

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA INFANTIL**

**ESTUDIO DE CASO
PREESCOLAR FEMENINA CON
ALTERACIONES EN LAS NECESIDADES BASICAS
SECUNDARIO A CIV**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL**

PRESENTA:

LIC. IRENE ESTRADA MARQUEZ

**ASESORADA POR:
MTRA. ENF. MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA.**



MEXICO D.F.

JUNIO 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.

A AQUEL SER DIVINO

DIOS

FUENTE INSPIRADORA INAGOTABLE

AMOR Y TERNURA. A QUIEN TODO LE DEBO

PRIMERO POR LOS PADRES TAN MARAVILLOSOS

QUE ME DISTES, POR LA HERMOSA FAMILIA

QUE ME OTORGARTES

Y POR LA REALIZACION

DE UNO DE MIS ANHELOS

“EL TITULARME”

A MI ESPOSO E HIJA

SABIENDO QUE JAMAS EXISTIRÁ

UNA FORMA DE AGRADECER

UNA VIDA DE LUCHA, SACRIFICIO Y

ESFUERZO CONSTANTES, SOLO DESEO

QUE ENTIENDAN QUE EL LOGRO MÍO,

ES EL LOGRO DE USTEDES,

QUE MI ESFUERZO ES INSPIRADO EN USTEDES,

Y QUE MIS ÚNICOS IDEALES SON USTEDES

A MIS PADRES

POR SU APOYO Y COMPRENSIÓN,
DESVELOS Y CUIDADOS CON MI HIJA,
POR SER LA MAMA MAS LINDA DEL MUNDO
Y FUENTE INAGOTABLE DE AMOR, TERNURA Y CARIÑO.

A MI ASESORA

MTRA. MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA

POR QUE SIN SUS VALIOSOS CONOCIMIENTOS
Y POR SU BASTA EXPERIENCIA
ME HUBIERA SIDO IMPOSIBLE
EL PRESENTE ESTUDIO DE CASO
GRACIAS MAESTRA Y AMIGA.

LIC. ADRIANA GRANADOS MENDEZ

LIC. ARACELI LOPEZ MEZA

CON RESPETO Y SINCERO AGRADECIMIENTO
AL AUTOR DE MIS DIAS, POR SUS SABIOS CONSEJOS QUE ILUMINARON MI
FORMACION PROFESIONAL Y QUE PERSISTITAN POR SIEMPRE

A MI MAESTRA

A USTEDES CON ADMIRACIÓN Y RESPETO QUE HICIERON POSIBLE
NUESTRO FIRME ANHELO DE SUPERACIÓN

MAESTRA: MARÍA DE LOURDES RODRIGUEZ ROJAS

A MIS HERMANAS Y CUÑADO

POR ESE DESEO DE SUPERACION QUE LOS CARACTERIZA; CON
SENCILLEZ Y FRANQUEZA

ANGELICA, MARISOL

A MIS AMIGOS

A TODOS Y CADA UNO DE ELLOS QUE FORMARON PARTE DE MI VIDA
DURANTE EL POSGRADO Y AQUELLOS QUE ME HONRAN

BRINDANDO SU AMISTAD

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
III. SELECCIÓN Y DESCRIPCION DE CASO	4
3.1 Ficha de identificacion	5
3.2 Motivo de consulta	6
3.3 Descripción del caso	6
3.4 Antecedentes perinatales	6
3.5 Antecedentes familiares patológicos	7
3.6 Antecedentes personales no patológicos	7
3.7 Antecedentes personales patologicos	8
3.8 Mapa familiar	9
3.9 Dinamica Familiar	10
IV. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	11
4.1 Antecedentes (estudios relacionados)	12
4.2 Paradigmas	24
4.3 Virginia Henderson y sus 14 necesidades	29
4.4 Proceso de enfermeria	64
4.5 Relacion del proceso de enfermeria y Virginia Henderson	73
4.6 Daños a la salud (fisiopatologia)	75
4.7 Consideraciones éticas	85
4.8 Consentimiento informado	97
V. METODOLOGIA	98
VI. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA	100
6.1 Primera valoracion de enfermeria	101
6.2 Jerarquizacion de las necesidades	114
6.3 Diagnosticos y objetivos	118
6.4 Plan de intervenciones	119
6.5 Segunda valoracion de enfermeria	127
6.6 Jerarquizacion de las necesidades	130
6.7 Diagnosticos y objetivos	135
6.8 Plan de intervenciones	136
VII. PLAN DE ALTA	153

VIII	CONCLUSIONES	157
IX	SUGERENCIAS	159
X	REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS	161
XI	ANEXOS	168

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso trata de una preescolar del Instituto Nacional de Pediatría del Servicio de Cardiología, con patología de comunicación ventricular (CIV), basado en la filosofía de Virginia Henderson, se brindaron cuidados especializados a través del proceso enfermero en sus diversas etapas, en la que se obtuvo un vínculo enfermera paciente, cuya finalidad al final de proceso fue la independencia de Virginia y mejorar su calidad de vida

Virginia Henderson refiere que la función específica de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo, a conservar o recuperar la salud o una muerte tranquila, que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, auxiliándolo en los periodos de convalecencia, de tal modo que se le facilite la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales lo más rápido posible

El objetivo general y específico se describe en la unidad II del presente estudio de caso, cuyo desarrollo consistió en realizar un estudio a una preescolar femenina con alteración en sus necesidades básicas, con base en la filosofía de VIRGINIA HENDERSON, utilizando el proceso enfermero en las cinco etapas, y contribuyo al logro de la independencia de Virginia de acuerdo a sus condiciones,.

Y en la unidad III, se menciona un panorama específico de la selección y descripción del estudio de caso de Virginia, con Diagnostico de Comunicación Intraauricular (CIA), y Comunicación Interventricular (CIV), que se encontraba atendido por el servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Pediatría, y que al poner en practica la filosofía de Henderson, previa autorización y consentimiento informado del tutor (madre), se estudiaron los Paradigmas y Metaparadigmas, así como el proceso enfermero que se describe en detalle para su aplicación posterior, situación que permitió brindar los cuidados especializados a la niña con patología de CIV a lo largo de todo el estudio de caso.

En la unidad IV del presente, se enfocara en la fundamentación teórica de los artículos relacionados con el caso en estudio de acuerdo a su importancia.

En la unidad V, se representa de manera esquemática la metodología del estudio de caso.

En la unidad VI, refleja la aplicación del proceso enfermero mediante una valoración de enfermería, así como la realización de los diagnósticos reales y potenciales, utilizando el formato PES, y con los objetivos a corto plazo, todo ello con el propósito de elaborar intervenciones con cuidados especializados a la paciente, y evaluar el nivel de independencia que ha alcanzado.

En la unidad VII se encontrara un plan de alta de la paciente, considerando los cuidados específicos, las consideraciones dietéticas y los signos de alarma para un mejor seguimiento.

Por último, en la unidad VIII y IX se presentan las conclusiones y sugerencias.

II OBJETIVOS GENERAL

Realizar un estudio a una preescolar femenina con alteración en sus necesidades básicas fundamentado en la filosofía de VIRGINIA HENDERSON, utilizando el diagnóstico enfermero en las 5 etapas que contribuya al logro de la independencia de acuerdo a sus condiciones.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Realizar una valoración inicial a Martha Virginia con la recopilación de fuentes primarias y secundarias, generales y específicas, , con la finalidad de identificar y determinar las necesidades básicas alteradas.
- ✓ Realizar la jerarquización de las necesidades básicas alteradas de Martha Virginia, con un enfoque holístico.
- ✓ Elaborar el diagnóstico de enfermería real y potencial a Martha Virginia, con la ayuda del formato PES.
- ✓ Elaborar y ejecutar un plan de cuidados especializados y adecuado a Virginia, en un entorno que favorezca el cuidado y su integración a la sociedad.
- ✓ Evaluar que necesidades alteradas de Virginia fueron superadas conforme al plan de cuidados especializado, para determinar el nivel de independencia alcanzado.
- ✓ Derivado del nivel de independencia alcanzado por Virginia, proporcionar el plan de alta que contenga los cuidados específicos así como los signos de alarma.

III. SELECCION Y DESCRIPCION DEL CASO

3.1 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Martha. Virginia. A. C.

Fecha de nacimiento: 28-10-2004

Sexo: Femenino

Edad: 4 años

Procedencia: Iztapalapa

Escolaridad del niño: Aún no asiste

Nombre de la madre: V.C.G.

Edad de la madre: 34

Escolaridad de la madre: Secundaria

Domicilio: Privada Laureles M-50 L-48 Col San Juan Xalpa

Procedencia: Iztapalapa

La información es proporcionada por: Madre

Diagnóstico: CIA, CIV

3.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Se trata de una paciente preescolar, femenino de cuatro años, quien ingresa al Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Pediatría, con diagnóstico de Comunicación Interventricular y Comunicación Interauricular. Y con sintomatología de cianosis periférica y agotamiento frecuente.

3.3 DESCRIPCION DEL CASO

La paciente inicia su padecimiento actual desde los primeros meses de vida (3 meses), con la presencia de fatiga en su alimentación, diaforesis profusa, falta de ganancia de peso, es hasta febrero del 2007 cuando fue valorada por el Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Pediatría, cuyos diagnósticos son CIV y CIA, aceptando el tutor el cierre de todos los defectos, practicándose dos eco cardiogramas.

El 24 enero del 2008, encontrándose únicamente CIV membranoso 8mm., con gradiente de 28 mmHg, CIA, no presenta cianosis, tranquila y reactiva, adecuado estado de hidratación, pulsos de adecuada intensidad, área precordial con soplo holisistólico grado III/VI.

3.4 ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de la gesta 1, no planeado, de 9 meses de gestación, sin control prenatal, únicamente acudió al 8vo. mes de gestación para que le otorgaran el pase al hospital al que daría luz.

No lloro, "suspiro", no reportaron ninguna eventualidad, egresándola a las 24 horas posteriores, se desconoce el apagar y silverman.

3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS

Padres aparentemente sanos, niegan toxicomanías y drogas, sin embargo la madre refiere fumar 3 cigarros diarios, y carece de antecedentes de aborto, hermana con problemas de obesidad sin atención medica, abuelo materno con problemas de colitis nerviosa bajo tratamiento y abuela materna con DM bajo tratamiento.

3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Martha Virginia es alimentada al seno materno hasta los dos meses de edad, posterior a ello fue alimentada con leche de fórmula hasta el primer año de vida. Su ablactación comenzó a los seis meses a base de papilla de zanahoria, chícharo, hígado, pollo con papas y carne de res molida, se integran a la dieta familiar al año de edad.

Realiza 2 comidas al día, refiere que es muy difícil que coma, no le gusta el pescado ni el chayote.

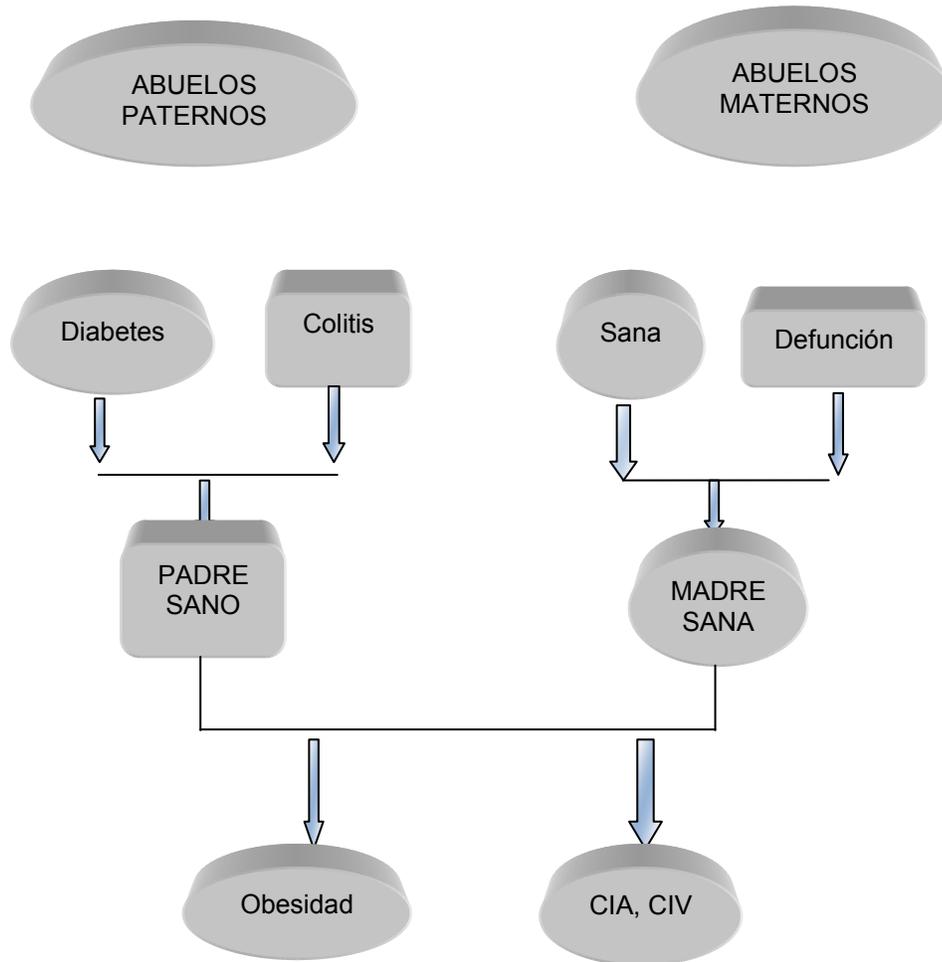
DESARROLLO PSICOMOTOR: Fijación de mirada a los 2/12, sonrisa social al mes y medio, sostén cefálico a los 4/12, Sedentación 4/12, no gateo, la bipedestación fue a los 9/12 meses de ambulación a los 2 años, su control de esfínter se dio a los 3 años.

Refiere la mamá que debido a que constantemente se enfermaba no la quisieron vacunar, se le fueron retrasando, y sin embargo muestra cartilla y tiene algunas marcadas para aplicárselas en diciembre de año pasado. Aún no ha presentado ninguna enfermedad propia de la infancia.

3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Fue detectado su padecimiento actual desde los primeros meses de vida (3 meses), con la presencia de fatiga a la alimentación, diaforesis profusa, falta de ganancia de peso, por lo que decide acudir hasta febrero del 2007, en donde fue diagnosticado CIV, CIA Y HAP 50mmHg aceptando para el cierre de todos los defectos, se realizó un ecocardiograma el 24 enero del 2008 encontrándose únicamente CIV. Membranoso 8mm con gradiente de 28mmHg, no presenta cianosis, se encuentra tranquila y reactiva, con buena hidratación, pulsos de adecuada intensidad, área precordial con soplo holisistólico grado III/VI.

3.8 MAPA FAMILIAR



3.9 DINAMICA FAMILIAR

Actualmente se considera como una familia disfuncional ya que la madre vive con su familia de origen, Ella se auto describe tranquila, tolerante, entusiasta, trata de darle lo mejor a sus hijos. Para mantener su cariño lo hace mediante besos, Jugando con ellas en los ratos libres, no sale de paseo refiriendo “que necesitan dinero, hasta para un dulce”, por lo que prefiere ahorrar el dinero para una emergencia.

Durante el tiempo que Martha Virginia estuvo internada, ella dejó el trabajo para estar al cuidado de su hija.

La convivencia dentro de los integrantes de casa se refiere de manera solidaria, platican durante la hora de la comida sobre temas cotidianos, planes a corto y mediano plazo, siendo el principal tema la salud de su Martha Virginia. La mama es quien funge como una de las proveedoras económicas de la familia, siendo apoyada por sus dos hermanos, mientras que la abuela se queda al cuidado de los nietos.

El padre biológico no las ha buscado ni tampoco les da manutención, aun sabiendo el diagnostico de su hija.

IV. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

4.1 Antecedentes (estudios relacionados)

Martha Virginia se encuentra en la percentila de peso por debajo 5 .

En base a lo anterior, el artículo **VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. (ENFERMERÍA EN CARDIOLOGIA No38/2 CUATRIMESTRE 2006 AÑO XIII (38):19-23)**

Resulta de gran ayuda para el caso en estudio, ya que la desnutrición aumenta la morbimortalidad, alarga la estancia hospitalaría según Farré¹, y es factor de riesgo importante frente a la aparición de lesiones por presión, favorece la aparición de infección nosocomial, ya que se relaciona directamente con la inmunodepresión y aumenta la dependencia de los pacientes.

Hay además un aumento del metabolismo relacionado con el trabajo respiratorio, el aumento de las demandas miocárdicas de oxígeno y la intranquilidad que se acompañan a la insuficiencia cardiaca grave, a la que hay que añadir los trastornos de la absorción intestinal debido a la congestión de las venas de la región o incluso la enteropía.²Larrea, Roldan³, Prieto⁴, Farré⁵, Mías⁶ combinan la valoración nutricional variable antropométricas y bioquímicas.

¹ Farré R, Frasquet I, Ibor JF. Complicaciones Postoperatorias en pacientes malnutridos: impactos económicos y valor predictivo de algunos indicadores nutricionales. Nutr Hosp. 1998; 13 (5):233-239.

