381106)</p>
<p>Intervención número 6 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revalorar la necesidad de aprendizaje al cabo de 2 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad de memoria del paciente. - Valorar destreza en los juegos de mesa. - Comprobar que sabe escribir su nombre y el de sus hermanos. 	<p>- Permite determinar si las actividades planteadas están siendo adecuadas para el logro del objetivo.</p>

Evaluación.

Durante el tiempo que ha durado la implementación del plan de atención se ha contado con el material necesario, así como con la completa disposición de Luis y su familia. Actualmente (dic 2006) sabe escribir su nombre y el de su mamá, se ha

aprendido los números y sigue aprendiendo cada vez más. Con todo esto podemos decir que se ha cumplido el objetivo planteado.

NECESIDAD VALORADA: COMUNICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Deterioro de la interacción social relacionado con enfermedad crónica, hospitalización prolongada y tratamientos frecuentes y de larga duración manifestado por irritabilidad, adinamia y renuencia a hablar con extraños y, en ocasiones, incluso con su mamá.

Fecha de identificación: 27 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: real.

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

Fuentes de dificultad: de voluntad

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : El paciente mantendrá una interacción social con sus padres, otros familiares, compañeros de sala y personal de salud por medio de acciones que le ayuden a fomentar sus relaciones sociales en el menor tiempo posible.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Aumentar los sistemas de apoyo para su adaptación. (NIC 5440) - Determinar el grado de apoyo familiar. - Observar la situación familiar actual. - Animar al paciente a participar en actividades comunitarias. (que se realicen en su cubículo). - Permitir al paciente tomar decisiones, aunque puede ser necesario fijar límites. - No permitir que utilice su enfermedad como excusa para su comportamiento.</p>	<p>- La adaptaciones produce cuando el paciente es capaz de llevar a cabo una serie de comportamientos que lo lleven a liberar el estrés y poder sentirse con más confianza en sí mismo y su alrededor. (Kozier p. 891)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Escuchar las inquietudes del paciente. (NIC 4920)</p>	<p>- Permitir que el niño exprese sus sentimientos ayuda a valorar su grado de comprensión respecto a su estado salud y le estimulará a</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Establecer el propósito de la interacción entre paciente y Enfermería. - Prepara un medio físico cómodo antes de las interacciones. - Mostrar interés en el paciente. - Utilizar frases que ayuden a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones respecto a su cambio de vida. - Cuando hable con el niño, colóquese a la cabecera del paciente, durante la interacción. <ul style="list-style-type: none"> • Colocarse directamente frente al niño e inclinarse hacia él. • Mantener un contacto visual y una postura abierta. (No cruzar las piernas o brazos.) - Escuchar atentamente por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. - Estar atenta a las palabras que se vitan así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. 	<p>expresar cualquier problema que tenga concerniente a la falta de relación social. (Morgan p. 110)</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Fomentar y facilitar las visitas (NIC 7560)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la preferencia del paciente en cuanto a visitas. - Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. - Preparar el entorno para las visitas. - Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con sus seres queridos. - Controlar la respuesta del paciente a las visitas 	<p>- Las visitas proporcionan relaciones sociales y estimulación mental que ayuda a disminuir el aburrimiento. (Carpenito p. 312)</p>
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Manejo las relaciones complejas en el hospital. (NIC 5000)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación. - Crear un clima de calidez y aceptación. - Tratar de manera confidencial la información compartida. - Dar seguridad al paciente del interés en él como persona. - Presentarse a sí mismo con los seres queridos del paciente. - Alentar a sus padres a que participen en los cuidados del niño. <p>- Ofrecer al niño juguetes , juegos, libros, televisión y otros objetos de diversión adecuados a su edad (como periódicos y revistas) con el objeto de distraer su atención, haciendo que se olvide de su enfermedad y su aislamiento hospitalario.</p>	<p>- Un proceso de admisión tranquilo, profesional provisto de información y una presentación cálida puede aliviar la ansiedad del paciente y establecer un tono positivo para su estancia hospitalaria. (Carpenito p. 703)</p> <p>- La colaboración de los padres en los cuidados del niño ayuda a preservar un cierto ambiente de unidad familiar y posibilita que el niño se relacione con los demás. (Morgan p. 111)</p> <p>- Las actividades de distracción ayudan a disminuir el trauma de la hospitalización. Los periódicos y revistas permiten al niño estar al corriente de los acontecimientos y reducen su sensación de aislamiento social. (Morgan p.</p>

Intervención número 5 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revaloración de la necesidad de comunicación. - Valorar la accesibilidad del paciente. - Corroborar que se muestre con ganas de conversar.	111) - Permite valorar si las acciones están siendo correctas y el paciente se muestra menos reservado.
---	--

Evaluación.

Durante el tiempo que duró la implementación del plan de cuidados, se contó con las instalaciones adecuadas, así como la completa disponibilidad de los familiares para fomentar la interacción social de Luis; gracias a lo cual, con el paso de los días se noto la mejoría y Luis y se mostró mas accesible y con mayor disponibilidad para platicar, logrando así el objetivo planteado y obteniendo un nivel 1 de independencia.

NECESIDAD VALORADA: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y VESTIDO Y DESVESTIDO.

Diagnóstico de Enfermería:

- Dependencia en la necesidad de higiene y vestido relacionada con presencia de sondas de pleurostomía, disminución de fuerza muscular y debilidad general manifestada por renuencia para bañarse solo, lavarse las manos y los dientes.

Fecha de identificación: 02 de octubre de 2006.

Tipo de diagnóstico: real.

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

Fuentes de dificultad: de fuerza y de voluntad.

Tipo de prioridad: media.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis, con el apoyo del personal de Enfermería y su familiar, será capaz de participar activamente en sus prácticas de higiene personal y de vestido de manera gradual hasta que logre su independencia.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Valorar la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria como es la higiene personal y el vestido. - Valorar la capacidad del paciente para bañarse y vestirse tomando en cuenta sus preferencias. - Valorar estado de: * las uñas. * la piel. * los pies. * Los dientes.</p>	<p>- Las actividades de la vida diaria son los cuidados personales que el paciente debe llevar a cabo todos los días para satisfacer sus propias necesidades: estas incluyen higiene personal, baño, vestido, entre otras. (Smeltzer p. 334)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Ayudar al paciente a realizar su baño. (NIC 1610) - Preguntar sobre la preferencia de horario para el baño. - Averiguar a que temperatura prefiere el agua. - Proporcionar intimidad durante el baño. - Colocar el material de baño al alcance de la mano. - Dar seguridad al paciente. - asistirlo en las actividades que no pueda realizar por si solo (lavarse la espalda, los pies). - detectar signos de fatiga. - Asistir en cuanto a la aplicación de crema.</p>	<p>- El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células muertas y algunas bacterias. Además de limpiar la piel, el baño produce una sensación de bienestar, es refrescante y relajante y con frecuencia levanta el ánimo, mejora el aspecto y el amor propio. (Kozier p. 781)</p>
<p>Intervención no. 3 Tipo de intervención: Independiente. ◆ Cuidados de los ojos. (nic1650). - Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración. - sugerir la limpieza diaria de los ojos - Informar al cuidador que tenga cuidado de que el paciente no se toque los ojos. - Observar el reflejo corneal.</p>	<p>- Los ojos no requieren de una higiene especial, ya que el líquido lagrimal limpia los ojos constantemente y los párpados y las pestañas impiden que entren partículas extrañas. En la valoración física, se inspeccionan todas las estructuras del ojo para detectar signos de inflamación, drenaje excesivo, objetos extraños. (Kozier p. 814).</p>
<p>Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar cuidados de las uñas. (NIC 1680) - Controlar y ayudar en la limpieza de las uñas. - Ayudar a cortar la uñas y limarlas a modo de que queden los bordes suaves.. - Introducir las uñas en agua tibia - Limpiar debajo de las uñas con un palo de naranjo) - Empujar las cutículas hacia atrás. - Humectar las uñas con crema o aceite para evitar sequedad.</p>	<p>-Mantener las uñas limpias y secas ayuda a evitar la aparición de bacterias y otros organismos patógenos debajo de ellas. (www.elmundo.es/Yodonablog/2006/03/06/.)</p>
<p>Intervención número 5 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar cuidados de los pies (1660) - Comparar la temperatura de la piel de ambos pies.</p>	<p>- Los pies son esenciales para la deambulaci3n, por lo cual merecen gran parte de la atenci3n, incluso cuando las personas se encuentran en cama. (Kozier p. 787)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar si hay presencia de: <ul style="list-style-type: none"> * Irritación. * Grietas. * Lesiones. * Callosidades. * Edema * Sequedad. * Olor desagradable. - Ayudarle a la limpieza de los pies. - Colocar los pies del paciente en un lebrillo. - Lavarlos con agua tibia y jabón prestando especial atención en los espacios interdigitales. - Enjuagarlos bien a modo de que se elimine todo el jabón. - Limpiar las uñas con un palo de naranjo. - Sacar los pies del lebrillo y esponjearlos con una toalla hasta secarlos bien. - limar las uñas de manera reta a lo largo de los dedos para evitar lesiones. - Aplicar loción o crema humectante. - Recomendar al paciente que evite caminar descalzo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esto elimina el resto de residuos que pueden albergar microorganismos. - El jabón irrita la piel si no se elimina bien.
<p>Intervención número 6 Tipo de intervención: Independiente ◆ Mostrar un adecuado mantenimiento de la salud dental (NIC 1710)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una rutina de cuidados dentales. - Observar color, brillo y presencia de restos alimenticios en los dientes. - Ayudar y enseñar al paciente a lavarse los dientes. - Explicar la técnica de cepillado de dientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoye el centro del cepillo de dientes sobre sus dientes con las cerdas formando un ángulo de 45° con respecto a la línea de la encía. 2. Mueva el cepillo hacia atrás y adelante en movimientos pequeños (que no exceda más de ½ diente) durante varias veces. 3. Cepille la superficie exterior de cada diente, hacia arriba y abajo, manteniendo siempre el ángulo indicado con la línea de la encía. 4. Utilice el mismo método en la superficie interna de los dientes. 5. Cepille las superficies de masticado de los dientes. 6. Para limpiar las superficies internas de los dientes frontales, coloque el cepillo verticalmente y efectúe movimientos ascendentes y descendentes con la parte frontal del cepillo. 7. Si cepilla también la lengua, refrescará su respiración y limpiará su boca removiendo las placas. - Establecer chequeos dentales por lo menos cada 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - El cepillado de dientes remueve la placa bacteriana (película delgada, pequeña, pegajosa e incolora que contiene bacterias dañinas y que constantemente se depositan en los dientes), y las partículas de alimento, de las superficies más profundas de los dientes. Un cepillo de cerdas suaves y con terminación curva es aconsejado, ya que permite no dañar los tejidos de la encía. (http://www.apo.com.ar/co_consejos.htm)
<p>Intervención número 7</p>	

<p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Fomentar el lavado de manos social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar cuando se debe efectuar el lavado de manos social. - Antes de manipular alimentos, comer o darle de comer a un paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Después de ir al baño. • Antes o después de la atención básica del paciente (hacer la cama, bañar al paciente con la piel intacta, control de signos vitales, etc.) • Cuando las manos están visiblemente sucias. <p>- Realizar el lavado de manos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humedecer las manos. 2. Colocar una dosis de jabón. 3. Enjabonar toda la superficie de manos y muñecas. 4. Enjabonar y frotar en espacios interdigitales. 5. Enjuagar con abundante agua. 6. Tomar una toalla de papel. 7. Secar con toalla por cada mano. 8. Cerrar la llave utilizando el papel. 9. Desechar la toalla. 	<p>-El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes dentro del hospital. El lavado de manos social es el que se realiza con agua y jabón común, y remueve la mayoría de los microorganismos desde las manos moderadamente sucias. (www.adecei.org.ar/Lavadomanos/fotosocial.htm)</p>
<p>Intervención número 7</p> <p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Proporcionar cuidados a la piel (NIC 3584)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugerir baño con jabón antibacterial. - Tras el baño, secar cuidadosamente la piel, de preferencia esponjeando. - Valorar la presencia de lesiones, excoriaciones, prurito o resequedad. - Aplicar crema o loción para evitar resequedad. - Evitar el uso de ropa aspera. 	<p>- Es importante el valorar el estado de la piel y proporcionar los cuidados necesarios para evitar lesiones ya que es la primera línea de defensa del cuerpo (Kozier p. 778)</p>
<p>Intervención número 8</p> <p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Proporcionar ayuda en el vestido y arreglo personal del paciente (NIC 1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vestir al paciente después de completar la higiene personal. - Identificar las áreas en las que el paciente requiere ayuda para vestirse. - Informar al paciente sobre las opciones de ropa en el hospital. - Fomentar su participación en la elección de la vestimenta. - Valorar la oportunidad de proporcionar prendas personales. - Colocar las prendas del paciente en una zona disponible. (al pie de la cama). - Ayudarlo a vestir. - Mantener la intimidad del paciente mientras se 	<p>- El vestido y acicalamiento personal óptimo favorece el bienestar psicológico y en todas las etapas de la vida es importante vestir y desvestirse para poder cumplir esta necesidad, ya sea por la temporada, por gusto, por moda pero la vestimenta forma parte de la personalidad del ser humano. (Carpenito p. 183)</p>