² Larrea J, Torrent JM, Altabas, Pérez E, Santana JR; Núñez V. Incidencia de la desnutrición en un servicio de cirugía. Nutr Hosp. 1991; 6(3):172-176

Larrea J, Torrente JM, Altabas TM, Núñez V, Vega Consecuencias Inmunológicas de la desnutrición; valoración con Multitest. Nutr Hosp. 1991; 6(2).94-97

³ Roldan JP, Pérez I, Iries JA, Martin R, Malnutrición en pacientes hospitalizados: estudio prospectivo y aleatorio. Nutr Hosp. 1995; 10(4): 192-198.

⁴ Prieto A. García C, Gordon del Río A, Redel J, Arévalo J. Incidencia de la desnutrición en los servicios quirúrgicos del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Nutr Hosp. 1996; 11(5); 286-290.

⁵ Farré R, Frasquet I. Ibor JF, Malnutrición hospitalaria; indicadores de evolución postoperatoria. Nutr Hosp. 1998; 13(3):130-137.

⁶ Mías C, Jürschik T, Massoni T, Sadurní M. Águila JJ, col Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. Nutr Hosp. 2003; 18(1) 6-14.

La desnutrición es muy alta y empeora el diagnóstico. Es importante mantenerse alerta con el objetivo de detectarla de forma precoz, tratar mediante el diseño y la administración de dietas adecuadas, tanto en composición como en dosis, que con frecuencia deberá ser fraccionada para conseguir una mejor tolerancia.

Martha Virginia presentó fatiga a su alimentación.

*El artículo **ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ EN NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. (ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA No38/2 CUATRIMESTRE 2006.)***

Nos explica el análisis del diagnóstico enfermero con patrón respiratorio ineficaz en niños con cardiopatía congénita.

Entre los diagnósticos, destacamos el de oxigenación por englobar una condición directamente relacionada al defecto cardiaco, y a otras respuestas humanas que producen un cuadro muy grave de perjuicios respiratorios y con una alta proporción en niños con defectos cardiacos, ya que los diagnósticos de enfermería determinan las condiciones clínicas donde el enfermo actúa de forma independiente en planificación. Ejecución de los diagnósticos y de las intervenciones de enfermería especializada a los pacientes. La baja oxigenación de la membrana alveolo capilar y el edema pulmonar aumentan el trabajo respiratorio y, sin embargo, reducen la complacencia pulmonar.

La taquipnea es la primera característica presentada por los niños, seguida generalmente de los signos de esfuerzo respiratorio. Estas características consecuencias de la hiperventilación pulmonar mantenida por el organismo como mecanismo compensatorio de adaptación.

El fallo de este mecanismo y el desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno llevan al establecimiento del patrón respiratorio ineficaz, definido como la inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada⁷.

⁷ North American Nursing Diagnosis Association (Nanda). Diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Es importante observar los cambios que ocurran en el estado de salud de los niños con cardiopatías congénitas.

Otra necesidad de la investigación, radica en la comparación de las características definitorias antes y después de la corrección quirúrgica⁸

⁸ martinss da silva v, leite da ataju t, gimenez galvao mt, venicios de oliveira m. el proceso de enfermería propuesto por roy aplicado a un niño con cardiopatía congénita. enferm cardiol. 2006; año xiii (37):23-28.

A Martha Virginia se le realizó monitorización continua así como colocación de aparatos invasivos postquirúrgicos, por tanto considero que el artículo **ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA No38/2 CUATRIMESTRE 2006 AÑO XIII (38):30-35 (MEDICCIÓN INVASIVA DEL GASTO CARDÍACO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS)** se relaciona con los estudios realizados y el seguimiento de Virginia.

La introducción de nuevos sistemas de vigilancia y seguimiento en las unidades de cuidados críticos, requiere una formación permanente por parte de todos los profesionales de la salud que desarrollan su actividad en estas unidades.

En cuanto a la introducción de nuevos sistemas de medida del gasto cardiaco (junto con otros parámetros hemodinámicas avanzadas), es imprescindible que las enfermeras conozcan los fundamentos de medida para poder mantener el sistema y obtener cálculos fiables.

A simple vista y con experiencia, podemos hacer una valoración somera de las curvas obtenidas mediante la monitorización del gasto cardiaco, a través de catéter de arteria pulmonar, catéter arterial y venoso central, de modo que si la integridad y funcionamiento de estos catéteres no es el adecuado la medición obtenida no será fiable.

Cada sistema requiere de una calibración para el buen funcionamiento y fiabilidad de los datos obtenidos⁹

Monitorizar y registrar horariamente presiones en vías aéreas, volúmenes, FIO2 saturación arterial O2, saturación venosa mezclada, CO2 en aire espirado, presión positiva, telespiratoria frecuencia respiratoria, modo de ventilación y compliance.

⁹ Swan Jc, Ganz w, Forrester j, Marcus h, Diamond g, Chonnette. Of catheterization on the heart with use of a flow-directed ballon tipped catheter, N Eng J Med. 1970; 283: 447-51.

Vigilar el estado hemodinámico, el nivel de conciencia, apatía e irritabilidad en pacientes no sedados y vigilar el color de piel y el llenado capilar.

En cualquier caso no debemos de olvidar la atención integral del paciente¹⁰

¹⁰ Monitorización hemodinámica avanzada en el paciente crítico (homepage on the internet): Disponible en: www.acmcb.es/societats/dolor/arxius/critcc04.pdf

Martha Virginia se encontró en lista de espera para ser intervenida quirúrgicamente, por tanto el artículo denominado **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y NIÑAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN “VICTORIA DE GIRÓN MEDISAN 2007, 11(3)”**, nos indicó que para dar respuesta efectiva a la lista de espera de los paciente con afecciones cardiovasculares que admitían corrección quirúrgica y que en el mes de abril del 2006 alcanzaban la cifra de 236 (de ellos 34 en edad pediátrica, residentes en las 5 provincias orientales), se inicio la Operación “Victoria de Girón”

El día 17 del mes y año antes mencionados en el centro Territorial de Cirugía cardiovascular de Santiago de Cuba, con el objetivo de eliminar el mencionado escalafón a partir de los datos aportados por la Organización estratégica de la Cirugía Cardiovascular de la Dirección Provincial de Salud Pública en la cita de provincia¹¹.

Con vista a desarrollar el proceso encaminado a lograr ese propósito, fue necesario en breve tiempo diseñar una estructura cuyo eje central lo constituyo la plena disposición de los profesionales, técnicos y trabajadores en general de esa institución, que desde el comienzo de la actividad redoblan sus esfuerzos y se entregan con gran profesionabilidad, esmero y amor al cumplimiento de la tarea.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se utilizaron como fuentes de datos el Registro de operaciones y de los informes operatorios (modelo 54-17) del centro Territorial de Cirugía cardiovascular de Santiago de Cuba, de los que se obtuvieron las variables seleccionadas,

a saber: grupos de edades, sexo, afección cardiovascular que motivo la intervención, tipo de cirugía e índices de intervenciones, mortalidad y

¹¹ Torre Montejo E. de la Pelayo González Posaa EJ, Valdés, editorial ciencias médicas,2006;t1

supervivencia en los niños operados desde el 17 de abril hasta el 13 de agosto del 2006.

El número de niños operados permitió alcanzar el objetivo planteado en la estrategia desarrollada durante la operación “Victoria de Girón” y posibilitó eliminar la lista de espera, con la cual se cumplió satisfactoriamente la primera etapa de revitalización de cirugía cardiovascular en el origen del país.

Botto¹² afirma haber encontrado en los varones un predominio de afecciones cardiovasculares susceptibles de corrección quirúrgica; aseveración que coincide con nuestros hallazgos.

¹² Botto LD: Racial and temporal variations in the prevalence of heart defects. *Pediatrics*, 2001; 107(3):E2.

A Virginia le diagnosticaron CIV membranoso 8mm con gradiente de 28mmHg. La intervención interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita más frecuente en todas las edades. El presente estudio se realizó con el fin de **CONOCER EL PORCENTAJE DE CIV MUSCULARES AISLADAS Y PERI MEMBRANOSAS.**
ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA No38/2 CUATRIMESTRE 2006 AÑO XIII (38):26-28

Es un hecho que muchas CIVs cierran espontáneamente, aún en situaciones en donde es necesaria su permanencia¹³. En 1974, Freedom¹⁴ estudió 20 casos CIV con aneurisma del septum interventricular en niños mayores de 2 años, utilizando cateterismo cardiaco y repitió el procedimiento a los mismos pacientes 2 años después.

En 1999 Turner¹⁵ encontró que un tercio de las perimembranosas y 2/3 de las musculares cerraron durante 6 años de seguimiento, Beerman¹⁶ estudio 87 casos de CIV con aneurisma del septum de los cuales solo cerraron espontáneamente un 5%, durante su seguimiento, obteniendo los siguientes resultados: El diámetro de la CIV musculares que cerraron espontáneamente varió de 1.5 mm a 6 mm, mientras que el de las CIV perimembranosa con aneurisma varió de 2 mm a 6 mm.

De las 75 CIV musculares aisladas, 10 fueron apicales, y un hecho llamativo es que solo 4 se asociaron a síndrome de Down. No se anotaron en los expedientes otras localizaciones de la CIV muscular tales como trabecular, del tracto de salida, posterior u otra. La relación entre mujeres y hombres fue de 5:1 (51 mujeres 34 varones).

¹³ Pao PS. Further observations on the spontaneous closure of physiologically advantageous ventricular septal defects in tricuspid atresia: surgical implications. Ann Thorac Surg. 1983; 35:

¹⁴ Freedom RM, White RD, Pieroni D, Varghse PJ, Krovetz IJ, Rowe R. The natural History of the so- Called aneurysm of the membranous Ventricular Septum in Childhood. Circulation 1974; 49: 375

¹⁵ Turner Sw, Hunter S, Wyllie JP. The natural History of ventricular septal defects. Arch Dis Child 1999; 81: 413-416.

¹⁶ Beerman LB, Park SC, Fischer DR, Fricker FJ, Mathews RA, Neches WH, Lenox CC, Zuberbuhler JR. Ventricular septal defect associated with aneurysm of the membranous septum. J Am Coll Cardiol 1985; 5(1): 118-23

El tiempo en que cerraron las CIV musculares varió de 82 a 731 días con un promedio de 295 días (9.8 meses), mientras que las CIV perimembranosa con aneurisma vario de 89 a 683 días, promedio de 353 días (11.7 meses).

El grupo de las CIVs musculares apicales no mostró diferencia con respecto a las otras musculares en cuanto al tiempo de cierre.

El 68% de las CIV musculares se cerraron en el primer año de vida y 90% en los dos primeros años; no ocurrió así con las CIV Perimembranosas con aneurisma, en que solo el 105 se cerró en el transcurso de los 2 primeros años.

PUBLICADA EN LA REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA VOL. 75 N.1 BUENOS AIRES ENE./FEB. 2007. En el que se destaca que se realizó un estudio para diagnosticar cual fue la **MEJOR ALTERNATIVA PARA DETECTAR DEFECTOS CONGÉNITOS (TAMAÑO, MORFOLOGÍA Y RELACIÓN CON ESTRUCTURA VECINA), CON ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER (ED) Y RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIOVASCULAR (RMC).**

Artículo que describe el seguimiento que se dio a veintitrés pacientes de tipo Ostium Secundum, 6 de tipo seno venoso 1 Ostium primum. Con la RMC se visualizó el defecto en visión frontal y se pudo cuantificar el flujo que lo atraviesa.

Y describe como con la planimetría directa de la CIA se pudo correlacionar adecuadamente el flujo cuantitativo pulmonar y a través del defecto interauricular, corroborándose los resultados obtenidos por estas dos técnicas en el estudio de RMC de alta definición, presentando buena correlación con la ED y concluyendo que es una alternativa válida para el estudio de la CIA.

- 1.-Estudiar la capacidad de la RMC con la evolución de la CIA
- 2.-Comparandolos con los datos obtenidos por el eco-Doppler transtorácico en un mismo grupo de pacientes. El tiempo transcurrido entre ambos estudios fue de 3,57 días rango de 1 a 35 días

El estudio con eco-Doppler se realizó según las formas de la sociedad americana de la Ecocardiografía obteniéndose dimensiones antero posteriores del defecto, observándose con exactitud las medidas cefalocaudales apical, mientras que las subcostales no se pudieron obtener con exactitud.

Con este artículo se comprueba que la RMC permite el estudio de la CIA en forma rápida, completa y segura. Al compararla con el ED, sin embargo se obtiene buena correlación en la cuantificación de los flujos. Las RMC tienen la ventaja adicional de que con ella el defecto se puede observar con imágenes frontales, y

es actualmente el único método capaz de cuantificar, en forma directa, el volumen sanguíneo que lo atraviesa. Por sus características incruentas, así como por su amplia capacidad de análisis, por lo anterior se considera la RMC como un método no invasivo, alternativo y complementario al ED en el estudio de la CIA.

Para una mejor comprensión del caso, surgió la necesidad de investigar en diversas fuentes de enfermería, si el proceso clínico para detectar la enfermedad del paciente fue el idóneo, en virtud de que únicamente la Institución médica se limitó a practicar al paciente un ecocardiograma Doppler, ya que está comprobado que la Resonancia Magnética Cardíaca RMC permite el estudio de la CIA en forma rápida, completa y segura. Y que al compararla con el ED, la RMC tiene la ventaja adicional de que con ella el defecto se puede observar con imágenes frontales, y es actualmente el único método capaz de cuantificar, en forma directa, el volumen sanguíneo que lo atraviesa, teniendo además amplia capacidad de análisis, por todo lo anterior se considera la RMC como un método no invasivo, alternativo y complementario al ED en el estudio de la CIA, tal y como lo refiere el artículo.

4.2 PARADIGMA

Etimología:

El término *paradigma* se origina en la palabra griega **παράδειγμα** (paradeigma), que significa «modelo» o «ejemplo» . A su vez tiene las mismas raíces que **παραδεικνύει**, que significa «demostrar».

Adam Smith define al paradigma como *"un conjunto compartido de suposiciones. Es la manera como percibimos el mundo: Agua para el pez. El paradigma nos explica el mundo y nos ayuda a predecir su comportamiento"*.

La nota que hace Smith sobre la predicción es de suma importancia porque allí está la clave en cuanto a la importancia de asumir los cambios de paradigma en su dimensión educativa, prospectiva y holística, es decir, en lo que tiene que ver con el logro de habilidades para asumir el futuro y el cambio.

El paradigma en enfermería nos permite reconocer la disciplina de enfermería claramente diferenciado de lo que es la disciplina médica con una orientación hacia la persona como un todo y la interacción constante con el entorno.

El paradigma guía la práctica y sirve de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia en enfermería. Los elementos que integran el metaparadigma son:¹⁷



CUIDADO

Es el carácter propio e independiente de enfermería, es la propia definición de enfermería, una intervención que la enfermería realiza a través de reglas aprendidas, así como de sus conocimientos y habilidades, con el objetivo de mantener la salud de la persona en toda sus dimensiones.

¹⁷ Furukawa C. Y. LLome. JK(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

De los cuidados de enfermería algunos son empíricos, y el producto de una sociedad ocasional, ya que se fundamenta en un conocimiento teórico, que facilita la interpretación y el análisis de los cuidados que se brinda, se basa en una deducción lógica y fundamentación científica que permite de mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de la salud son acciones que contribuyen al bienestar de la persona lo que hacen que sean consideradas necesarias a lo largo de toda la vida, en la actualidad los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo perciba, debido a estas las intervenciones de enfermería van dirigidas a dar una respuesta a las necesidades de la personas desde una perspectiva holística. Respetando sus valores creencias así como sus convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción, así como el bienestar de la persona en su integridad.¹⁸

¹⁸ Furukawa C. Y. LLome. JK(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

ESCUELAS DE PENSAMIENTO.

Escuela de las necesidades

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? (Meléis, 1991). Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (self-care) (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o de la realización de sus autocuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye.

Escuela de la Interacción

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones; humanas. Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Responder a la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Han centrado su interés sobre procesos de interacción entre enfermera y la persona.

Escuela de los efectos deseables

Según Meleis (1991), la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta: ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? sin ignorar el “que” y el “como”, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.

Escuela de la promoción de la salud

La escuela de la promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre “que” de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa como lograrlos y también por cual es su meta respondiendo igualmente a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros’.

Escuela del ser humano unitario.

No contemplan el rol de colaboración con otros profesionales. ¿A quién van dirigidos los cuidados? Desarrollan el concepto de persona .Utilizan técnicas de Física, matemáticas y astronomía. Contemplan al ser humano y entorno como dos campos energéticos en integración continua (M. Rogers y Rezo Parse).

Escuela del Caring.

Ambas escuelas parten de la teoría holística. Se centran en una nueva versión de los cuidados enfermeros. Es una enfermera como terapeuta. Watson, Leininger. Ambas escuelas rechazan los cuidados enfermeros como método para planificar. Los cuidados y un listado de diagnósticos enfermeros, las taxonomías diagnósticas y de intervención. Plantean como método de intervención enfermero las técnicas complementarias.¹⁹

¹⁹ Furukawa C. Y. LLome. JK(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

4.3 VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible.²⁰

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.²¹

DATOS BIOGRAFICOS

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C...

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

²⁰ Teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado avanzado 1edicion 2006 autor Margarita cárdenas Jiménez/magdalena franco Orozco.