<p>viste.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reafirmar sus esfuerzos por vestirse solo. 	
<p>Intervención número 9 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar oportunidades para que vuelva a adaptarse a vestirse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la independencia en el vestido. - Dar tiempo suficiente para vestirse y desvestirse. - Colocar las prendas en el orden que las utilizará. - Proporcionar seguridad garantizando el acceso fácil a toda la ropa. - Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea capaz de vestirse por sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda a proporcionar seguridad en el paciente y a favorecer el que él realice esta actividad por sí solo a través de la práctica diaria. (Kozier p. 1234)
<p>Intervención número 10 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revalorar la necesidad de higiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la ausencia de placa dentobacteriana. - Evaluar la técnica de cepillado de dientes. - comprobar que el paciente solicita y participa activamente en el baño. - corroborar el lavado de manos adecuado. - Valorar la ausencia de resequead en piel y pies. - Valorar la capacidad del paciente para vestirse solo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite determinar si las intervenciones planeadas están siendo las adecuadas para eliminar la dependencia de la necesidad.

Evaluación.

Durante el tiempo de implementación del plan de atención se contó con el material, el equipo y la ropa necesarios para el mantenimiento de la higiene corporal y arreglo personal de Luis, así como el apoyo y asesoramiento por parte del personal de Enfermería a cargo del paciente; todo esto contribuyo a que Luis alcanzara su independencia cumpliendo así con el objetivo planteado.

NECESIDAD VALORADA: TERMORREGULACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

- Conducta generadora de salud: mantener un adecuado estado de termorregulación.

Fecha de identificación: 10 de noviembre de 2006

Tipo de diagnóstico: de salud.

Tipo de prioridad: baja.

Rol de Enfermería: de promoción.

Objetivo : Luis realizará acciones de protección para mantener un adecuado estado de termorregulación.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar un ambiente que favorezca la normotermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar mecanismos de pérdida de calor. <ul style="list-style-type: none"> * El calor es transferido a la superficie corporal y disipado a partir de ella por cuatro mecanismos: conducción, convección, evaporación y radiación. - Valorar las condiciones del hogar del paciente. - Sugerir baño diario con agua templada.. - Sugerir que utilice ropa adecuada al clima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducción. Es la pérdida de calor por contacto directo de un cuerpo con otro. El contacto directo de la piel del recién nacido con superficies u objetos más fríos. Ejemplo: tocar al neonato con las manos frías, con un estetoscopio, ropa, superficies frías - Convección: Implica la pérdida de calor a través del movimiento del aire que pasa por la superficie de la piel. Ocurre cuando se abren las puertas de la incubadora, y se producen corrientes de aire, hay flujo de aire producido por el movimiento de las personas. - Radiación: Es la transferencia del calor corporal hacia superficies frías del ambiente que no están en contacto con el cuerpo. La proximidad de la cuna del recién nacido a una ventana fría o el enfriamiento de las paredes de la cuna facilitan las pérdidas de calor por radiación. - Evaporación: Es la pérdida de calor durante la conversión del estado líquido al estado gaseoso. Ocurre a través de la piel hacia el ambiente y también a través de la mucosa del tracto respiratorio. Por ejemplo cuando el recién nacido está con el cuerpo mojado o en contacto con ropa húmeda. (Tamez p. 29)
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Regulación de la temperatura (NIC 3900)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la temperatura por lo menos una vez al día. - Observar el color y temperatura de la piel. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. - Explicar indicios de hipotermia e hipertermia. - sugerir un clima ambiental templado. 	<p>-Los extremos en la temperatura ambiental pueden afectar a los sistemas de regulación de la temperatura de la persona. Si la temperatura se valora en una habitación calurosa y la temperatura corporal no se puede mejorar por convección, conducción o radiación, ésta será elevada. De igual modo si el paciente ha estado en el exterior con un clima frío y sin ropa de abrigo, la temperatura corporal será baja. (Kozier p. 459)</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Explicar datos que favorecen la hipotermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar datos de hipotermia <ul style="list-style-type: none"> * Palidez * Escalofríos * Frialidad de la piel * Cianosis de los lechos ungueales * Hipertensión * Piloerección * Enlentecimiento del llenado capilar * Taquicardia - Sugerir uso de ropa adecuada en época de 	<p>La hipotermia es causada por un desequilibrio de la termorregulación y parece ser menos nociva para el organismo que la fiebre. Puede ser causada por una modificación de los mecanismos termorreguladores, por una falta de maduración de dichos mecanismos (principalmente en la infancia), por una exposición prolongada a temperaturas frías, por una disminución del funcionamiento del tiroides o por el abuso de sedantes y de alcohol. (Riopelle p. 199)</p>

invierno: Ropa de lana o algodón, guantes, gorro, bufanda. - Sugerir cerrar habitaciones para evitar corrientes de aire.	
Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Explicar datos de hipertermia. Enseñar al paciente y al familiar a identificar datos de hipertermia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (36.5 a 37.5 ° C) ▪ Piel enrojecida ▪ Aumento de la frecuencia respiratoria ▪ Taquicardia ▪ Calor al tacto - Sugerir el uso de ropa adecuada a época de calor : short, playera, gorra, ropa ligera. - mantener la habitación ventilada. - Sugerir baño diario con agua tibia.	La hipertermia es causada por un desequilibrio de la termorregulación que proviene de una alteración de hipotálamo. Las anomalías cerebrales, las sustancias tóxicas pirógenas (bacterias, drogas) y una temperatura ambiente elevada son la causa de esta alteración. Frente a la alteración, microbiana, la fiebre en un mecanismo de defensa, ya que hace aumentar la producción de anticuerpos por un aumento del metabolismo. (Riopelle p. 196)
Intervención número 4 Tipo de intervención: Independiente ◆ Revalorar la necesidad de termorregulación. - Toma de signos vitales. - valorar datos de distermias. _ Corroborar datos de normotermia.	- Permite determinar si las intervenciones planeadas están siendo adecuadas para el logro del objetivo.

Evaluación.

Durante el tiempo que ha durado la implementación del plan de intervenciones, se ha contado con el apoyo y disposición de Luis y su familia, así como con el material, equipo y ropa necesarias para el adecuado control de la temperatura.

Con todo esto podemos decir que se está cumpliendo el objetivo planteado al no presentarse datos de alteración en la temperatura corporal.

NECESIDAD VALORADA: VALORES Y CREENCIAS.

Diagnóstico de Enfermería:

- Conducta generadora de salud: continuar fomentando creencias religiosas y valores de acuerdo a su edad.

Fecha de identificación: 10 de octubre de 2006

Tipo de diagnóstico: de salud.

Tipo de prioridad: baja.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis se mantendrá en un estado espiritual adecuado de acuerdo a la religión que practica por medio del reforzamiento de dichas practicas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar apoyo espiritual (NIC 5420) - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. - Tratar al paciente con dignidad y respeto. - Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. - Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. - Fomentar la participación en actividades religiosas, como asistir a clases de catecismo. - Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. - Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente y familiares. - Alentar la asistencia a servicios religiosos, por ejemplo ir a misa los domingos, a las reuniones que realizan las voluntarias de su comunidad para favorecer la religiosidad. - expresar simpatía con los sentimientos del paciente.</p>	<p>- El personal de Enfermería debe mostrar respeto para poder contar con la disposición del paciente y su familia y así muestren confianza hacia ella. (kozier 384). - Es importante respetar las creencias del paciente y sus familiares y conservar una relación asistencial, algunos hospitales cuentan con capilla o cuartos tranquilos que se usan para meditación. (kozier 349).</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Clarificación de valores (NIC 5480) - Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada a situación particular, antes de comenzar una intervención. - Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios. - Animar al cuidador primario a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. - Animar al cuidador primario a que haga una lista de lo que es y no es importante en la vida y el tiempo que ocupa para esto. - Apoyar la toma de decisiones del paciente. - Fomentar la práctica de valores humanos.</p>	<p>- los valores se dan en las personas o en las cosas, independientemente que se les conozca o no. Un valor <u>objetivo</u> siempre será obligatorio por ser universal (para todo ser humano) y necesario para todo hombre, por ejemplo, la sobre vivencia de la propia vida. Los valores tienen que ser descubiertos por el hombre y sólo así es como puede hacerlos parte de su <u>personalidad</u>. (www.monografias.com/trabajos15/valores-humanos/valores-humanos.shtml)</p>

Evaluación.

A través de la implementación del plan de intervenciones, y con el apoyo incondicional de la familia de Luis, reforzamos las creencias religiosas, así como la adecuada comprensión de la importancia de los valores en la vida diaria, cumpliendo así con el objetivo planteado

NECESIDAD VALORADA: REALIZACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

- Conducta generadora de salud: fomentar actividades que le causen satisfacción.

Fecha de identificación: 8 de diciembre de 2006

Tipo de diagnóstico: de salud.

Tipo de prioridad: baja.

Rol de Enfermería: de promoción.

Objetivo : Con el apoyo de la enfermera y su familia, Luis realizará actividades que le causen satisfacción y lo hagan sentir bien.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar apoyo emocional. (NIC 5270)</p> <ul style="list-style-type: none">- Animar al paciente a que comente sus experiencias emocionales.- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.}- Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad cuando lo requiera.- Ayudarlo a identificar estrategias para aumentar su independencia.- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none">- Los contactos frecuentes con el cuidador indicar una aceptación que puede facilitar la confianza en sí mismo. <p>Un importante componente del concepto de uno mismo es la capacidad de realizar las funciones esperadas relativas al rol personal, disminuyendo así la dependencia y la necesidad de la participación de los demás. (Carpenito p 253)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Proporcionar apoyo a la familia (NIC)</p> <ul style="list-style-type: none">- Favorecer una relación de confianza con la familia.- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.- Valorar la reacción emocional de la familia frente al proceso de la enfermedad del paciente.- Ofrecer una esperanza realista.- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver sus problemas.- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en los cuidados que requiere.-	<ul style="list-style-type: none">- La familia es el principal recurso para responder a las necesidades propias y las de su familiar enfermo. Porque la familia no es sólo un grupo pasivo demandante y receptor de apoyos y recursos. También constituye el principal recurso para responder a las necesidades de todos sus miembros.- La familia constituye un referente para el proceso de integración de su paciente. Tanto en el entorno más próximo, como en una reivindicación social, no tiene sentido demandar actitudes positivas.
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Potenciación de la autoestima (NIC 5400)</p> <ul style="list-style-type: none">- Observar las frases del paciente sobre su	<ul style="list-style-type: none">- La importancia de tener una alta autoestima radica en que de esa manera los individuos son más capaces de desarrollar y mantener

<p>propia valia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la proporción de control del paciente. - Animarlo a identificar sus virtudes. - Abstenerse de realizar criticas negativas o burlas. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente. - Ayudar a establecer objetivos realistas. - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. - Recompensar o alabar el progreso del paciente en el logro de sus objetivos. - Animarlo a evaluar su propia conducta. 	<p>relaciones interpersonales cordiales y hacer frente a las enfermedades psicológicas y físicas. (Kozier 851)</p>
<p>Intervención número 4</p> <p>Tipo de intervención: Independiente</p> <p>◆ Favorecer el desarrollo de actividades que le agraden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar sus actividades favoritas. - Proporcionar información sobre opciones de juego que se adecuen a sus preferencias. - Proporcionar información sobre juegos que no requieran mucho esfuerzo físico. <ul style="list-style-type: none"> * Juegos de mesa. (dominó, memorama, lotería) * juegos didácticos. *Jugos interactivos por computadora, que le agraden y a la vez le permitan mejorar su autoesdtima. - Fomenta la marcha de manera progresiva, primero con ayuda e ir disminuyendo ésta hasta lograr la marcha independiente y rápida. - Evaluar su capacidades los juegos que requieren esfuerzo físico. - Permitirle que exprese sus dudas en cuanto a los juegos sugeridos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al permitir que participe en la toma de decisiones sobre las actividades que puede realizar y acondicionarlas a las que le gustan permite que el paciente se sienta incluido en su terapia de recuperación y le ayuda a elevar el concepto de si mismo y a ealizar las actividades con entusiasmo. (Kozier p. 865)

Evaluación.

Para la aplicación del plan de intervenciones se conto con el apoyo total de la familia de Luis y la disposición de él mismo para realizar las actividades que le gustan.

A tres meses de la planeación de la intervenciones, Luis ya puede jugar futbol con sus primos, y como es la actividad que más le gusta y con la que se siente mejor, podemos decir que se cumplio con el objetivo planteado.