²¹ L Riopelle Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona .McGraw-Hill-interamericana de España

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

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.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro²² volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.²³

1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care Para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

²² Furukawa C. Y. LLome. J K(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

²³ Furukawa C. Y. LLome. J K(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

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.

FUENTES TEORICAS

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.²⁴

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La filosofía comprende el sistema de existencia de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos.

Su existencia y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y su forma de pensar define su manera de actuar.

La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.²⁵

²⁴ L Riopelle Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona .McGraw-Hill-interamericana de España

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.²⁶

Relación Enfermera – Médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al 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.²⁷

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 de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

²⁵ L Riopelle Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona .McGraw-Hill-interamericana de España

²⁶ Ibidem. L. Riopelle . Pag.21

²⁷ Ibidem. L. Riopelle. Pag 21

Henderson (4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería)

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.²⁸

Cuidado:

Intervenciones que la enfermera realiza, a través de reglas aprendidas, de su conocimiento y habilidades

²⁸ Furukawa C. Y. LLome. JK(1995)Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group

NECESIDADES FUNDAMENTALES: INDEPENDENCIA

1. NECESIDAD DE RESPIRAR

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular, las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

Para satisfacer su necesidad de respirar, el ser humano posee un sistema respiratorio que permite la inspiración y la espiración del aire a través de las vías respiratorias permeables y una fisiología respiratoria adecuada. El proceso fundamental de esta función es la oxidación a través del oxígeno de sustancias de la célula ricas en energía sustratos tales como glucosa y ácidos. Que resulta de la producción y acumulación de grandes cantidades de energía. La combustión completa de un sustrato se traduce por la disminución de producción de agua y de gas carbónico.²⁹

La inhalación de aire se hace durante la inspiración y la exhalación durante la espiración, circulación del aire se efectúa gracias a la permeabilidad de las vías respiratorias (nariz, laringe, tráquea, bronquios y alveolos) y los movimientos de la caja torácica y del diafragma, las cuales crean una presión negativa en el árbol respiratorio.

En el niño, las vías respiratorias tienen un calibre inferior a la de los adultos es por ello que su permeabilidad precisa precauciones suplementarias. El proceso fundamental de la respiración puede dividirse en tres partes: la ventilación pulmonar, la difusión de los gases y el transporte del oxígeno y del gas carbónico.² La ventilación pulmonar es un proceso que permite el paso del oxígeno de la atmósfera a los pulmones (inspiración) y el retorno de los gases carbónicos de los

²⁹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.14

pulmones al aire atmosférico (espiración) varios factores son esenciales para una buena ventilación.

- La madurez del antro y del sistema respiratorio
- La proporción del oxígeno en el aire ambiental.
- La permeabilidad de las vías respiratorias.
- El funcionamiento adecuado de los mecanismos reguladores de la respiración.

La difusión de los gases es el proceso que permite el intercambio entre los alveolos y los capilares varios factores influyen la difusión de los gases:

- La diferencia de presión de cada lado de la membrana
- El coeficiente de la difusión de los gases.
- El grosor de la membrana alveolar.
- La extensión de la superficie de la membrana alveolar.³⁰

El oxígeno debe ser transportado desde los pulmones a los tejidos y el gas carbónico debe retornar de los tejidos a los pulmones.

- El número de eritrocitos, es decir, la cantidad de hemoglobina y su afinidad por el oxígeno.
- La permeabilidad de la red arterial periférica.
- El gasto cardíaco.

La respiración normal (eupnea) es silenciosa, rítmica y sin esfuerzo, para dilucidar un poco mejor el funcionamiento de la respiración normal.

Terminología

Amplitud respiratoria: la amplitud representa La importancia del movimiento de la caja torácica.

Ruidos respiratorios: la respiración normal es silenciosa, sin embargo, ciertos ruidos tales como el ronquido pueden observarse en los individuos durante el sueño.

³⁰ Ibidem. L.Riopelle . Pag.8

Color de los tegumentos: un aporte suficiente de oxígeno a las células da un color rosado a la piel, a las mucosas y a las faneras.

Frecuencia respiratoria: es el número de veces que respira un individuo en un tiempo dado, generalmente un minuto.³¹

EDAD	FRECUENCIA/MINUTO
Recién nacido	35 a 50
2 años	25 a 35
12 años	15 a 25
Adulto	14 a 20
Anciano	15 a 25

Las secreciones del árbol respiratorio son transportadas y poco espesas, lubrican las mucosas de las vías respiratorias.

Permeabilidad de las vías respiratorias: las vías respiratorias deben estar libres de cualquier obstáculo para así asegurar la circulación del aire.

Ritmo respiratorio: el ritmo respiratorio es la regularidad o irregularidad de las inspiraciones y espiraciones normalmente las pausas entre la inspiración y la espiración tienen la misma duración y las inspiraciones una amplitud idéntica al estado basal.

Factores que influyen en la necesidad de satisfacción

Factores biológicos

Posturas una buena alineación corporal y una posición adecuada favorecen la expansión torácica. La persona sana puede respirar en diferentes posiciones: de pie, acostada sobre las espaldas, boca abajo o de lado y todo ello sin esfuerzo ni dificultad.³²

Ejercicio: la actividad física con el trabajo muscular supone una demanda suplementaria de O₂ y, por ello mismo un aumento de la forma de CO₂.

³¹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.9

³² Ibidem. L.Riopelle . Pag.10

Alimentación:

Una adecuada hidratación contribuye al mantenimiento de la humidificación de las mucosas respiratorias.

Estatura: la estatura afecta el volumen pulmonar. las personas delgadas y altas tienen generalmente una capacidad vital mayor que las personas bajas y obesas.

Factores psicológicos

Emociones: Las emociones aportan una modificación en la respiración, en efecto la ansiedad, el temor y la cólera aumentan la frecuencia y la amplitud respiratoria debido al aumento de la actividad del simpático.

Factores sociológicos

Aire ambiental: en el ambiente, un porcentaje de oxígeno adecuado es indispensable para facilitar la respiración.

Clima: el calor aumenta la frecuencia respiratoria para permitir la eliminación del calor corporal.³³

Intervenciones de las enfermeras para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad.

1. Averiguar los hábitos del cliente
2. Planificación de las intervenciones
3. Ejercicios respiratorios frecuentes
4. Actividades físicas moderadas: caminar
5. Postura que favorezca la expansión torácica
6. Hidratación adecuada
7. Humedad y temperatura ambientales en los límites de la normalidad
8. Aireación suficiente
9. Ejercicios de relajación para el control de la respiración

³³ Ibidem. L.Riopelle . Pag.11

10. Evitar las comidas copiosas, el tabaquismo, la polución, el sobrepeso, los vestidos ajustados y la inmovilidad.

2.-NECESIDAD DE BEBER Y COMER

Beber y comer: es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de una buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento el mantenimiento de sus tejidos y energía indispensable para su buen funcionamiento.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

Para mantenerse sano, el ser humano tiene necesidad de una cantidad adecuada de alimentos que contengan los nutrientes indispensables para la vida la cantidad y la naturaleza de los nutrientes está relacionada con el sexo y con la edad, corpulencia y talla del individuo.³⁴

Una alimentación adecuada debe contener los cinco elementos siguientes.

Glúcidos, lípidos, prótidos, vitaminas y sales minerales. Y cuatro grupos de alimentos básicos como la leche, y productos lácteos, pan, cereales, y carne y sustitutos, frutas y verduras, legumbres, el agua desempeña un papel importante mantiene el equilibrio electrolítico y la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y de las mucosas del protoplasma celular.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad y crecimiento. las necesidades alimenticias de niños y adolescentes aumentan considerablemente durante su periodo de crecimiento y desarrollo.

Actividades físicas. las actividades cotidianas influyen en gran manera la necesidad de beber y comer.

³⁴ Ibidem. L.Riopelle . Pag.14

Factores psicológicos

Emociones y ansiedad. las emociones (alegría, pena) y la ansiedad pueden influir en el consumo de comida de los individuos y de esta forma modificar sus hábitos alimentarios.

Factores sociológicos.

Clima el organismo tiene necesidad de mas kilojulios en tiempo de frio en invierno los individuos tienen una mayor necesidad de consumir comidas calientes y nutritivas.

Status socioeconómico las necesidades alimenticias de los individuos son a menudo determinados por su status socioeconómico.

Religión. los individuos según la religión a la que pertenezcan tienen ritos y tabús alimentarios lo que influye sobre la necesidad de beber y de comer.

Cultura. los hábitos alimentarios de los individuos dependen de la variedad de alimentos disponibles en su país.

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia

1. Averiguar los gustos y hábitos alimentarios del cliente
2. Planificación de la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades.
3. De la guía alimentaria según la edad, la estatura, y la corpulencia del cliente.
4. De la salubridad de los alimentos.³⁵

³⁵ Ibidem. L.Riopelle . Pag.15

3.-NECESIDAD DE ELIMINAR

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.³⁶

Independencia en la satisfacción de la necesidad

El mantenimiento de la composición del medio interno (liquido extracelular) de forma continua se efectuar por el proceso de homeostasis. El organismo también debe eliminar desechos de la digestión. El quimo intestinal, cuando llega al intestino grueso, contiene sustancias indigestas como las fibras celulósicas de las legumbres, células intestinales, y pigmentos biliares, las sustancias útiles en el organismo, sodio, agua, son absorbidas por osmosis.

Factores que influyen en la satisfacción de, la necesidad

Factores biológicos

Alimentación la cantidad y calidad de alimentos ingeridos por el individuo influyen de forma importante en la satisfacción de la necesidad de eliminar.

Ejercicios.la actividad física mejora el rendimiento muscular y juegan un a papel importante en la eliminación intestinal.

Edad la edad influye en la satisfacción de la necesidad de eliminar si tenemos en cuenta la importancia de control de los esfínteres para eliminación en el niño el control se adquiere de 2 a 3 años cuando la mielinización llega al nivel de la inervación .

Horario de eliminación intestinal; la regularidad del horario en la eliminación intestinal es un factor que influye en la satisfacción de esta necesidad.

Factores psicológicos

Estrés.la ansiedad y las emociones fuertes pueden modificar la frecuencia la cantidad y la calidad de eliminación de orina y heces.

³⁶ Ibidem. L.Riopelle . Pag.16-19

Factores sociológicos

Normas sociales cada sociedad establece medidas higiénicas con el fin de que los individuos respeten la salubridad de los lugares públicos.

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad.

1. Averiguar los hábitos de eliminación del cliente
2. Planificación de los horarios de eliminación del cliente teniendo en cuenta sus actividades
3. Enseñanza
 - De los medios de regularizar la eliminación
 - De técnicas de relajación
 - De ejercicios físicos
 - Del conocimiento de los alimentos y de, los líquidos que favorecen la eliminación.³⁷

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

La movilidad o una postura dinámica dependen de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos estos deben contraerse para producir un movimiento.

³⁷ Ibidem. L.Riopelle . Pag.21

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad y crecimiento los movimientos del niño pequeño están más o menos coordinados pero el dominio lo va adquiriendo a medida que crece y se desarrolla, el niño es muy activo, trepa. Corre, se mueve y adopta todo tipo de posturas.³⁸

Edad	Tensión sistólica	Tensión diastólica
Niño pequeño	75 a 90mm	50mm aprox.
Niño	90 a 110	Hasta 50mm
Adolecente	100 a 120	Relativamente
Adulto	125 a 130	Constante a
Persona mayor	140 a 150	60 a 80mm

Edad	Pulsaciones/minuto
Neonato	120 a 160
5 años	135
10 años	90
15 años	80
20 años	75
25 -40 años	70
80 años	75

Constitución y capacidades físicas; las actividades que requieren un gran esfuerzo físico dependen de la constitución del individuo,

Factores psicológicos

Emociones la postura y las actividades físicas permiten al individuo manifestar sus emociones y sentimientos.

Personalidad. Según su temperamento, ciertos individuos son activos, ardientes, fogosos, apáticos, tranquilos o reposados.

³⁸ Ibidem. L.Riopelle . Pag.25

Factores sociológicos

Cultura la cultura influye en el modo de vida en el sentido de que el individuo vive al ritmo dictado por las reglas que pueden estar marcadas por tradiciones, costumbres y modas.³⁹

Roles social. Según las exigencias de sus empleos, los individuos deben adoptar posturas adecuadas para realizar su trabajo.

Organización social. Toda sociedad posee leyes y reglamentos para que el individuo pueda mantenerse en salud aunque realice un trabajo que le requiera un gran esfuerzo físico o que le obligue adoptar la misma posición durante largo tiempo.⁴⁰

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la necesidad

1. Averiguar las necesidades de ejercicio del cliente
2. Planificación de un programa de ejercicios con el cliente teniendo en cuenta su condición física
3. Enseñanza
4. De ejercicios físicos moderados
5. De técnicas de relajación y de descansó

³⁹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.26

⁴⁰ Ibidem. L.Riopelle . Pag.27

5.-NECESIDAD DE 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.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

Una parte importante de la vida de los seres humanos está dedicada al sueño y al reposo. En los primeros meses de vida, el niño duerme la mayor parte del tiempo; los periodos del sueño disminuyen a lo largo del crecimiento y desarrollo para llegar a ocupar la tercera parte del tiempo en el adulto. El sueño es esencial para el crecimiento y la recuperación del mismo.⁴¹

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad. Las necesidades de sueño y reposo de los individuos varían con la edad.

Durante su crecimiento, el niño tiene mayor necesidad de horas de sueño y esta necesidad disminuye progresivamente hasta la edad adulta en la que se estabiliza.

Ejercicio. Una actividad física adecuada predispone a los individuos a un sueño reparador.

Hábitos ligados al sueño. Ciertos hábitos antes de acostarse (ducha, baño caliente, infusión, leche caliente, lectura o juego con un objeto familiar para el niño) favorecen el sueño.

Factores psicológicos

Ansiedad. La ansiedad puede modificar la calidad y cantidad de sueño y de reposo del individuo.

⁴¹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.29

Factores sociológicos

Horario de trabajo variable tienen un ritmo circadiano que puede estar modificado y así influir en la satisfacción de la necesidad de dormir y descansar.⁴²

Intervenciones de enfermería para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad

1. Averiguar la cantidad y calidad del sueño y del reposo necesarias para el individuo
2. Planificación de los periodos de reposo y sueño
3. Enseñanza de técnicas de relajación, y de medios para favorecer el sueño y el reposo, y modo de vida regular.

6-NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Esto debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del clima (frío, calor, humedad) y permite la libertad de movimientos.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

El ser humano a diferencia de los animales, no tiene plumas ni escamas ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto, si quiere sobrevivir debe de llevar ropas para protegerse del rigor del clima, para el cuidado de salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y necesidad. La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual.⁴³

⁴² Ibidem. L.Riopelle . Pag.30

⁴³ Ibidem. L.Riopelle . Pag.32

Factores que influyen en la necesidad de la satisfacción

Factores biológicos

Edad. La temperatura corporal varía según la edad. El individuo debe proporcionarse la ropa adecuada para protegerse de los cambios de temperatura ambiental.

En efecto, los niños muy pequeños y personas mayores, tienen una temperatura corporal, más baja que los adultos.

Talla y peso. A fin de asegurar su bienestar, los individuos escogen su vestimenta según su talla y peso.

Factores psicológicos.

Creencias. Los individuos adheridos a una religión o una ideología llevan ropas u objetos que son significativos para ellos o para la comunidad que pertenece.

Las emociones. Las emociones influyen en escoger y llevar ropa que permiten a los individuos expresar sus sentimientos.

Factores sociológicos

Clima. Los climas cálidos o fríos obligan a los individuos escoger ropas que les permitan mantener su ropa corporal.

Estatus social. La sociedad por sus normas sociales, impone a los individuos un estatus que les obliga a vestirse o llevar objetos que atestigüen su rango social según sus condiciones financieras, los individuos pueden estar limitados en el escoger y llevar ropas concretas.⁴⁴

La cultura. Algunos pueblos, deseando conservar sus tradiciones, han elegido desde siempre ropas que les distingan de los demás.

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia de la satisfacción de la necesidad

⁴⁴ Ibidem. L.Riopelle . Pag.32,33

1. Averiguar los gustos y el significado de la ropa en el cliente.
2. Enseñanza en el tipo de ropa requerida según el tipo de clima, las actividades, etc.

7. LA NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

Mantener la temperatura corporal es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C y 38°C para mantenerse en buen estado)

Independencia en la satisfacción de la necesidad. La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo.

El calor y el frío captados o percibidos por receptores cutáneos, transmiten los impulsos al hipotálamo, que actúa regularizando la temperatura corporal.

Las vías bucal, rectal y axilar son utilizadas para medir la temperatura. La temperatura rectal es aproximadamente 0.3° más elevada que la bucal y la temperatura axilar es una medida de 0.6° más baja que la bucal.⁴⁵

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos.

Varios factores biológicos afectan la temperatura corporal, estos son el sexo, edad, ejercicio, alimentación y los cambios diurnos.

Sexo. La temperatura de la mujer varía periódicamente. Es relativamente baja hasta el momento de la ovulación. Durante la ovulación se produce una elevación de la temperatura de 0.3 a 0.4°C debido a la acción de la progesterona y persiste durante la segunda mitad del ciclo menstrual.