NECESIDAD VALORADA: DESCANSO Y SUEÑO.

Diagnóstico de Enfermería:

- Conducta generadora de salud: continuar con hábitos de descanso y sueño.

Fecha de identificación: 8 de diciembre de 2006

Tipo de diagnóstico: de salud.

Tipo de prioridad: baja.

Rol de Enfermería: de ayuda.

Objetivo : Luis se mantendrá en independencia en la necesidad de descanso y sueño .

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>Intervención número 1 Tipo de intervención: Independiente ◆ Facilitar un manejo ambiental propicio para el sueño (NIC 6480)</p> <ul style="list-style-type: none">- Crear un ambiente seguro para el paciente. *Reducir o eliminar la iluminación excesiva de la recamara.- Favorecer un clima templado.- Disminuir los estímulos ambientales lo más posible en el transcurso de la noche.- Controlar o evitar los ruidos indeseables y excesivos lo mas posible.- Sugerir una pijama holgada, cómoda y de preferencia de algodón o algún otro material suave.	<p>- Un ambiente tranquilo, silencioso y libre de luz, favorece un sueño reposado, ya que dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. (Kozier p 1022)</p>
<p>Intervención número 2 Tipo de intervención: Independiente ◆ Sugerir musicoterapia para favorecer el descanso (NIC 4400)</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar el interés del paciente por la música.- Identificar sus preferencias musicales.- Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda.- Asegurarse de que el material y equipo se encuentren en buen estado.- Asegurarse de que el volumen no es demasiado alto.	<p>- La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración inter e intrapersonal. (www.fcs.uga.edu/pubs/correct)</p>
<p>Intervención número 3 Tipo de intervención: Independiente ◆ Fortalecer la práctica diaria de actividades que a él le agradan antes de dormir.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se debe seleccionar un lugar y hora definidos para el sueño.- No llevar al niño a la cama de los padres, los niños deben dormir en una cama diferente, esto favorece su autonomía.- No permitirle que permanezca despierto más allá de una hora razonable.	<p>- Para cada edad y paciente hay requerimientos específicos a la hora de conciliar el sueño, no se pueden generalizar las necesidades y preferencias individuales, pues la variabilidad en el sueño de los seres humanos es muy amplia. (Bee H. P. 48)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Leerle un cuento, ver la televisión o escuchar música son actividades tranquilizadoras. - Se les podría facilitar una actividad tranquila antes de dormirse como sería la de leer o iluminar dibujos. - Si el niño solicita un juguete favorito para dormir que le proporcione seguridad y tranquilidad se debe permitir que lo lleve consigo. <p>mantener encendida la luz de su habitación mientras concilia el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe evitarse la ingesta de bebidas de cola en las horas anteriores al sueño poco antes de acostarse. - Se deben de fomentar las medidas de higiene como, cepillarse los dientes, orinar, ponerse la pijama y dar las buenas noches. 	
--	--

Evaluación.

Al aplicar el plan de intervenciones elegido, se cuenta con el material y equipo necesarios, así como con la plena disposición de la Luis y su familia, con lo cual se logra el objetivo planteado al continuar, Luis, con un adecuado patrón de sueño.

2.5 Interpretación de los datos

ANÁLISIS DE VARIABLES

El proceso de planeación de cuidados especializados se empezó a desarrollar desde el primer momento en que se tuvo contacto con Luis. Tomando en cuenta las necesidades que se encontraban en dependencia e independencia, se elaboraron 18 diagnósticos de Enfermería de los cuales a 14 se les realizó plan de atención diseñándose intervenciones independientes, dependientes e interdependientes que se fueron modificando de acuerdo a la evolución que con la aplicación del plan, tenía el paciente.

Al analizar los resultados de la valoración se detecto que la necesidad de seguridad y protección requería de un poco mas interés ya que influía determinantemente en las demás aumentando el grado de dependencia. La última vez que se evaluaron los resultados del plan se observó que gracias a la oportunidad y la adecuada aplicación del plan de cuidados algunos de los objetivos ya se cumplieron y que en las

siguientes necesidades Luis ya logro la independencia: Movimiento y postura, eliminación, oxigenación, recreación, comunicación, higiene, vestido y desvestido; en otras el grado de dependencia disminuyo considerablemente como son: seguridad y protección que a pesar de seguir en riesgo, éste es mucho menor: nutrición y aprendizaje; y las que estaban en independencia se mantienen igual.

Una vez revisado el presente caso y comparándolo con otros anteriores que se revisaron al principio, se observa que en realidad si hay similitudes sobre todo en los que mencionan las dificultades que se presentan al momento de tener el primer contacto con el paciente y su familia para realizar la obtención de datos que se requieren al realizar la valoración, como son los de Sánchez L. y Martínez M.; o los de Parra B. y Antón R. mencionan características similares, principalmente en cuanto a que tienen cuidados de heridas como los que requiere mi paciente, y con ellos fue posible el obtener otro punto de vista que ayudó a la elaboración del plan. Los casos que se revisaron de Franco M. y Meneses V. Se relacionan con el presente caso en la forma de realizar toda la metodología y dan pauta a seguir una metodología sistemática y organizada.

3. CONCLUSIONES

El realizar un estudio de caso para brindar atención a un paciente pediátrico requiere no sólo de conocimientos de Enfermería, sino de conocimientos especializados y una base científica que sustente dichos cuidados para su adecuada implementación.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería, el cual nos ofrece un método práctico y sistematizado de elaborar planes de cuidados; tomando como base el modelo conceptual de Virginia Henderson que sugiere la valoración de 14 necesidades básicas, permitió la adecuada identificación y jerarquización de problemas en los que un escolar se mostraba con un grado de dependencia. Además favoreció la estructuración de un plan de intervenciones especializadas y personalizadas que tomaron en cuenta el estado holístico del paciente de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo.

Los instrumentos que se utilizaron para la elaboración del estudio de caso fueron proporcionados por la coordinación de la especialidad y fueron de vital importancia para la recolección de los datos obtenidos debido a que facilitaron considerablemente el trabajo y se pudo realizar de manera más completa y adecuada.

Una vez revisados los resultados que se obtuvieron de la aplicación del plan de atención concluimos que se lograron algunos de los objetivos planteados y otros son a largo plazo y aun se esta trabajando en ellos.

Con todo esto queda claro lo indispensable que resulta para las especialistas en Enfermería Infantil el realizar un Proceso Atención de Enfermería con cada paciente en el quehacer diario de la práctica de Enfermería y sobre todo el tener en cuenta que se tiene la enorme responsabilidad de difundirlo por el bien de los pacientes.