⁴⁵ Ibidem. L.Riopelle . Pag.36-37

Edad. El neonato y los bebés tienen una termorregulación muy frágil debido a la inmadurez del centro termorregulador, su temperatura corporal está influida por cualquier cambio de temperatura del medio ambiente.

Ejercicio. Una actividad muscular muy elevada, como en el caso de los atletas o de los niños después de los juegos muy animados, puede aumentar la temperatura corporal por encima de la normalidad.

Alimentación. La ingesta de alimentos, particularmente proteínas, elevan temperatura algunas decimas de grado después de las comidas.

Hora del día. La temperatura corporal varia con el día, la mínima se haya entre las 3 y 5hrs de la madrugada (el sueño hace disminuir el metabolismo)

Factores psicológicos

La ansiedad y emociones fuertes, llanto o gritos pueden provocar una elevación de la temperatura corporal causada por la estimulación del sistema nervioso simpático.⁴⁶

Factores sociológicos

Lugar de trabajo. Ciertos empleos que necesitan actividades intensas, predisponen a las personas a una elevación de la temperatura corporal debido al aumento del metabolismo.

Clima. Un clima caliente y húmedo, provoca una elevación de la temperatura corporal así como un clima frio lo disminuye.

Vivienda. La temperatura de una habitación tiene una fuerte influencia en la activad corporal de los individuos.

⁴⁶ Ibidem. L.Riopelle . Pag.38,39

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor.⁴⁷

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad.

Factores biológicos.

Edad. En el niño y la persona mayor, la piel es más sensible, ya que es menos resistente a los cambios de temperatura, a los microbios y a las infecciones.⁴⁸

Temperatura. Cuando hay cambios de temperatura la piel se reseca, agrieta y se deshidrata.

Ejercicio. El ejercicio favorece la circulación y facilita la excreción de residuos orgánicos a través de la piel.

Alimentación. La absorción de una cantidad suficiente de líquidos ayuda a tener la piel flexible y lisa.

⁴⁷ Ibidem. L.Riopelle . Pag.41

⁴⁸ Ibidem. L.Riopelle . Pag.41

Factores psicológicos.

Emociones. Las emociones pueden aumentar la sudoración; esto hace que la piel sea más húmeda y necesite medidas higiénicas apropiadas.

Educación. Según la educación recibida, los hábitos higiénicos varían de un individuo a otro.

Factores sociológicos.

Cultura. La importancia que se dé a la higiene corporal difiere según las culturas.

Corriente social. Los individuos adoptan sus hábitos higiénicos según la moda, (por ejemplo, peinados, uso de terminados productos de belleza).

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Independencia en la satisfacción de la necesidad.

Los individuos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos los que proviene de su entorno físico y social.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad.

Factores biológicos.

Edad y desarrollo. La habilidad de una persona para protegerse está influenciada por su edad.

Factores psicológicos.

Un entorno sano. Es esencial para que los organismos puedan vivir sin peligro.

Estatus socioeconómico. El individuo que tiene un estatus social bastante alto y vive con un cierto desahogo puede estar mejor preparado para luchar contra los peligros, ya que tiene medios para afrontarlos.

Rol social. Según las exigencias de su empleo o de su trabajo, los individuos deben utilizar medidas de protección contra todos los individuos.

Educación. Los padres deben prever que sus hijos aprendan medidas de seguridad a lo largo de su crecimiento.

Organización social. La sociedad debe prever medidas legales a fin de asegurar la protección de los individuos contra los peligros.⁴⁹

Clima. Según el clima los individuos utilizan medios de protección contra los rigores climáticos.⁵⁰

Religión. La práctica de una religión o seguimiento de una ideología permita a los individuos mantener su seguridad psicológica.

Cultura. Las medidas de protección contra los peligros varían según las culturas.²

Intervenciones de la Enfermera para mantener la Independencia en la Satisfacción de la Necesidad.

1. Mantener un medio sano.
2. Enseñanza frente a accidentes en todas las etapas de la vida, infecciones, enfermedades, expansión y control de las emociones, y de los mecanismos de defensa según las situaciones.

10.- NECESIDAD DE COMUNICAR.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes.

Independencia en la satisfacción de la necesidad.

El ser humano tiene necesidad de otros para responder al conjunto de sus necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores.

⁴⁹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.46-48

⁵⁰ Ibidem. L.Riopelle . Pag.49

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad.

Factores biológicos.

Integridad de los órganos de los sentidos y etapas de crecimiento. La capacidad de una persona para intercambiar de manera adecuada con sus semejantes está muy influida por la integridad de los sentidos.

Factores psicológicos.

La inteligencia. La capacidad de comunicar se sustenta, en un principio en el desarrollo de las facultades intelectuales del individuo que le permiten abrirse al mundo exterior para comprender su medio y su entorno.

La percepción. La inteligencia humana conoce el mundo mediante estímulos internos y externos transmitidos al Cortez cerebral por medición de los receptores sensoriales.

La personalidad. El desarrollo de la personalidad se lleva a cabo en todo ser humano según diversos estudios de crecimiento.⁵¹

Factores sociológicos.

El entorno. Puede resultar determinadamente en la satisfacción de las necesidades de comunicar de un enfermo. La cultura y el estatus social. La educación y la cultura tienen también su importancia ya que las formas en comunicarnos son en gran parte aprendidas y los hábitos del grupo familiar o cultural nos marcan.

⁵¹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.50-54

Intervenciones de la Enfermera para mantener la Independencia en la satisfacción de la Necesidad.

1. Averiguar con el cliente sus medios de comunicación.
2. Enseñanza de las medidas necesarias para el mantenimiento de la integridad de los sentidos, el expresar sus emociones, sus sentimientos y sus reacciones. Mantener uniones significativas con las personas de su elección.

11.- NECESIDAD ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

Actuar según sus creencia y sus valores es una necesidad para todo el individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia y de la persecución de una ideología.

Independencia en la satisfacción de la necesidad de actuar según sus creencias y sus valores

El ser humano aislado no existe. Esta en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o el ser supremo.⁵²

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Gestos y aptitudes corporales. los gestos permiten a los individuos satisfacer esta necesidad según sus creencias, pertenencia religiosa, o ambas.

Factores psicológicos

Búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte. El ser humano desde hace décadas busca un sentido busca un sentido a vida y a la muerte.

⁵² Ibidem. L.Riopelle . Pag.55,56

Deseo de comunicar con el ser supremo o el cosmos. El ser humano, tanto su esencia como su espíritu se siente atraído por el ser superior o la energía cósmica y lleva a cabo las acciones que le permitan esta comunicación.

Emociones. Las emociones y los impulsos del individuo le empujan a cumplir actividades humanitarias, o ambas.

Factores sociológicos

Cultura. Todas las sociedades transfieren sus tradiciones, creencias y valores a través de las prácticas religiosas o de la aplicación de ideologías humanitarias.

Pertenencia religiosa. La pertenencia religiosa influyen en gran manera las acciones que el individuo lleva a cabo para satisfacer sus necesidades.

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad

1. Expresión del cliente de sus creencias y valores
2. Planificación de actividades religiosas con el cliente
3. Informar al cliente sobre los servicios ofrecidos para la comunidad.⁵³

12.- OCUPARSE PARA REALIZARSE

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo: este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás.

Independencia en la satisfacción de las necesidades

El ser humano siente el deseo de llevar a cabo las cosas útiles que responden a un ideal en el que cree, lo implica por parte del individuo al escoger una carrera, o bien escoger y pertenecer a ciertos grupos filantrópicos para llevar a cabo obras que le permitan realizarse.

⁵³ Ibidem. L.Riopelle . Pag.59-60

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad y crecimiento. El juego permite al niño desarrollarse y valorizarse, más tarde cuando él pertenece a un grupo (en la escuela, en el ocio), percibe la valoración frente a una sociedad.

Factores psicológicos

Emociones. El llevar a cabo un factor de acciones que respondan a los gustos y a las aspiraciones del individuo es un factor de emoción, le permite realizarse e ir siempre más lejos.⁵⁴

Factores sociológicos

Cultura. Según la cultura, los individuos tienen cierta posibilidad de escoger la carrera o las actividades de ocio dictadas por las normas de la sociedad en que vive.

Roles social. El individuo que tiene la libertad de escoger es sus estudios y su trabajo puede realizarse totalmente siempre que las normas sociales le convengan según los roles que el individuo que juega,

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad

1. Averiguar los gustos y los intereses del cliente
2. Sugerir diverso medios puestos a su disposición para realizarse.

⁵⁴ Ibidem. L.Riopelle . Pag.63

13.-NECESIDAD DE RECREARSE

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico o psicológico.

Independencia en la satisfacción de la necesidad

Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. El ser humano ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la atención engendradora por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades⁵⁵

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad. El desarrollo físico del niño está favorecido por el juego que ocupa gran parte de su tiempo. El tiempo concedido al juego y a la diversidad de actividades recreativas se modifican en la edad escolar y durante la adolescencia. La madurez física permite al adulto escoger las actividades recreativas que le gusta realizar en sus periodos de ocio constitución y capacidades físicas.

Las actividades recreativas que piden un gran esfuerzo físico están relacionadas a la constitución y a las capacidades físicas de cada individuo.

Factores psicológicos

Desarrollo de la personalidad del niño y del control de sus emociones se realiza a través del juego.

Emociones. La actividad recreativa permite al individuo exteriorizar sus emociones y liberarse de sus tensiones.

⁵⁵ Ibidem. L.Riopelle . Pag.63

Factores sociológicos

Cultura. Ciertos pueblos mantienen sus tradiciones mediante el desarrollo periódico de actividades recreativas que son las propias.

Roles sociales (empleo y jubilación). Condiciones de trabajo que permitan un tiempo libre suficiente favorecen la satisfacción de la necesidad de recrearse.⁵⁶

Organización social. Adoptar condiciones que permiten el acceso a actividades diversificadas del tiempo libre tales como descansar, distraerse, aprender y realizarse favorece la satisfacción de la necesidad de recrearse.⁵⁷

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la satisfacción de la necesidad.

- Averiguar los gustos y los intereses del cliente.
- Planificación de actividades recreativas con el cliente.
- Enseñanza:
 - De la actividad recreativa
 - De medidas de precaución seguras.

14.- NECESIDAD DE APRENDER

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de su comportamiento o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar salud.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad

Factores biológicos

Edad. El niño, al inicio de su crecimiento y desarrollo, tiene mucha facilidad para aprender, una enseñanza eficaz le permitirá adquirir hábitos de vida adecuados para el mantenimiento de su salud.

⁵⁶ Ibidem. L.Riopelle . Pag.68

Capacidades físicas. Los seres humanos, según sus condiciones física (órganos de los sentidos, forma físicas, facultades intelectuales), puede, por la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, mejorar su estado de bienestar.⁵⁸

Factores psicológicos

Motivación. Tendencia que empuja al individuo a llevar a cabo ciertas acciones para conseguir un objetivo y así influir en la satisfacción de la necesidad de aprender.

Emociones. las emociones y los sentimientos, tales como la ansiedad pueden acelerar el proceso de aprendizaje, pues la atención que producen puede ayudar al individuo a fijar su atención sobre el objeto de aprendizaje.

Intervenciones de la enfermera para mantener la independencia en la satisfacción en la necesidad de aprender.

- Averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente.
- Elaboración de objetos con el cliente.
- Motivación del cliente frente al aprendizaje
- enseñanza al cliente

De medios para aprender

- Ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje.
- Verificación con el cliente de la consecución de los objetivos.⁵⁹

⁵⁸ Ibidem. L.Riopelle . Pag.69

⁵⁹ Ibidem. L.Riopelle . Pag.70

La salud independencia /dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, se considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener un estado óptimo la propia salud.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como " Falta de Fuerza", Falta de Conocimiento "o Falta de Voluntad".

Las causas de la dificultad son obstáculo o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1. Falta de fuerza. Interpretamos por FUERZA, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.
2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. 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.⁶⁰
4. La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. el tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá determinado por el grado de dependencia identificado.

⁶⁰ M.Phaneuf/ la planificación de cuidados enfermeros /Mc Graw Hill-Interamericana. Pag 10

NIVELES DE INDEPENDENCIA EN EL NIÑO

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

NIVELES DE DEPENDENCIA EN EL NIÑO

Algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia. Estas manifestaciones pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo de que sea la propia persona la que les exprese o sana observadas por la enfermera.

También puede manifestarse por hábitos que dañan la salud (tabaquismo, alimentación, poca fibra, sedentarismo, etc).

NIVELES DE DEPENDENCIA

El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades.⁶¹

⁶¹ Ibidem Phaneuf. Pag.16

NIVELES DE DEPENDENCIA/INDEPENDENCIA

Independencia	Dependencia				
<p>Nivel 0 La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda</p>	<p>Nivel 1 La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia para asegurarse de que lo hace bien o para que le presta alguna ayuda</p>	<p>Nivel 2 La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis</p>	<p>Nivel 3 La persona debe de contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar en ellos</p>	<p>Nivel 4 La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar en ellos</p>	<p>Nivel 5 La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello</p>

NIVELES DE MOTIVACION EN LA INDEPENDENCIA

- La ausencia total de motivación
- La motivación suscitada por miembros del equipo de cuidados puede durar algún tiempo y después desaparecer
- La motivación producida por el miedo, suele estar presente mientras hay peligro inminente de una enfermedad grave o de una complicación.
- La motivación para actuar, es la única realmente duradera.

En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible-en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencias o ayuda) más adecuado a la situación todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que no indicaran los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo conseguir su independencia máxima a la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Significa que nosotras le proporcionaremos la independencia, si no que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.⁶²

⁶² Ibidem Phaneuf. Pag.17

4.4 PROCESO DE ENFERMERIA

Desde la década de los 50 Enfermería ha buscado establecer las bases del método científico en su proceso que permita proporcionar cuidados de enfermería de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Enfermería ha sido descrito por varios autores como una aplicación del enfoque de solución de problemas, así como un método científico, ya que proporciona una estructura lógica en la que se basan los cuidados de enfermería

El Proceso de Enfermería, es un método sistemático y dinámico, que tiene *como* objetivo identificar las necesidades de salud, para brindar un cuidado integral, humanístico y lograr una mejor calidad de vida en la persona.

El proceso tiene como elemento esencial el ser planeado, centrado en la persona, familia o comunidad, orientado a problemas y dirigido a metas con un fin común.

Es dinámico, cíclico, en el que interactúan enfermera - persona, familia y/o comunidad, que le permite ordenar, organizar, preparar y modificar las acciones de enfermería.

El Proceso de Enfermería, tiene ciertas características:

Es un *método*, del griego *métodos* de meta hacia o con y *odós* camino o vía; por lo tanto es un camino hacia algo. El Proceso es una serie de pasos a seguir al actuar por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y así relacionar o solucionar problemas con la salud de la persona, familia y comunidad.⁶³

Es sistemático, por estar conformado de cinco etapas, con un orden lógico, con el fin de obtener los resultados que fueron planeados.⁶⁴

Es humanista, por considerar a la persona como un ser holístico, que es la suma de sus partes, un ser único y complejo.

Es dinámico, por estar sometido a constantes cambios.

Es interactivo por requerir de la interrelación enfermera-persona, para lograr objetivos comunes.

⁶³ DuGas BW Tratado de enfermería practica,Practica,Edit.Mc Graw-Hill Interamericana,Mexico,D.D, 1986,

⁶⁴ Ibidem.DuGas.Pag.73

VENTAJAS

Para la persona son:

1. Participar en su propio cuidado.
2. Continuidad en la atención.
3. Mejorar la calidad de la atención.

Para enfermería:

1. Crecimiento profesional.
2. Satisfacción en el trabajo.
3. Lograr plasmar y escribir su trabajo diario con un orden y secuencia adecuada.

Como todo método, el Proceso de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Las etapas se llevan lógicamente una después de la otra.⁶⁵

Valoración: Es la primera etapa del Proceso de Enfermería, consiste en la recopilación de datos objetivos y subjetivos, con el objetivo de identificar y determinar las necesidades de cuidado de enfermería de la persona, familia y comunidad.

Esta etapa es total e integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico. Se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas.

La recolección de los datos puede ser generalizada y específica (focalizada); como primer paso se obtendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud general, y una vez detectado un problema real o de riesgo, se procederá a centrar la valoración en un área clínica

Datos subjetivos: son aquellos que la persona refiere y manifiesta, es una percepción de carácter individual.

⁶⁵Ibidem.DuGas.Pag.73

Datos objetivos: es la información que se puede observar y medir, a través de los órganos de los sentidos.

La recopilación de datos se obtiene a través de la fuente, que son dos básicamente:

- Fuentes primarias: a través de la persona, se obtienen datos Subjetivos.
- Fuentes secundarias: a través de familiares, profesionales de la salud, Registros, bibliografía sobre el tema, así como de estudios de diagnóstico,⁶⁶

Los métodos básicos en los que se apoya la valoración son:

- Observación: se utilizan todos los sentidos.
- Entrevista: es una comunicación planificada, o bien una conversación

Con una finalidad. Se establece a través de la comunicación con el objetivo de recoger datos de información. Puede ser:

1. Directa: Es estructurada, se realiza a través de preguntas cerradas, para obtener información específica.
2. No dirigible: Se realiza con preguntas abiertas, se permite dar

Dentro de la entrevista se consideran datos biográficos de la persona, familia; antecedentes patológicos personales y familiares; aspectos a valorar según el modelo de enfermería en el que se vaya a trabajar así como los datos para el exámen físico.