SUGERENCIAS

Que en las instituciones de salud se realicen sesiones clínicas de Enfermería para presentar los estudios de caso y con ello difundir la productividad de los especialistas del posgrado.

Sugiero también la publicación de los estudios de caso para que de esta manera se difunda la gran capacidad científica y de investigación que se tiene dentro de la Especialidad en Enfermería Infantil y esto de auge para el crecimiento de la profesión.

Si esto se logra, será más fácil para futuras generaciones de la especialidad en Enfermería Infantil elaborar un estudio de caso en menor tiempo y más completo.

4. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alfaro R, Aplicación del Proceso Enfermero. Barcelona-España. Doyma-Mosby, 5ª. Ed. 2003
2. Amaro M. El Proceso Atención de Enfermería. (en línea) (consulta 14-nov-2006) (16 pags) disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm, “El Proceso Atención de Enfermería”
3. Atkinson L. Murria E. Proceso de Atención de Enfermería. México, McGraw-Hill 2ª ed. 1983.
4. Carpenito L. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. 1ª ed. McGraw-Hill Interamericana. España 2004.
5. Carpenito LJ Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid-España, Interamericana McGraw-Hill; 1993.
6. Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. 1ª ed. Manual Moderno. México 1993.
7. Hamilton H. Procedimientos en Enfermería. Ed. Interamericana. México 1986.
8. Iyer P. Tapich B. Bernocci-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México, Interamericana McGraw-Hill, 1993,
9. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana. España 1999.
10. López P. Proceso de Enfermería. Rev. Iberoamericana de Geriatria y Gerontología. 1994
11. Luis T. Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la Práctica Asistencial. Barcelona-España. Mosby Doyma, 1996
12. Marriner T. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid-España. Mosby-Doyma. 1994
13. Mc Closkey J:C: Bulechek G:M:, Proyecto de Intervenciones IOWA, Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE), España . Mosby, 1999.
14. Mc Closkey JC, Bulechek GM, Proyecto de Intervenciones IOWA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), España 3ª ed. Mosby, 1999.

15. Morgan K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. Ediciones Doyma. España 1993.
16. Phaneuf M, Cuidados de Enfermería, El proceso de atención de Enfermería; 1ª ed, Interamericana Mc-Graw Hill, España 1993.
17. Potter P. Perry G. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica. 3ª edición. Ed. Harcourt. Madrid España. 1996.
18. Secretaria de Salud, Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México, México, D.F. 2001 pp 3
19. Smetlzer S. Bare B. Enfermería Medicoquirúrgica. 8ª ed. McGraw Hill Interamericana. México 1998.
20. Smith J y Young J. Guía de Procedimientos para enfermeras 2ª ed, Ed Panamericana Argentina 2004.

HEMEROGRAFÍA

1. Sánchez L , Protocolizar las Actividades de Enfermería, Revisión Bibliográfica. Rev. ROL Enf. 2001; 24(1): 67-74.
2. Antón R, Plan Estandarizado de Cuidados para el Paciente intervenido de Artroscopia de Rodilla; 2002. Antón R, Plan Estandarizado de Cuidados para el Paciente intervenido de Artroscopia de Rodilla; 2002.
3. Bellido C, Actuación Enfermera en Heridas Accidentales no Complicadas, Evidentia; julio-agosto 2006
4. Espinosa V, Franco M, Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía, Desarrollo Científico de Enfermería 2003; 11(1): 24-29
5. Franco M, Benítez M, Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH, Enfermería Universitaria: 13-23
6. Gallegos T , Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes
7. Guallart I M, Roca N, Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino, Enfermería Clínica; 8 (2): 44-49.

8. Márquez M , Enríquez G , Proceso de Atención de Enfermería a usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus Diferentes Necesidades. Enfermería Universitaria:16-22.
9. Martínez M , Cañadas B , Dificultades en la Valoración Enfermera. Enfermería Clínica; 13(4): 195-201.
10. Ortega C, Valoración de Enfermería al paciente posoperado de Cirugía Cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1999; 9 (11): 18-23.
11. Parra B, Heredia G, Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con Estenosis Aórtica Crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2003;11 (2): 66-71
12. Sánchez L, Cuidados básicos de un Paciente con la Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura. Rev Enferm 2001; 9 (2): 91-96

BÚSQUEDA EN INTERNET

1. Cejas C. Tumores neurogénicos en abdomen (en línea) (Consulta 25-nov-2006):(6 pags) disponible en: www.sintesisrx.com/Revistas/N%BA2-2004/sintesis1.htm
2. Gaduño I. Los Valores Humanos (en línea) (consulta 28-mayo-2007) (12 pags) Disponible en www.monografias.com/trabajos15/valores-humanos/valores-humanos.shtml
3. Garza H. Aprendiendo contigo (en línea) (consulta 26-mayo-2007) (4 pags) Disponible en: www.fcs.uga.edu/pubs/correct
4. Jiménez P. Los cuidados de enfermería. (en línea) (consulta 28-nov-2006) (6 pags) Disponible en: http://html.rincondelvago.com/cuidados-de-enfermeria_virginia-henderson.html
5. Jiménez R. Atlas de Medicina Interna (en línea) (consulta 26-mayo-2007) (5 pags) Disponible en www.smiba.org.ar/med_interna/vol_03/03_03_05.htm
6. Kimmer J. Lavado de manos social (en línea) (consulta 22-mayo-2007) (3 pags) Disponible en www.adecei.org.ar/Lavadomanos/fotosocial.htm

7. Licman M. Fármacos básicos (en línea) (consulta 28-mayo-2007) (12 pags)
Disponible en www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/v004
8. Marquez T. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. (en línea)(consulta 28-nov-2006) (14 pags.) Diponible en: [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril
9. Melero C. Neuroblastoma (en línea) (Consulta 25-nov-2006): (8 pags)
disponible en [/www.apo.com.ar/co_consejos.htm](http://www.apo.com.ar/co_consejos.htm)
10. Miner. D. Como nutrir (en línea) (consulta 28-abril-2007) (5 pags) Disponible
en: www.arrakis.es/~aibarradietetica/Enfermería/recomend.htm
11. Ortiz G. Cuidados de Enfermería. (en línea) (consulta 28-nov-2006) (8 pags)
Disponible en: <file:Cuidados de Enfermería; Virginia Henderson.htm>
12. Perissa E. Juguemos con Música (en línea) (consulta 18-mayo-2006) (4 pags)
Disponible en [www.elmundo.es/Yodonablog/2006/03/06/.](http://www.elmundo.es/Yodonablog/2006/03/06/))
13. Pinsen L. Vademécum de medicamentos (en línea) (consulta 28-mayo-2007)
(8 pags) Disponible en: www.infecto.edu.uy/terapeutica/atbfa-/clin/clindamicina.htm
14. Rosti3n C. Neuroblastoma: forma de presentaci3n y probabilidad de resecci3n
quir3rgica (en línea) (Consulta 25-nov-2006): (4 pags) disponible en:
www.revistapediatria.cl/vol2num2/11.htm
15. Rumbold N. La 3tica y la Enfermer3a (en línea) (Consulta 26-nov-2006): (6
pags) disponible en: www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml#eticaprofes