El tiempo, lugar y posición influyen en el desarrollo de la entrevista. Siempre se debe procurar que la persona se sienta cómoda y tranquila.

La entrevista está formada de tres etapas:

1. Introducción: se establece una orientación, así como los objetivos.
2. Cuerpo: es el desarrollo de la entrevista.
3. Cierre: cuando se ha logrado el objetivo de la entrevista de obtener la Información correspondiente se da por terminado. En ocasiones la persona es quien da por terminada la entrevista.⁶⁷

⁶⁶ Ibidem.DuGas.Pag.74.

⁶⁷ Ibidem.DuGas.Pag.75

Exploración Física: Se obtienen datos subjetivos y objetivos. Incluye una valoración física de cabeza a pies o por sistemas corporales, que requiere de cuatro técnicas: palpación, percusión, auscultación, e inspección. También se incluyen determinaciones antropométricas.

Inspección: Es un examen donde se utiliza el sentido de la vista. Se apoya de instrumentos con luz, como un otoscopio. Se valora el color, la forma del cuerpo, expresiones faciales, estructuras corporales. Es sistemática.

Palpación: Es la valoración del cuerpo, apoyado en el sentido del tacto, utilizando las yemas de los dedos. Se utiliza para determinar, la textura, temperatura, posición, tamaño, consistencia, masas, presencia y frecuencia de pulso, molestias y dolor.

Percusión: La superficie del cuerpo es golpeado con el objetivo de producir sonidos que se puedan oír o puedan sentir vibraciones. Hay dos tipos: Percusión directa: se golpea directamente al área con las yemas de los dedos.

Percusión indirecta: es el golpe de un objeto que se mantiene contra la zona del cuerpo que se va a examinar.

Se determina: El tamaño, la forma de los órganos internos estableciendo su borde, también indica si el tejido está lleno de líquido, aire o sólido.

Al percutir se producen cinco sonidos: llano, sordo, resonancia, hiperresonancia y timpánico.

Auscultación: Es el proceso de escuchar los sonidos producidos dentro del cuerpo.

Auscultación directa: Es a través del oído, sin ayuda de algún tipo de aparato.

Auscultación indirecta: Es mediante aparatos que nos ayudan amplificar los sonidos.⁶⁸

⁶⁸ Ibidem.DuGas.Pag.74

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

DEFINICIÓN (NANDA 1990)

"Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

Diagnóstico: Es la fase final de la valoración. Es el juicio o conclusión que emite la enfermera después de hacer una valoración. Es la base para establecer objetivos y planear las intervenciones de enfermería.

La formulación del diagnóstico se puede realizar a través de formatos.

Formato PES

P: describe el problema, es el título o etiqueta del diagnóstico.

E: etiología del problema.

S: son los signos y síntomas.

Otra forma de redactar los diagnósticos, es a través la Taxonomía de la NANDA, que clasifica y agrupa los once patrones de respuesta humana. Ha identificado tres tipos de diagnóstico:

Reales: Es un juicio clínico sobre una respuesta actual de una persona, familia o una comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud. Se apoya de la existencia de datos objetivos y subjetivos, además de tener factores relacionados.⁶⁹

Alto Riesgo: Es un juicio clínico en relación de la mayor vulnerabilidad para presentar un problema.

Bienestar: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

⁶⁹ Kozier Bet.al.Enfermería fundamental.Edit.Mc Graw-Hill Interamericana,Mexico,D.D.1994 Tomoll.

Planificación: Es la tercera etapa del proceso de enfermería. Es el proceso de organizar las intervenciones de enfermería con el objetivo de eliminar, disminuir o prevenir los problemas de salud establecidos en la etapa anterior, a fin de lograr cuidados de enfermería integral, individualizada y de calidad. Así como fomentar la promoción de la salud.

Para llegar a la planificación es indispensable la obtención de datos como la redacción de los diagnósticos de enfermería, en base a esto se establece los objetivos a corto y largo plazo, así como el plan de cuidados.

Se lleva a cabo en etapas:

1. Establecer prioridades: se da mayor prioridad al diagnóstico que de alguna manera interactúa con los demás y a la vez se observa mayor alteración. Por lo tanto se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas.
2. Fijar los objetivos: deben estar dirigidos a la restauración, mantenimiento, y promoción de la salud de la persona, familia y comunidad. Permiten dirigir las acciones de enfermería para solucionar los problemas de salud encontrados.⁷⁰

Los objetivos planteados, deben cumplir con ciertas características como:

Dar solución al problema: Estar dirigidos a la persona, familia y/o comunidad, ya que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros.

Deben ser claros y precisos: Con los siguientes elementos en su redacción: sujeto, verbo. Condición y criterios de realización, Involucrar a la persona y su familia para perseguir el mismo fin , ser realista.

Existen tres tipos de objetivos:

Corto plazo: Son aquellos que se pueden llevar cabo a través de horas, así como de un modo favorable y rápido. Son óptimos para establecer una atención inmediata en situaciones de urgencia cuando la persona es inestable y los resultados a largo plazo son inciertos.

⁷⁰ DuGas BW Tratado de enfermería practica, Practica, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.D, 1986

Mediano plazo: Son para llevarse a cabo en un tiempo intermedio de t31 forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros de la persona y mantener la motivación.

Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo prolongado.

Planificación de las estrategias de enfermería: Las estrategias de enfermería son acciones. Es un proceso de toma de decisiones. Con el fin de lograr los objetivos. Centrado en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería. Las acciones de enfermería deben proporcionarse de forma individualizada de acuerdo a las necesidades individuales de la persona.⁷¹

Documentación del Plan de cuidados: es un registro que lleva a cabo la enfermera. Lo que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar los resultados obtenidos.

El Plan de cuidados debe cubrir ciertas características:

Debe ser individualizado: Debe responder a problemas y factores relacionados o bien a riesgos específicos.

Debe haber una participación: Tanto de la persona como de la familia y/o comunidad en su elaboración.

Debe haber una actualización: Con respecto a los cambios de la Persona y a los avances de la enfermería como disciplina científica.

Debe contar con una fundamentación científica: De las acciones de enfermería.

Debe ser fuente de comunicación: Entre los profesionales de la salud.

Ejecución: es la cuarta parte del proceso, que inicia una vez que se ha elaborado el plan de cuidados de enfermería. Consiste en llevar a cabo las acciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados, para ayudar a la persona a lograr los objetivos.⁷²

⁷¹ Rodríguez, op.cit. pag.58

⁷² DuGas BW Tratado de enfermería práctica, Práctica, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.D, 1986.

Enfermería realiza tres tipos de actividades:

- Actividades independientes: son las que se realizan como resultado del propio conocimiento y capacidad, siendo responsable tanto de las decisiones como de las actividades.
- Actividades dependientes: se realizan bajo la orden o la supervisión de un médico o cualquier otro profesional de la salud, de acuerdo a las rutinas establecidas.
- Actividades en colaboración: se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

Durante la ejecución se lleva a cabo una nueva valoración de la persona, una determinación de las necesidades y aplicación de acciones de enfermería.

Las actividades de enfermería deben ser notificadas verbalmente y por escrito después de haberlas elaborado.

Esta etapa se desarrollo en tres fases:

1. Preparación: Consiste en revisar las acciones, debe de haber una relación en las características de la persona y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la salud.⁷³

Estar consciente de las posibles complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.

Contar con el equipo y material indispensable para desarrollar el plan de cuidados. Delegar cuidados enfermeros correctos que se apeguen a cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona c0rrecta, comunicación correcta y evaluación correcta.

2. Intervención: Consiste en la prestación de cuidados para conseguir los objetivos. Cuando las respuestas humanas y (fisiológicas son cambiantes es indispensable, la revaloración para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.

⁷³ Ibidem.DuGas Pag.73

3. Documentación: El registro que realiza enfermería de las acciones llevadas a cabo, permite mantener informados a otros profesionales de la salud, sobre datos de valoración así como de los cuidados proporcionados y de las respuestas de la persona y familia, también sirve de respaldo legal de las actuaciones de enfermería.

Los registros deben incluir fecha, hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, así como nombre y firma de la enfermera. Las notas deben ser concisas, claras. Completas, legibles, relevantes y oportunas.

4. Evaluación: Es la última etapa del proceso de enfermería, es continua y precisa, por lo que está presente en la valoración, el diagnóstico, la planeación de cuidados y la ejecución. Consiste en valorar si se ha logrado alcanzar los objetivos establecidos. Se concluye si las intervenciones de enfermería deben culminarse, revisarse o cambiarse.⁷⁴

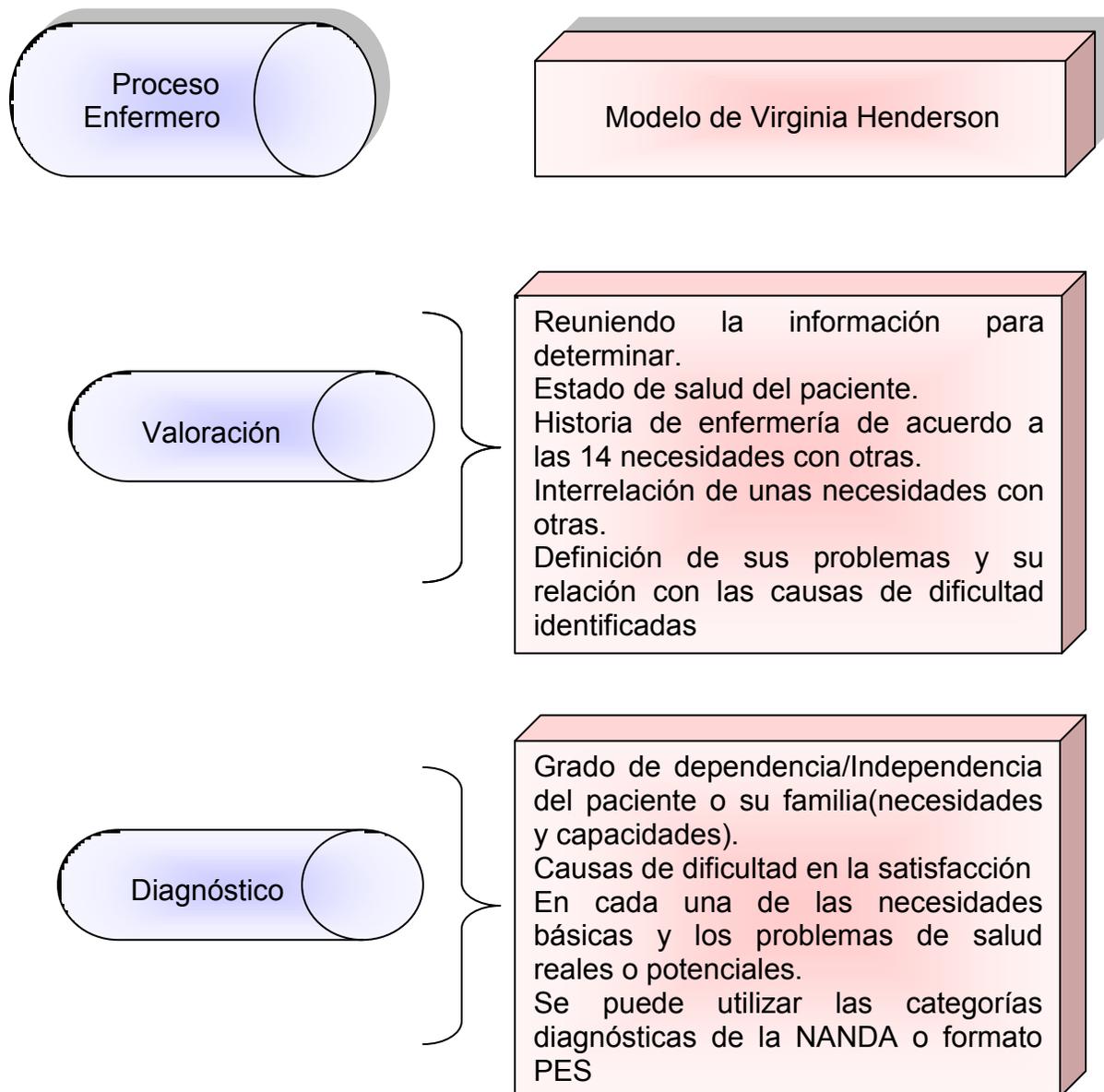
Durante dicha etapa se recogen los datos con el propósito de verificar si se lograron los objetivos. Los datos se obtienen a través de la observación. Comunicación directa con la persona y de los registros del resto del personal. Posteriormente se realiza una comparación de los datos obtenidos con los establecidos. Se determina si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

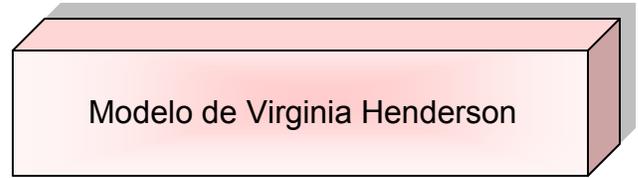
A través de la evaluación, se determina la eficacia de las etapas anteriores, como también permite hacer modificaciones en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución, para la solución de problemas de la persona, familia y comunidad.

⁷⁴ Ibídem, pag.75

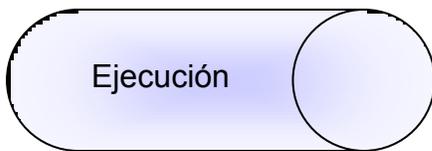
4.5 RELACION PROCESO DE ENFERMERIA Y VIRGINIA HENDERSON

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Como todo un proceso, desde el punto de vista operativo consta de una cesión de 5 etapas correlativas e interrelacionadas de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas, cada una de las cuales contiene a su vez diversos pasos.





Se desarrolla un plan de acción con el paciente y su familia, que incluye: Determinar prioridades y objetivos, actividades de enfermería, paciente y familia; que ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecidos. Formulación de los objetivos de independencia. Los resultados esperados corresponden a las áreas del problema de conocimiento voluntad y fuerza.

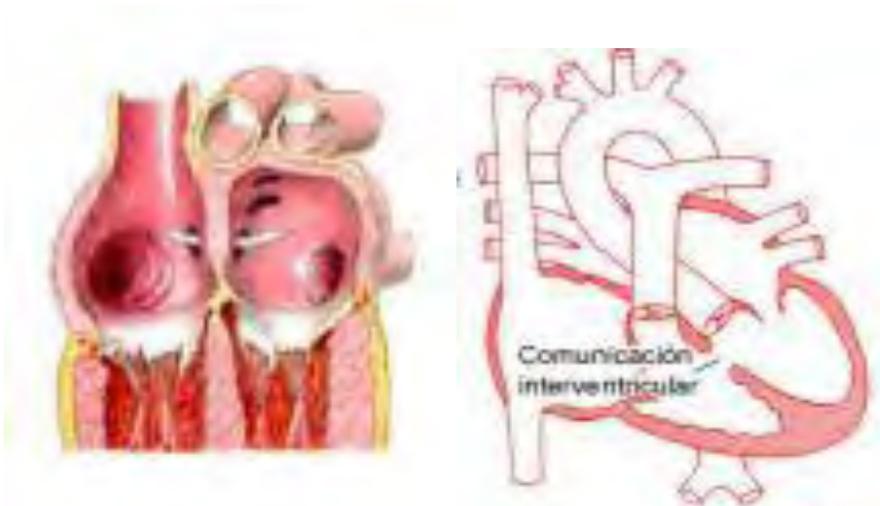


Elección del modo de intervención (suplencia, ayuda)
Realización de actividades prescritas durante la fase de la planeación.
Se determinan las intervenciones del paciente o la familia en el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances.



De dependencia mantenidos o alcanzados a partir de la ejecución del plan de cuidados.
Se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados.

4.6 DAÑOS A LA SALUD



COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

Es la persistencia de la apertura de la porción superior del tabique interventricular debido a la falta de fusión con el tabique aórtico y que permite el paso de sangre

FISIOLOGÍA DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

Del ventrículo izquierdo donde la presión es elevada, hasta el ventrículo derecho cuya presión es baja. En los defectos pequeños o moderadamente grandes defectos del tabique, las presiones entre los dos ventrículos son iguales y la derivación dependerá de la resistencia vascular pulmonar relativa y de la resistencia vascular de la circulación general⁷⁵

EMBRIOGÉNESIS

Entre la 1ª 5ª y 8ª semana de vida fetal, el ventrículo único se divide en 2 cavidades por formación de un tabique. Es una pared muscular grande que crece

⁷⁵ Cooper MJ, Tyndall M. Silverman NH: Responsiveness of elevated pulmonary vascular resistance in children by Doppler echocardiography 1988; 12:470

hacia arriba, desde lo que se será la punta del corazón hacia el tabique auriculoventricular.

La porción posterior del tabique suele fusionarse, Pero la porción anterior del tabique bulbar quizá no, y queda un defecto anterior que, en estado normal es cerrado por crecimiento hacia debajo de un tabique membranoso que se fusiona con la separación muscular ya formada.

Cuando el tabique membranoso no se une completamente con la porción muscular, persiste la permeabilidad del tabique interventricular.