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
“FEDERICO GÓMEZ”

Consentimiento informado para estudio de 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 realizaran me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir repuesta preguntas y aclaraciones en cualquier momento; los procedimientos consisten en:

_____ Y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo(a).

Es de mi consentimiento que es libre de retirar a mi hijo(a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en estas 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 _____ del 200____

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

Reporte Diario.

Nombre del alumno: _____ 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)

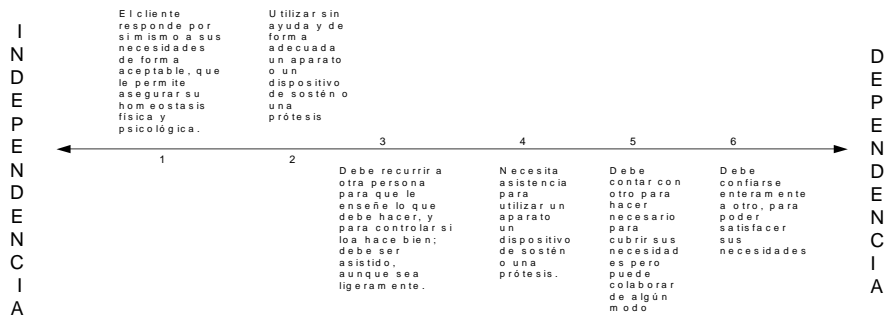
Diagnósticos de Enfermería:

1.

2.

Comentarios:

Continuum Independencia-Dependencia

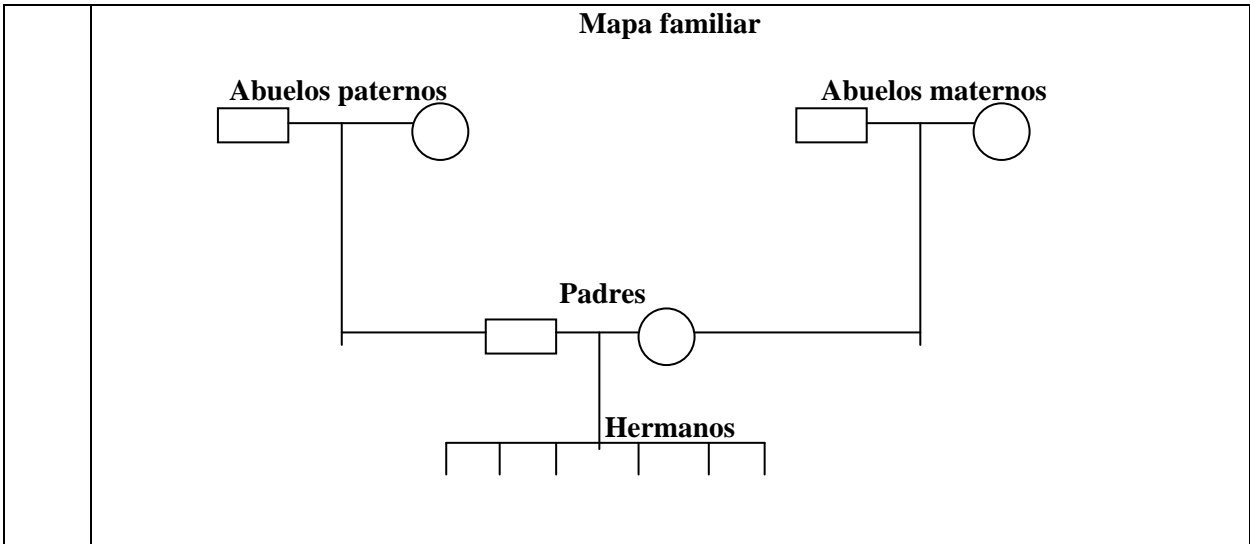


ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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

Nombre del alumno: _____ fecha de entrega _____ Servicio _____




I. DATOS DEMOGRÁFICOS	Nombre. _____ fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad _____ procedencia _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la madre _____ Fecha de revisión: _____ Hora : _____ Escolaridad padre _____ Madre _____ Niño _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono _____ Diagnóstico médico _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II. FAMILIAR	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____ _____ Características de la vivienda: propia _____ Rentada _____ tipo de construcción _____ _____ servicios intradomiciliarios _____ _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda. _____ _____ Medios de transporte de la localidad. _____ _____



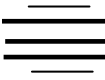



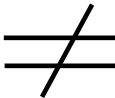
Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud y edad d cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear:

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. afectiva	Enfermedades

Simbología

 **Hombre**
  **Mujer**
  **Pacientes problema**


  **Fallecimiento**
  **Relaciones fuertes**

 **Relaciones débiles**
  **Relaciones con estrés**

IV. ANTECEDENTES	Valoración de las necesidades básicas del niño: complete la información incluyendo las palabras del familiar:												
	<p>Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró: _____</p> <p>Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de consulta/hospitalización: _____</p> <p>_____</p> <p>Algún miembro de la familia padece o ha padecido el problema de salud que tiene el niño: _____</p> <p>¿Quién?: _____ ¿cuándo?: _____</p> <p>El niño es alérgico: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, a qué es alérgico: _____</p> <p>_____ Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p>												
I	Alimentación												
	<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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">En el desayuno</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">En la comida</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">En la merienda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">_____</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 a comer: _____</p> <p>Cuáles son sus hábitos en las comidas: _____</p> <p>Tiene problemas en mucosa oral: _____</p> <p>Cual es el estado y cantidad de la piezas dentarias: _____</p>	En el desayuno	En la comida	En la merienda	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
En el desayuno	En la comida	En la merienda											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											