MORFOLOGIA

El defecto interventricular puede ser pequeñísimo que solo permite el paso de sonda, o tener varios centímetros que admiten abordar el tronco de la arteria pulmonar y realizar una construcción parcial del mismo o “banding” con objeto de interponer una resistencia importante este nivel, evitando así que continúe la inundación pulmonar.

En los otros casos el defecto se corrige bajo visión directa utilizando la derivación cardiopulmonar. Se pueden suturar en forma directa los defectos pequeños menores de 1cm diámetro o con un parche de teflón los más grandes.

La profilaxis del bloqueo cardiaco quirúrgico dependerá del cuidado que se tenga en evitar poner puntos sobre el haz de conducción, en el borde postero-inferior del defecto. Si se ha provocado el bloqueo cardiaco hay que dejar colocado un electrodo epicardico permanente para estimularlo con marcapasos transistorizado portátil. El momento más adecuado para la corrección es entre los dos y los 14 años de edad.

Después del nacimiento, los pulmones se expanden por la ventilación. La resistencia sistema se incrementa rápidamente mientras que el pulmón disminuye. En las primeras horas de vida, Las resistencias pulmonares y sistémicas se encuentran balanceadas, por lo que, aún en presencia de una comunicación interventricular amplia, no existiría cortocircuito significativo. Si la comunicación interventricular es amplia, existiría hipertensión ventricular derecha similar a la

aortica y a la ventricular izquierda. Habitualmente esto ocurre cuando el tamaño de la comunicación interventricular es similar o mayor que el diámetro aórtico. De este modo, el cortocircuito de izquierda a derecha dependerá de la magnitud de las resistencias pulmonar. Como las resistencias pulmonares caen después del nacimiento, habrá flujo preferencial hacia los pulmones, estableciéndose el cortocircuito de izquierda a derecha. Para mantener un volumen sistémico adecuado, el ventrículo izquierdo incrementa su gasto para compensar el cortocircuito. La disminución de las resistencias vasculares pulmonares se hace en forma progresiva en las primeras semanas de vida; a medida que esto ocurre, se incrementa el cortocircuito de izquierda a derecha, aumentando por consiguiente el flujo pulmonar y el retorno venoso al atrio izquierdo y al ventrículo izquierdo. El incremento en el retorno venoso eleva la presión telediastólica del ventrículo izquierdo a tal punto que esa cámara por un llenado diastólico importante, supera el límite de su curva de función; de este modo, aparece insuficiencia contráctil ventricular izquierda. Las consecuencias inmediatas serán un incremento aún mayor en la presión media del atrio izquierdo, hipertensión venocapilar pulmonar y edema agudo pulmonar. La incapacidad de tener un gasto adecuado hace que disminuya el gasto ventricular izquierdo. Un poco más tarde aparece la insuficiencia ventricular izquierda. Derecha; sin embargo, algunas veces esta se manifiesta varias semanas después de la insuficiencia izquierda.⁷⁶

Pacientes que viven en determinada altitud por encima del nivel del mar presentan una caída lenta de las resistencias pulmonares como consecuencia de la hipoxia. El edema pulmonar por sí solo también retrasa la caída de las resistencias pulmonares. El incremento de tales resistencias debido a la hipoxia disminuye el cortocircuito de izquierda a derecha, el retorno venoso al atrio izquierdo y la disminución de la hipertensión venocapilar pulmonar. En niños prematuros con comunicación interventricular, la insuficiencia cardíaca es de aparición precoz entre la segunda y la cuarta semana. Este comportamiento probablemente se

⁷⁶ Cooper MJ, Tyndall M. Silverman NH: Responsiveness of elevated pulmonary vascular resistance in children by Doppler echocardiography 1988; 12:470

deba a que en los prematuros existe una caída más rápida de las resistencias pulmonares. Las resistencias pulmonares vasculares en las comunicaciones interventriculares amplias no caen a niveles normales. Entre los tres y seis meses de edad se observa una disminución alrededor de 3 o 4 unidades/m² de superficie corporal. Este comportamiento es distinto en pacientes con corazones normales, en los que la caída es hasta 1 o 2 /m² de superficie corporal.

Las alteraciones histológicas son las responsables de las resistencias vasculares pulmonares. Se caracterizan por el aumento de grosor de las fibras lisas de la capa media de las arterias pulmonares. Otras veces no se observa involución de la hipertrofia muscular que existe en el nacimiento; de este modo, el incremento de las resistencias estaría dado por la persistencia del patrón fetal. El tiempo necesario para estos cambios es variable, ocurriendo alrededor del noveno mes de vida, aunque en la capa media puede dominar el patrón histológico por muchos años. Además de los cambios existentes en la capa media de las arteriolas, aparece proliferación gradual del endotelio vascular que afecta fundamentalmente parte de la luz de las arteriolas. Estos cambios son excéntricos, pero pueden ser lo suficientemente importantes para producir obstrucciones. El desarrollo de las alteraciones en la capa íntima es igualmente muy variable. Puede presentarse específicamente en unos cuantos vasos en los primeros dos años de vida, pero progresa poco a poco con independencia del número de arterias afectadas. Se ha observado que los cambios pueden ocurrir en los primeros 15 años de vida. A medida que se incrementan las resistencias pulmonares, disminuye el cortocircuito de derecha a izquierda a nivel ventricular y también el retorno venoso al atrio izquierdo. Como consecuencia, cae la presión media del atrio izquierdo y la presión telediastólica del ventrículo izquierdo, mejorando de este modo el cuadro congestivo. Este cambio hemodinámico empieza habitualmente a los seis meses de edad; al final del segundo año, ya no es frecuente encontrar en estos pacientes cuadros congestivos. El incremento de las resistencias pulmonares a niveles superiores a los de la resistencia sistémica invierte el cortocircuito ventricular y aparece la cianosis, primero durante el esfuerzo y luego en reposo, cuando se

vuelve persistente. En las comunicaciones interventriculares de tamaño mediano, la fisiopatología dependerá del área del defecto. Cuando la presión sistólica de ventrículo derecho es mayor de 50% de la presión sistémica, estos pacientes pueden desarrollar resistencias vasculares pulmonares elevadas al igual que los portadores de comunicaciones interventriculares grandes. Cuando la presión sistólica del ventrículo derecho esta entre 40 y 75% de la presión sistémica, aparece la insuficiencia cardiaca, habitualmente controlable con fármacos específicos.

Las comunicaciones interventriculares pequeñas se localizan con frecuencia en el tabique muscular y no permiten incremento en las resistencias pulmonares. La maduración de las arteriolas pulmonares sigue el curso habitual de una persona con corazón sano. En estos pacientes, la presión sistólica de la arteria pulmonar es normal; estos defectos con frecuencia se cierran en los dos primeros años de vida; otras veces el cierre espontaneo puede ocurrir más tarde. Si la comunicación interventricular es muy amplia y los pacientes sobreviven, aparece enfermedad vascular pulmonar hipertensiva. Estas alteraciones casi siempre se desarrollan en los pacientes con defectos suficientemente grandes para producir cortocircuito importante y presión sistólica de arteria pulmonar superior al 50% de la sistémica. Si el flujo pulmonar es tres veces mayor que el valor normal y la presión sistólica de la arteria pulmonar es superior al 50% de la sistémica, inevitablemente incrementaran las resistencias vasculares pulmonares si no se cierra el defecto. Si el flujo pulmonar es menos de dos veces su valor normal y la presión sistólica de la arteria pulmonar no está elevada, difícilmente se incrementaran las resistencias arteriales pulmonares⁷⁷.

⁷⁷ Cooper MJ, Tyndall M, Silverman NH: Responsiveness of elevated pulmonary vascular resistance in children by Doppler echocardiography 1988; 12:470

La comunicación interventricular puede cerrarse espontáneamente. La incidencia del cierre espontáneo no es del todo conocida, y la frecuencia varía en diferentes series, siendo más frecuentes en aquellos defectos restrictivos. Parece ser que el cierre espontáneo ocurre en el 30% de los pacientes en los primeros dos años de vida; es probable que a los diez años se hayan cerrado el 50% de los casos. Se considera que entre el 5 y 10% de las comunicaciones interventriculares con importante repercusión hemodinámica, sufren cierre espontáneo y que probablemente entre el 50 y 80% de las pequeñas tienen la misma evolución. Varios son los mecanismos de cierre espontáneo de las comunicaciones interventriculares. Probablemente, la causa más frecuente se deba hipertrofia del músculo del tabique interventricular que circunda el defecto. Otras veces el defecto septal ventricular puede ser cerrado por la hoja septal de la tricúspide que se adosa al tabique interventricular. El adosamiento podrá ser provocado por una endocarditis infecciosa no diagnosticada y tratada como una infección inespecífica. Si la cúspide está dañada por el proceso infeccioso, puede perforarse, y resulta en una fístula “ventrículo izquierdo- atrio derecho”. Otro mecanismo de cierre se debe al paso de sangre a alta velocidad a través del defecto, lo que crea una presión negativa inmediatamente debajo de la hoja septal, atrayéndola hacia el margen del orificio. Sorpresivamente el cierre espontáneo por adhesión de la válvula tricúspide no produce insuficiencia tricúspidea. Muchas veces la desaparición del soplo ocurre entre un espacio de tres a seis meses.

El aneurisma de la porción membranosa del tabique interventricular es una malformación anatómica relativamente frecuente en los casos de comunicación interventricular. Tienen forma sacular, esta adosado a los bordes de la comunicación interventricular y su tamaño es variable. Los portadores de aneurisma del tabique interventricular generalmente están sintomáticos; su presencia debe sospecharse en aquellos casos de comunicación interventricular en vías de cierre espontáneo. Existe, un pequeño número que presenta arritmias cardiacas tales como extrasístoles supraventriculares, paroxísimo de fibrilación o

Flutter atrial, Bloqueo atrio ventricular de grado variable con síndrome de Stokes-Adams y posteriormente fibrilación ventricular. La insuficiencia aórtica que aparece en la evolución de una comunicación interventricular es más frecuente en los casos de defecto inter infundibulares que en los perimembranosos. Algunas veces, El prolapso de la válvula sigmoidea aórtica ocluye el defecto septal, disminuyendo el cortocircuito de izquierda a derecha. Muchos de estos pacientes no presentan la lesión en el primer año de vida.

Se piensa que el prolapso de la sigmoidea se debe a que la estructura anatómica que sostiene la valva se debilita progresivamente; otros piensan que la ausencia del tabique infundibular inmediatamente por debajo de la sigmoidea facilita su prolapso hacia el defecto septal, produciendo regurgitación valvular⁷⁸.

DATOS CLINICOS

Disnea de esfuerzo

Insuficiencia cardiaca

Soplo sistólico moderado

Soplo medio diastólico suave

Cardiomegalia derecha, Hipertensión pulmonar

Dilatación de la arteria pulmonar.

DATOS RADIOLOGICOS

Arterias pulmonares crecidas con pulsatilidad aumentadas e íleos acentuados.

Crecimiento de cavidades derechas y botón aórtico pequeño.

⁷⁸ Cooper MJ, Tyndall M, Silverman NH: Responsiveness of elevated pulmonary vascular resistance in children by Doppler echocardiography 1988; 12:470

DATOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

En defectos de ostium secundum desviación del eje eléctrico a la derecha.

Hipertrofia del ventrículo derecho

Bloqueo completo o incompleto de rama derecha en defectos de ostium primum. Desviación del eje eléctrico a la izquierda, con rotación antihoraria en el plano frontal. El comportamiento de la cardiopatía depende fundamentalmente del tamaño del orificio y del nivel de las resistencias vasculares pulmonares.

CLASIFICACION

Se puede reconocer dos grandes grupos. Los defectos provocados por falla en la coaptación de los tabiques provocados por falla en la coaptación de los tabiques de separación de los dos ventrículos los que produce en la porción muscular del tabique.

Estos último habitualmente son pequeños situados en las porciones bajas del tabique interventricular definitivo y constituyen la enfermedad Roger. Los primeros se dividen a su vez en basales anteriores, medís y posteriores: según su situación con respecto al espolón de Wolff.

1.-Tipo basal anterior.- Defecto del tabique bulbar situado por delante de la cresta supraventricular

2.-Tipo basal medio.- Es del tipo membranoso que es el más frecuente ya que este tabique membranoso es el ultimo segmento que cierra el agujeró interventricular

3.- Tipo basal posterior.- Se encuentra localizado relativamente cerca del defecto del tabique ventricular membranoso pero por debajo y por detrás del mismo.

ESCALA DE VALORACIÓN DE EDEMA

ESCALA	DESCRIPCIÓN	PROFUNDIDAD DE LA FOVEA	TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA FOVEA
0	No presente	0	-
1+	Rasgos	0-1/4" (<6.4 mm)	Rápido
2+	Leve	1/4- 1/2" (<6.4-12.8 mm)	10-15 segundos
3+	Moderado	1/2 - 1" (12.8 mm -2.5 cm)	1-2 minutos
4+	Severo	<1" (>2.5 cm)	2-5 minutos

79

ESCALA DE PALPACIÓN DE PULSO

ESCALA	DESCRIPCION
0	No palpable
1+	Levemente palpable (débil y filiforme)
2+	Palpable (pulso normal)
3+	Lleno (pulso hiperdinamico)

80

ESCALA DE VALORACIÓN DE LOS SOPLOS CARDIACOS

GRADO	DESCRIPCIÓN
I/IV	Muy débil, puede que solo sea audible si no hay ruidos ambientales
II/IV	Leve, pero claramente audible
III/IV	Moderadamente alto

⁷⁹ Cuidados intensivos de enfermería. Autor Ureden, Lough, Stacy Harcourt/océano Pag 103

⁸⁰ Cuidados intensivos de enfermería. Autor Ureden, Lough, Stacy Harcourt/océano Pag 102

IV/IV	Alto, puede asociarse con un thrill
V/IV	Muy elevado, thrill fácilmente palpable
VI/IV	Muy elevado, pero puede escucharse sin estetoscopio; thrill palpable y visible

81

⁸¹ Cuidados intensivos de enfermería. Autor Ureden, Lough, Stacy Harcourt/océano Pag 104

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

DEFINICIÓN DE MORAL

La palabra moral se deriva del latín *moralis*, que se define como «bueno o correcto en la conducta o en el carácter que establece la distinción entre el bien y el mal, principios del bien y el mal basados en la costumbre»⁸². La moral es el «debe» y el «no debe» de las acciones y los comportamientos, y ha estado íntimamente relacionada con las costumbres y los comportamientos sexuales en la sociedad occidental. Los valores y las creencias religiosas y culturales moldean en gran parte los pensamientos y las acciones morales de la persona. La moral forma la base para la acción y proporciona un marco para evaluar el comportamiento⁸³.

DEFINICIÓN DE ETICA

La palabra *ética* se deriva del griego *ethos*, que se define como «el sistema o código de moral de una persona, religión, grupo o profesión específicas... el estudio de las normas de conducta y de juicio moral»⁸⁴.

El término *ética* se utiliza en ocasiones de manera intercambiable con la palabra *moral*. Sin embargo, la ética se ocupa más del «por qué» de la acción, que de establecer si ésta es correcta o equivocada, buena o mala⁸⁵. Implica la realización de una evaluación basada teóricamente en un conjunto de normas o derivada teóricamente del mismo. La *ética normativa* es la división de la ética que se centra en las «normas o criterios de comportamiento y valor, y de su aplicación final a la vida diaria»⁸⁶, haciendo énfasis en la evaluación para guiar la acción moral.

⁸² Guralnik D, editor: *Webster's new world dictionary of the American language*, New York, 1981, Simon & Shuster.

⁸³ Cuidados intensivos de enfermería. Autor Ureden, Lough, Stacy Harcourt/océano Pag 9

⁸⁴ American Nurses Association: *Code for nurses with interpretive statements*, Kansas City, Mo, 1985, The Association.

⁸⁵ Catalano JT: Systems of ethics: a perspective, *Crit Care Nurs*14(6):91, 1992.

⁸⁶ Fowler M: Introduction to ethics and ethical theory: a roadmap to the discipline. In Fowler M, Levine-Ariff J, editors:

La *bioética* incorpora todos los aspectos de la vida, pero se refiere muy a menudo a la ética de la asistencia sanitaria y a la aplicación de los principios éticos a los casos individuales.

PRINCIPIOS ETICOS

Hay principios éticos derivados de las teorías éticas clásicas y que se utilizan en la toma de decisiones sanitarias. Los principios son directrices generales que gobiernan la conducta, proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones. Los seis principios éticos que se analizan en este capítulo son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, veracidad, fidelidad y justicia/distribución equitativa de recursos⁸⁷.

AUTONOMÍA

El concepto de autonomía aparece en todos los escritos antiguos y en la filosofía griega temprana. En la asistencia sanitaria se puede concebir como la libertad para tomar decisiones sobre el propio cuerpo sin la coerción o la interferencia de los demás. La autonomía es la libertad de elección o la autodeterminación, que es un derecho humano básico. Puede experimentarse en todos los acontecimientos de la vida humana.

La obligación de los profesionales sanitarios es respetar los valores, pensamientos y acciones de los pacientes, y no permitir que sus propios valores o su propia moral influyan en las decisiones terapéuticas.

El personal de enfermería de cuidados intensivos suele verse «atrapado» en situaciones comprometidas desde el punto de vista ético, entre ellas facilitar la

Ethics at the bedside, Philadelphia, 1987, JB Lippincott.

⁸⁷ Cuidados intensivos de enfermería. Autor Ureden, Lough, Stacy Harcourt/océano Pag 10

toma de decisiones autónoma es una de esas situaciones. Cuando el personal de enfermería trabaja en estrecho contacto con los pacientes y las familias para favorecer la toman de decisiones autónomas, surge otro elemento crucial, ya que éstos deben tener toda la información sobre una determinada situación para tomar la decisión mejor para ellos, pero no sólo deben conocerla, sino que han de comprenderlos con claridad.

En este aspecto, el personal de enfermería es un componente fundamental del equipo de asistencia sanitaria, defendiendo al paciente, proporcionando más información, clarificando puntos, reforzando la comunicación y proporcionando apoyo durante el proceso.

BENEFICENCIA

Hacer el bien e impedir el daño a los pacientes es un concepto básico en la profesión de enfermería. Ahora bien, el principio ético de la beneficencia (que requiere la promoción del bienestar de los pacientes) subraya la importancia de este deber para el profesional sanitario.

Este principio presupone que los daños y los beneficios se equilibran, y llevan a resultados clínicos positivos y beneficiosos.

Al abordar las cuestiones relacionadas con la beneficencia suele producirse un conflicto con otro principio, el de la autonomía. Existe paternalismo cuando el personal de enfermería o el médico toman una decisión en lugar del paciente sin consultarlo o incluirlo en el proceso de decisión. *Paternalismo* es «hacer que las personas hagan lo que es bueno para ellas» e «impedir que las personas hagan lo que es malo para ellas»⁸⁸. Jameton describió dos tipos de paternalistas: los fuertes, que toman decisiones en el lugar de personas obviamente competentes, y

⁸⁸ Jameton A: Duties to self: professional nursing in the critical care unit. In Fowler M, Levine-Ariff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott.

los débiles, que lo hacen en lugar de personas que son mental o físicamente incapaces de tomar sus propias decisiones.

NO MALEFICENCIA

El principio ético de la no maleficencia, que obliga a impedir el daño y a eliminar las situaciones perjudiciales, es un deber para el personal de enfermería. La seriedad y el cuidado son necesarios, como lo es el equilibrio de los riesgos y los beneficios, anteriormente comentado al hablar de la beneficencia. Ambos principios son como los dos extremos de un continuo y a menudo se realizan de una manera diferente, según las opiniones del profesional en ejercicio.

VERACIDAD

La veracidad, o el hecho de decir la verdad, es un principio ético importante que subyace en la relación entre el personal de enfermería y el paciente. La veracidad es importante al solicitar el consentimiento informado, de manera que el paciente conozca todos los posibles riesgos y beneficios de los tratamientos específicos o de sus opciones.

El personal de enfermería de cuidados intensivos puede encontrarse también en una situación en la que no se revelan todos los hechos y toda la información sobre una determinada opción terapéutica. En ocasiones, la información ha sido veraz, pero se ha presentado con sesgo o de una manera que induce a error. En este caso, y en otros ejemplos que tienen que ver con la veracidad, se ha violado el principio ético de la autonomía⁸⁹. La veracidad debe guiar todas las áreas del ejercicio profesional del personal de enfermería, es decir, las relaciones entre compañeros y las labores como empleados, así como la relación con su paciente.

⁸⁹ Aroskar M: Fidelity and veracity: questions of promise keeping, truth telling and loyalty. In Fowler M, Levine-Ariff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott. ,

FIDELIDAD

Otro principio ético estrechamente relacionado con la autonomía y con la veracidad es la fidelidad. La fidelidad, o lealtad y mantenimiento de la promesa a los pacientes, también es una condición absolutamente necesaria para la enfermería.

Establece un vínculo entre los individuos y es la base de todas las relaciones, ya sean profesionales o personales. Con independencia de la cantidad de autonomía que los pacientes tengan en las áreas de cuidados intensivos, dependen del personal de enfermería en muchos aspectos de los cuidados físicos y el apoyo emocional.

La fidelidad es extensible, como todos los demás principios, a la familia del paciente. Cuando se realiza una promesa a la familia de que se les avisará si surge una emergencia o de que los informarán de otros acontecimientos importantes, el personal de enfermería debe tratar por todos los medios de cumplirla.

CONFIDENCIALIDAD

Es un elemento de la fidelidad que se basa en la ética profesional tradicional de la asistencia sanitaria. Se describe como un derecho por el cual la información del paciente sólo puede compartirse con los que toman parte en su asistencia. Una excepción a esta directriz podría darse cuando el bienestar de otras personas corre peligro por el hecho de mantener la confidencialidad.

También en esta situación el personal de enfermería debe equilibrar los principios éticos y ponderar los riesgos y los beneficios. Las disposiciones especiales, por ejemplo las leyes de notificación obligatoria, guiarán al personal de enfermería en algunas situaciones.

INTIMIDAD

También se ha descrito como inherente al principio de fidelidad. Puede alinearse al lado de la confidencialidad de la información y se refiere al derecho del paciente a la intimidad de su persona, por ejemplo a que se coloquen cortinas cerradas en torno a su cama o que se le cubra adecuadamente.

JUSTICIA/DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE RECURSOS

El principio de justicia se utiliza a menudo como sinónimo del concepto de la distribución equitativa de unos recursos que suelen ser escasos. Con la subida de los costos de la atención sanitaria, el desarrollo de las tecnologías, el envejecimiento de la población con sus necesidades sanitarias específicas y (en algunos casos) la escasez del personal sanitario, el tema de la asignación de los recursos se ha complicado aún más.

La aplicación del principio de justicia en la asistencia sanitaria se refiere sobre todo a la distribución dividida o repartida de bienes y servicios, que se denomina *justicia distributiva*. Según Jameton, la justicia distributiva aparece en tres niveles de la asistencia sanitaria: la política nacional y el presupuesto, la distribución estatal o local de recursos y la distribución en entornos sanitarios específicos⁹⁰.

En la medida que los recursos de la asistencia sanitaria se hacen cada vez más escasos, su distribución equitativa a ciertos programas y su racionamiento a otros se harán más patente⁹. La distribución equitativa de recursos plantea desafíos éticos a las realidades clínicas diarias con las que deben enfrentarse los profesionales sanitarios⁹¹.

⁹⁰ Jameton A: Duties to self: professional nursing in the critical care unit. In Fowler M, Levine-Ariff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott

⁹¹ Terry P, Rushton CH: Allocation of scarce resources: ethical challenges, clinical realities, *Am J Crit Care* 5(5):326, 1996.

CODIGO ETICO DE ENFERMERIA

Enfermería: «Cuando los individuos se convierten en enfermeros o enfermeras, adquieren el compromiso de mantener los valores y las obligaciones morales específicamente expresadas en su código», Los 11 enunciados del código se recogen en el recuadro Se basan en el supuesto de que la enfermería se ocupa de proteger, promocionar y restablecer la salud, prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento de los pacientes

1. El personal de enfermería presta servicios con respeto a la dignidad humana y al carácter único del cliente, no limitada por consideraciones de posición social o económica, atributos personales o la naturaleza de los problemas de salud.
2. El personal de enfermería salvaguarda el derecho del cliente a la intimidad, protegiendo juiciosamente la información de naturaleza confidencial.
3. El personal de enfermería actúa para salvaguardar al cliente y al público cuando la atención sanitaria y la seguridad están afectadas por la práctica incompetente, poco ética o ilegal de alguna persona.
4. El personal de enfermería asume la responsabilidad y la rendición de cuentas por los juicios y las acciones de enfermería individuales.
5. El personal de enfermería mantiene la competencia en el ejercicio de su profesión.
6. El personal de enfermería ejercita el juicio informado y utiliza la competencia individual y los méritos como criterios en la solicitud de

consulta, la aceptación de responsabilidades y la delegación de actividades de enfermería en otras personas.

7. El personal de enfermería participa en actividades que contribuyen al desarrollo continuado del importante conjunto de conocimientos de la profesión.
8. El personal de enfermería participa en los esfuerzos de la profesión para poner en práctica y mejorar las normas de la enfermería.
9. El personal de enfermería participa en los esfuerzos de la profesión para establecer y mantener condiciones de empleo que lleven a una asistencia de enfermería de alta calidad.
10. El personal de enfermería participa en el esfuerzo de la profesión para proteger al público de la información errónea sobre esta disciplina y su representación inadecuada, y para mantener la integridad de la profesión.
11. El personal de enfermería colabora con los miembros de las profesiones sanitarias y con otros ciudadanos, promoviendo los esfuerzos comunitarios y nacionales para satisfacer las necesidades sanitarias del público.

La ética de la salud se ocupa de los derechos, deberes y obligaciones del personal profesional, instituciones de salud y pacientes para ayudar a definir las normas profesionales en el cumplimiento de los deberes, obligaciones y derechos de los profesionistas⁹².

⁹²Broom C: Conflict resolution strategies: when ethical dilemmas evolve into conflict, DCCN 10(6):354, 1991.

El código de enfermeras y especialmente las declaraciones interpretativas de la asociación Norteamericana de enfermeras Proporciona valiosos lineamientos para la enfermera profesional, en lo que concierne a sus deberes y obligaciones para con el paciente, la profesión y la sociedad⁹³.

La enfermera proporciona sus servicios con respecto hacia la dignidad humana, la exclusividad del paciente, sin cortapisas impuestas por consideraciones de índole social o económica, atributos personales o naturaleza del padecimiento.

Proteger juiciosamente la información confidencial, la enfermera salvaguarda los derechos del paciente en su vida privada.

La enfermera asume la responsabilidad y obligación derivadas de los juicios y actos individuales como tal.

La enfermera se mantendrá competente en enfermería.

La enfermera utiliza su juicio, habilidad y conocimientos individuales actualizados como criterios en la búsqueda de la asesoría, aceptación de responsabilidad y delegación de actividades de enfermería en terceras personas.

La enfermera participa en aquellas actividades que contribuyan al enriquecimiento continuo del cuerpo de conocimiento de su profesión.

Ejercer sin consideración de natalidad, raza, credo, color, edad, sexo, creencias políticas o estatus social.

⁹³ . Wicclair MR: Differentiating ethical decisions from clinical Standards, DCCN 10(5):280, 1991

Otorgar un entorno en el que respete los valores, costumbres y creencias religiosas del individuo.

Mantener en secreto la información personal y usará su buen juicio cuando sea necesario compartirla.

La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar los actos necesarios para cubrir las necesidades sociales y de salud pública.

El código profesional de ética de la enfermería regula la conducta de las enfermeras a través de una serie de normas y proporciona lineamientos generales de actuación ante dilemas éticos⁹⁴.

En teoría, los códigos de ética son claros y carecen de ambigüedad; en la práctica, a la enfermera deberán buscar sus propias conclusiones en cuanto a su actitud, con bases en sus propios recursos y buen juicio.

El niño, como cualquier ser humano, tiene la misma condición ante las instituciones encargadas de velar por los derechos del hombre, por lo que habrá de ofrecerle apoyo acorde a sus necesidades y tiempo.

Como en todo ser humano, el solo hecho de saber de que será hospitalizado, y principalmente en el niño, los hace potencialmente vulnerable. Originando una situación que se vuelve susceptible, angustiante y llena de ansiedad tanto para el niño como para los padres. Por ello los profesionales de la salud deben en todo momento proveer y prevenir el dolor, promover una agradable y cordial estancia hospitalaria, así como respetar los derechos del niño hospitalizado.

⁹⁴ Broom C: Conflict resolution strategies: when ethical dilemmas evolve into conflict, DCCN 10(6):354, 1991.

CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA APLICADO A MARTHA VIRGINIA

Para la realización del presente estudio de caso, se explicó a Martha Virginia y a su Madre en que consistió el desarrollo e importancia de este trabajo, solicitándole el consentimiento informado y respetando su decisión, desde el inicio de estudio de caso hasta el final de él, asimismo se tomo el compromiso de realizar cada procedimiento con calidad y profesionalismo

Se identifiqué y se intervino oportunamente cuando se presentaron los factores de riesgo que implicaban una complicación, procurando el bien de Virginia, observando en todo momento los siguientes principios:

Justicia: A Martha Virginia se le brindó en su estancia hospitalaria, un trato humano, que se traduce en la satisfacción de necesidades básicas en su orden biológico, espiritual, afectivo y psicológico, con un valor equitativo sin distinción de la persona.

Autonomía: Martha Virginia tuvo durante su estancia hospitalaria, la libertad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sobre la participación de las actividades e intervenciones en el estudio de caso, sin la coerción o la interferencia de los demás, contando siempre con la autorización verbal y consentimiento informado de ella y su Madre.

Veracidad: En todo momento, se habló con verdad a Martha Virginia y a su Madre, en relación al procedimiento realizado con el objetivo de mantener y fortalecer la confianza.

Beneficencia y no Maleficencia

A Martha Virginia siempre se le equilibrio los daños y los beneficios, obteniendo con esto resultados positivos y eliminando las situaciones perjudiciales

Fidelidad En todo momento existió con Virginia, el compromiso de estar al pendiente durante el manejo de su patología de CIV, para informarles de cualquier acontecimiento que se presentará hasta su egreso.

Confidencialidad que la información sobre la patología de CIV, así como su evolución desde un inicio hasta el final, fue tratada de un modo confidencial, y solo se compartió con los que tomaron parte en su asistencia.

Intimidad El trato a Martha Virginia durante el procedimiento fue respetuoso, se cuidó en todo momento su intimidad personal, a fin de hacerla sentir cómoda.

4.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado, es un acto libre y racional que presupone el conocimiento del aspecto para el cual se accede por parte de la persona que consiente. Debe contener la naturaleza esencial del procedimiento y sus consecuencias. Dicha información debe ser razonable.

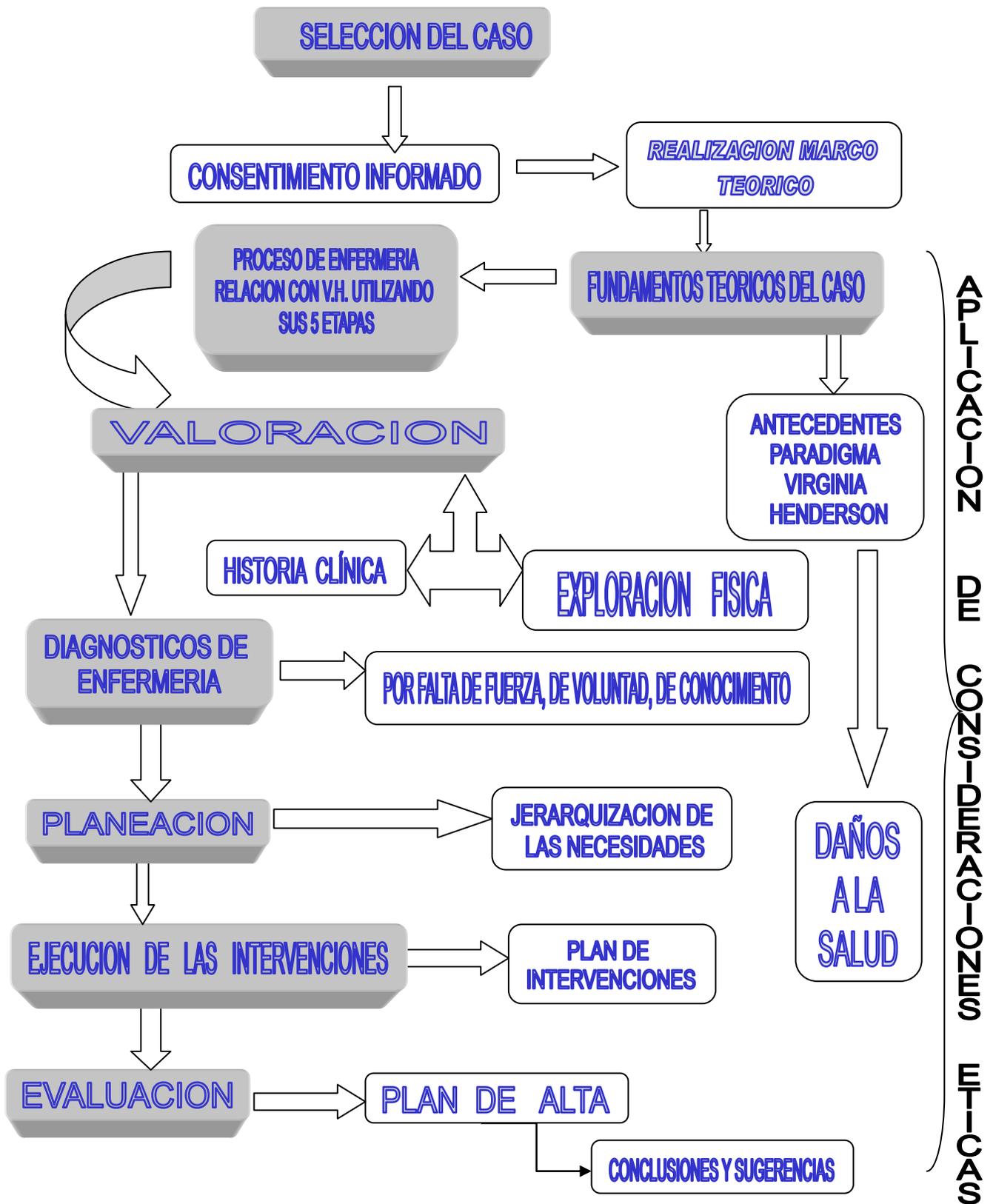
El niño y adolescente, es un ser humano que tiene derecho a decidir, pero siendo menor de edad, lo limita en cierto modo a tomar decisiones de forma. Legal, relacionados a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en relación a su persona. Por ello son los padres quienes deciden y autorizan acerca del tratamiento y todos aquellos procedimientos invasores que se lleven a cabo. Dicha autorización se da verbalmente y por escrito principalmente, a través del consentimiento informado.⁹⁵

Debe contener la naturaleza esencial del procedimiento y sus consecuencias. La información debe ser razonable. Para que sea válido debe cumplir con los siguientes requisitos.