2	Eliminación
	Orina: Clara _____ Con sangre _____ Turbia _____ Cantidad. _____ Cuántas veces orina al día: _____ Presenta molestias para orinar: _____ ¿Cuáles?: _____ _____
	Se orina en la cama por la noche: _____
	Sabe usted la causa por la que el niño se orina en la cama: _____
	Consistencia de las heces: Formada _____ Pastosa _____ Blanda _____ Líquida _____ Semilíquida _____ Espumosa _____ Con sangre _____ Con parásitos _____ Grumosa _____
	Color: Amarilla _____ Verde _____ Café _____ Negra _____ Blanca _____
	Olor: Ácida _____ Fétida _____ Otros _____ Moco: _____ Sangra: _____
	Restos de alimentos: _____ Dolor al evacuar: _____ Hábitos para evacuar. _____

3	Oxigenación
	Signos vitales: Tensión arterial _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Irregular. _____ Aleteo nasal. _____ Retracción xifoidea: _____ Disociación Torácico-abdominal: _____
	Ruidos respiratorios: _____ Lado izquierdo: _____ Lado derecho: _____ Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ Controlada: _____
	Secreciones bronquiales
	Cantidad Consistencia Color Olor
	Por tubo traqueal/nasal _____
	Por cavidad Oral/Nasal: _____
	Humidificación y oxigenación: _____ _____
	Tiene dificultades para respirar: _____ Cuando camina: _____ Otros. _____
	Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones. _____

4	<p style="text-align: center;">Reposo-Sueño</p> <p>Horas de sueño: _____ Qué 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>¿Con quién duerme?: _____ Tiene cuarto separado: _____ Despierta de noche: _____ Es sonámbulo: Sí _____ No _____ Tiene pesadillas: _____</p> <p>Duerme siesta: _____</p> <p>Valoración Neurológica: Actividades motora, Activo: _____ Letárgico: _____</p> <p>Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: Dolorosos _____</p> <p>Calor _____ Frío _____ Reflejos: _____</p> <p>_____</p> <p>Respuesta pupilar: _____</p> <p>_____</p>
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Características de la ropa del niño: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el uso del vestido: _____</p> <p>Otros enseres: _____ Significado del vestido: _____</p> <p>¿Cómo quién te gustaría vestir?: _____</p> <p>¿Tienes suficiente ropa para el hospital?: _____</p> <p>Te vistes solo?: Sí _____ No _____ Con ayuda: _____</p> <p>_____</p>
6	<p style="text-align: center;">Temperatura</p> <p>Considera usted que la temperatuta de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada: _ ____</p> <p>Fría: _____ Caliente: _____ ¿Su niño es friolento?: _____ Está acostumbrado a que le tomen la temperatura: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, ¿cómo se la toman? _____</p> <p>_____</p>

<p>7</p>	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió los objetos con los ojos: _____</p> <p>Se sentó con ayuda: _____ Se sentó solo: _____ Se paró: _____ Caminó: _____</p> <p>Saltó: _____ Subió escaleras: _____ Camina con ayuda de algún aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta al sentarse: _____</p> <p>Al Caminar: _____ Al dormirse: _____ Al pararse: _____</p> <p>Cuando está enfermo adopta una postura especial: _____ ¿Cuál?: _____</p>
<p>8</p>	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Cuánto tiempo tiene el domicilio actual: _____</p> <p>Cuántos hermanos son: _____ hermanas: _____ Hay otras personas que vivan en casa: _____ El niño vive con sus padres: _____ Papá: _____ Mamá: _____</p> <p>Hermano: _____ Pariente: _____ El niño usa anteojos: _____ aparato auditivo: _____</p> <p>Algún otro aparato: _____ Describe el carácter de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Con quién acude el niño cuando le falta algo?: _____</p> <p>Con quién hace tarea?: _____</p> <p>Otros comentarios del niño o familiar: _____</p> <p>_____</p>
<p>6</p>	<p style="text-align: center;">Higiene</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 _____ Cuándo fue la última visita al dentista: _____</p> <p>Se peina solo(a): _____ Con ayuda: _____</p>

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Qué preferencias 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> <p>_____</p>
11	<p style="text-align: center;">Creencia y religión</p> <p>¿Cuál es la práctica religiosa de la familia?: _____ Cómo 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, que hace usted (familiar) para mejorar el problema: _____</p> <p>_____</p> <p>Para el niño ¿Por qué te enfermaste?: _____</p> <p>_____</p>
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado a otras personas u organismos sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Como ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los medios que tiene para resolver la enfermedad de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Puede usted participar en los cuidados del niño: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí ¿Cómo? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

12	<p>Diga los temores que tiene sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Describa los cambios más recientes que hubo en la familia, tales como cambios de domicilio, despido del padre en el trabajo: _____ Separación de los padres: _____</p> <p>Enfermedad crónica de algún familiar: _____</p> <hr/> <p>Cómo ha reaccionado el niño ante los cambio: _____</p> <p>_____</p> <p>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 _____</p> <p>Toma medicamentos en el hogar, si los toma indique nombres. Dosis y vía sí como fecha de última toma:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 35%;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Dosis</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Vía</th> <th style="text-align: left; width: 15%;">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> <p>¿Hay alguna forma especial para darle los medicamentos al niño: _____</p> <p>_____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>¿Su niño está acostumbrado a ir al jardín de niños: Sí _____ No: _____</p> <p>Le gusta estar en casa: Sí _____ No _____ En la escuela: Sí _____ No _____</p> <p>Qué grado escolar cursa: _____ Cómo considera usted el aprovechamiento del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>El niño estuvo hospitalizado antes: Sí _____ No: _____ A que edad: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué información tiene el niño sobre la 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 que tema le gustaría tratar con el personal de Enfermería:</p> <p>Enfermedad: _____</p> <p>Tratamiento del niño: _____ Procedimientos: _____</p> <p>Convalecencia: _____</p> <p>Otros: _____</p>																

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo?: _____

¿Qué esperas de tus padres? _____

¿ A quién de la familia su hijo imita? _____

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

El niño forma parte de algún grupo social distinto de la escuela: Si_____ No_____ ¿Cuál o cuáles?

Otros datos:

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

Opiniones: _____

Nombre de la Enfermera: _____

Fecha: _____

14

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

V. JERARQUIA DE LAS NECESIDADES.

Nombre _____

Edad _____

Servicio _____

Fecha _____

Nombre del alumno _____

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

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

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Fecha en la que se identifica.	Diagnósticos de Enfermería.

**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** _____

Necesidad:

Tipo de diagnóstico.

Nivel y grado de dependencia.

Fuente de la dificultad.

Tipo de prioridad.

Rol de Enfermería.

Diagnóstico de Enfermería..

Objetivo.

Intervenciones.	Fundamento.