1. Constar por escrito.
2. Firmado por el paciente o tutor responsable de él.
3. El procedimiento que se lleve a cabo debe ser el mismo para el que se otorgué consentimiento.
4. Debe contener los elementos esenciales para el consentimiento enterado.

⁹⁵ Jaice, B, T, Etica en enfermería, Edit. Manual moderno. Mexico. D.F.

V. METODOLOGIA



VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BASICAS DE 0 A 5 AÑOS⁹⁶

DATOS DEMOGRAFICOS:

NOMBRE: M. V. Arrias Corralejo

Fecha de nacimiento: 28-10-2004

Sexo: Femenino

Edad: 4 años

Procedencia: Iztapalapa

Nombre de la madre: Victoria C. G.

Nombre del Madre: 34años

Edad de la Padre: 30años

Días de instancia: 13

Escolaridad de la Madre: Secundaria

Fecha de ingreso: 03/11/2008

Escolaridad del Padre: Secundaria

Fecha de egreso: 16/11/2008

Fecha de Revisión: 5/11/2008

Hora: 9:30

Escolaridad del niño: Rechazo por acudir fuera de tiempo

Religión: Católica

La información es proporcionada por: Victoria C G

Domicilio: Privada Laureles M-50 L-48 Col San Juan Xalpa

Registro: 449780

Procedencia: Iztapalapa

Teléfono: 5525004860

Diagnostico Medico: CIA, CIV.

Servicio: CardioTorax

⁹⁶ C:espinfan.doc

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES⁹⁷

Abuelo Materno: con problemas de colitis nerviosa bajo tratamiento.

Abuela Materna: con DM bajo Tx.

Características de la vivienda: Prestada.

Tipo de construcción: Mixta 2 habitaciones, 1 recamara y 1 cocina

Descripción de la vivienda: Paredes de block, piso de cemento, techo de losa.

Servicios intradomiciliarios: Todos

Disposición de excretas: W.C.

Ingresos económicos de la familia: 1,800

Gastos mensuales de alimentación: 1,600

Servicios públicos (alimentación, luz, agua, transporte) 150

Actualmente la madre no trabaja debido a la necesidad de su hija para otorgarle una atención, y no cuenta con ningún apoyo económico.

⁹⁷ C:espinfan.doc

DINAMICA FAMILIAR
A FAMILIA NUCLEAR DISFUNCIONAL.

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELAC. AFECTIVA	ENFERMEDADES
Agustín A. C.	34	Mas	Secundaria	Padre	Obesidad
<u>Victoria C. G</u>	30	Fem	Secundaria	Madre	Tabaquismo
Martha Victoria. A. C.	4 años	Fem	Ninguno	Paciente	CIA,CIV,
Erika Saray A. C.	2 años	Fem	Ninguno	Hermana	Obesidad

98

VALORACIONES DE LAS NECESIDADES BASICAS DEL NIÑO:

Completa la información incluyendo las palabras del familiar.

Gesta: 1

Edad gestacional: 40 SDG

Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño: No

El niño es alérgico: No

Esquema de Vacunación: Incompleta

Presenta cartilla de vacunación: Si

ALIMENTACIÓN

El niño es alimentado: Con leche de vaca en vaso

Con que frecuencia: Diario

Cantidad: 1 litro

Horario: A todas horas en malteada

⁹⁸ C:espinfan.doc

Tipo de alimentos: Picados

Come solo: En ocasiones

¿Con quien come? Con su Mama y hermana

Lugar: En su casa

¿Cuáles son los alimentos preferidos? Sopa

¿Qué alimentos rechaza? Las lentejas, pollo y carne, chayote, banderillas, pizza

CANTIDAD DE ALIMENTOS

Cantidad de alimentos	Desayunos	Comida	Merienda
Cereales	7/7		2/7
Frutas		7/7	
Vegetales		7/7	
Carne		2/7	

Tipo de líquidos: Oral

A que edad le salieron los dientes: Antes de los 2 meses

ELIMINACIÓN

Evacuaciones	Orina	En el baño	Día	Noche
✓ 2 al día	✓ 4 al día	✓	✓	

Consistencia de las heces: Normal y blanda

Color Amarillo

Olor: Característico

Dolor al evacuación: No

Color de la orina: Ámbar

Edema palpebral: No

Sudoración: No

SOMATOMETRIA:

Peso: 11.500 kilos.

Por debajo de la de la percentila 5

Talla: 96

Se encuentra en la percentila 10

Perímetro cefalico: 51

Percentila de peso

Abdominal: 48

Toracico: 49

Braquial: 13.5

Tensión Arterial: 100/60

Frecuencia cardiaca: 102

Frecuencia respiratoria: 28

OXIGENACIÓN

Aleteo nasal: Ausente

Ruidos respiratorios: Ausente

Tiene dificultad respiratoria: Cuando come y cuando camina

Color de la piel: Pálida con presencia de diaforesis profusa

REPOSO-SUEÑO

Horas de sueño: 8 ¿Qué costumbres tienen antes de dormir? Que le lean un cuento

Con Juguete: No

Duerme con luz y ruido

Cubierto con una manta: No

Despierta por las noches: En ocasiones

Tiene pesadillas: Si

Duerme siestas: A veces

En que horario: 3 por la tarde

VESTIDO

Condiciones de vestir: Diario

Higiene: Diario

Costumbres en el cambio de la ropa: Diario Tiene ropa suficiente para la hospitalización: Si

Se viste solo: No con ayuda

TERMOREGULACION

El niño es sensible a los cambios de temperatura: Si

A qué hora del día es más sensible: 3:00p.m.

¿Cuándo tienen fiebre como se lo controla?: Tempra

MOVIMIENTO Y POSTURA

A que edad fijo la mirada: 1 mes

Siguió objetos con la mirada: 2 meses

Se sentó: 4 meses

Se paró: 1 año 2/12 meses

Caminó: 1 año 4/12

Salto con un pie: A los 3 años Camina solo: Si
Que postura adopta la niña al sentarse: Normal
Al caminar: Normal Al dormir: Normal
Al pararse: normal Se mueve en la cama: Si no tolera
dormir boca arriba

COMUNICACIÓN

Responde al tacto: Si Hace gestos con algún alimento: Si
A que edad sonrió: 3 meses Habla dialecto: No
Quien la cuida: Su abuelita materna Con quien juega: Mama, hermana
Como considera que es su hijo: Alegre , dependiente, tímida, Cordial, Huraña y
Desordenada

HIGIENE

Hora en que se acostumbra bañar: 3 ó 4 Pm Al niño le gusta el baño: Si
Frecuencia del baño: Diario
Cuantas veces al día le cepilla los dientes: 3 veces al día
Frecuencia de cambio de ropa: 1 vez al día

RECREACIÓN

Al niño le gusta la música Infantil
Tiene alguna preferencia por los juegos: Colores visuales
Juega con: Hermana

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Ha consultado usted con otras personas sobre la salud de su hija: No
Como ha programado Las visitas del hospital: No trabajo
Describa los miedos sobre la enfermedad de su hija: Que presente una
complicación en la cirugía

PRIMERA VALORACIÓN DE ENFERMERIA

FECHA: 4 DE NOVIEMBRE DEL 2008

CRANEO

Simétrico con perímetro cefálico de 51 centímetros normocéfalo sin hundimientos ni exostosis, con adecuada implantación de cabello de color Castaño oscuro lacio, de consistencia y dureza normal.

CARA

Redonda, con volumen normal sin facies de dolor frente recta, ligeramente convexa,

CEJAS

Situado en el reborde supraorbitario se encuentra cubierta de pelo de arriba hacia abajo y dentro hacia afuera, en la parte anterior de los bordes de los párpados con pestañas bien implantadas, párpados inferiores con presencia de coloración ligeramente violácea.

GLOBO OCULAR

Con movimientos oculares normales, conjuntiva azulosa, sin presencia de pterigiones, corneas sin opacidad, sin ulceraciones ni manchas, pupilas isocorica, normoreflexicas.

OREJAS

De forma oval simétrica de tamaño normal con pabellón auricular correspondiente al tamaño de su cráneo, conductos auditivos sin presencia de cerumen y membranas timpánicas integrales.

NARIZ

Nariz recta, mediana narinas permeables.

LABIOS

Delgados, pequeños, hidratados ligeramente pálidos.

BOCA

Pequeña cavidad oral hidratada sin lesiones de orofaringe normal, paladar íntegro, piezas dentarias temporales de acuerdo a su edad y con datos de caries dental.

CUELLO

Cilíndrico delgado largo sin presencia a la palpación de adenomegalias, con pulsos carotídeos y venosos yugulares normales, con tráquea central.

TÓRAX

Cilíndrico, campos pulmonares ventilados sin estertores a nivel apical y basal, Con movimientos de amplexión y amplexación simétricos normales.

ABDOMEN

Blando depreciable, sin dolor a la palpación en los 9 cuadrantes media y profunda, perístasis normal, no se palpan visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal y Giordano negativo.

GENITALES

Adecuado para su edad y sexo encontrándose en el grado 1 con respecto a la valoración de TANNER y sin presencia de líquido transvaginal.

EXTREMIDADES INFERIORES

Simétricas, sin dolor a la palpación no se observan cambios de coloración, normotérmico, rots normales, con pulsos poplíteos y pediales presentes, con ausencia de edema, sensibilidad conservada y con adecuado llenado capilar.

6.2 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD		NIVEL DE DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD	GRADOS DE DEPENDENCIA
NUTRICIÓN		5	FALTA DE FUERZA	TOTAL TEMPORAL
DESCANSAR Y DORMIR	Y	5	FALTA DE FUERZA	TOTAL TEMPORAL
RECREARSE		4	FALTA DE VOLUNTAD, FALTA DE FUERZA	TOTAL PARCIAL
COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES		4	FALTA DE VOLUNTAD	TOTAL TEMPORAL
OXIGENACIÓN		3	FALTA DE VOLUNTAD	TOTAL PARCIAL
VESTIRSE Y DESVERTIRSE	Y	2	FALTA DE FUERZA	TOTAL PARCIAL
ESTAR LIMPIO Y ASEADO	Y	2	FALTA DE FUERZA	TOTAL PARCIAL
APRENDER		2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
EVITAR PELIGROS		2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
ELIMINACIÓN		2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
MOVIMIENTO Y POSTURA	Y	2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
OCUPARSE PARA REALIZARSE	PARA	1	FLATA DE VOLUNTAD	PARCIAL TEMPORAL
ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES		1	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
TERMOREGULACIÓN		0		

NECESIDAD	NIVEL DE DEPENDENCIA
NUTRICIÓN	5
DORMIR Y DESCANSAR	5
RECREARSE	4
COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES	4
OXIGENACIÓN	3
VESTIRSE Y DESVERTIRSE	2
ESTAR LIMPIO Y ASEADO	2
APRENDER	2
EVITAR PELIGROS	2
ELIMINACIÓN	2
MOVIMIENTO Y POSTURA	2
OCUPARSE PARA REALIZARSE	1
ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES	1
TERMOREGULACIÓN	0

NUTRICIÓN

NIVEL DE DEPENDENCIA 5

INTERACION ENTRE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN CON OTRAS NECESIDADES

NECESIDAD FUNDAMENTAL	FACTOR QUE INFLUYE
Moverse y mantenerse una buena postura	Actividades adaptadas relativamente al aporte nutritivo
Dormir y descansar	Sueño y reposo reparadores
Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos	Mucosas húmedas y limpias
Evitar los peligros	Medios adecuados para una alimentación sana
Ocuparse para realizarse	Control de una alimentación equilibrada
Recrearse	Placer y tranquilidad relacionada con los alimentos
Aprender	Dominio de buenos hábitos alimenticios

DORMIR Y DESCANZAR

NIVEL DE DEPENDENCIA 4

INTERACION ENTRE LA NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANZAR CON OTRAS NECESIDADES

NECESIDAD FUNDAMENTAL	FACTOR QUE INFLUYE
Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos	Mucosas limpias y húmedas
Evitar los peligros	Amenaza de la integridad física o psicológica
Ocuparse para realizarse	Desinterés
Aprender	Ignorancia de los medios de inducción al sueño y de los métodos de relajación

JERARQUIZACIÓN APRENDER NIVEL DE DEPENDENCIA 4
INTERACION ENTRE LA NECESIDAD DE RECREARSE Y OTRAS
NECESIDADES

NECESIDAD FUNDAMENTAL	FACTOR QUE INFLUYEN
Respirar	Amplitud y frecuencia respiratoria normales
Dormir y descansar	Sueño y reposo reparador
Comunicación con sus semejantes	Comunicación ineficaz y agradable con los demás
Ocuparse para realizarse	Actividades recreativas regularizadas

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Rechazo a alimentarse	Psicológica Ansiedad, estrés Sociológica Malnutrición

NUTRICIÓN

Nombre de la Persona:			Fecha:	Edad:					
No. De expediente	Sexo: femenina		Servicio: Cardiología						
Rol Funcional de Enfermería									
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente	Sustituta	Ayuda	Compañera:					
NUTRICIÓN	Causas de Dificultad		Independencia	Nivel de Dependencia					
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1	2	3	4	5
	Grado de Dependencia			Parcial temporal					
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de nutrición relacionada con la ingesta inadecuada de alimentos manifestada por encontrarse por debajo de la percentila 5 (su peso era de 11,500 y talla de 96 cm)								
Objetivo	Martha Virginia incrementara su aporte nutricional durante un período de 3 meses								

NUTRICIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Pesar diariamente a Virginia procurando que sea a la misma hora, empleando la misma balanza y verificando que ropa y la balanza sea la misma textura para que no altere el resultado,</p> <p>Vigilar que la ingesta de alimentos sea adecuada. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Permite llevar con mas exactitud su control de peso y nutrición ^(KOZIER,2005 1372)</p> <p>El aumento rápido de peso suele reflejar retención de líquidos.</p> <p>Las antropométricas que ayuda a identificar los problemas de nutrición comprenden la relación entre el peso y la altura, circunferencia de la muñeca, circunferencia de la porción medio del brazo, pliegue cutáneo precipitar y circunferencia posterior, circunferencia de la porción media del brazo^(KOZIER,2005:1372)</p>
<p>Medir diariamente la circunferencia abdominal, antes y después de los alimentos(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Distención abdominal puede indicar intolerancia ^(KOZIER,2005:1372)</p>
<p>Auscultar los movimientos peristálticos antes y después de cada alimento.(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Determina la actividad peristáltica.</p> <p>Ruidos intestinales hiperactivos indican hambre</p> <p>Ruidos de tono alta y metálica indica presencia de gases^(POTER,2004:1392)</p>
<p>Detectar los hábitos alimenticios de Martha Virginia.(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Los padres deben estar informados de las dietas de sus hijos de modo que pueda estar seguros de satisfacer las necesidades nutricionales de Virginia^{POTER,2004:1392}</p>
<p>Permitir a Martha Virginia participar en la preparación de sus alimentos (pelando</p>	<p>Los niños de esta edad disfrutan ayudando en la cocina</p> <p>La planificación de las comidas individualizadas</p>

<p>chicharos, limpiando tomates, y acomodando verduras y frutas(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>es mas útil para el cliente, el aumento de peso debe ser lento y progresivo, la edad afecta los requerimientos de nutrición esenciales, los periodos de crecimiento rápido alimentan la necesidad de proteínas, vitaminas y minerales^(POTER,2004:1403)</p>
<p>Cortarle en figuras agradables las frutas y verduras a Martha Virginia, como adornar sus alimentos(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Despierta el interés para ingerir sus alimentos y facilita interacción social durante la comida^(KOZIER,2005:1372)</p>
<p>Inculcar a Martha Virginia que visitar al dentista cada 6 meses, para la reparación de sus dientes y aplicación de fluoruro. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Para evitar que sea un problema para ingerir sus alimentos. La colaboración multidisciplinario es esencial para una nutrición optima^(POTER,2004:1403)</p>
<p>Orientar al cuidador, para que le proporcione a Virginia en primer lugar alimentos esenciales ricos en nutrientes, después postres y alimentos con menor alimento nutritivo.(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Asegurar una ingestión adecuada de alimentos nutritivos antes de sentirse satisfecha para evitar obligarlos a terminar su comida y provocar malestares^(POTER,2004:1403)</p>
<p>Permitirle la participación a Martha Virginia con su cuidador en las compras alimentarias para que sienta importante con la supervisión del cuidador. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>El intentar satisfacer las preferencias alimentarias y socializar de una forma positiva^(POTER,2004:1405)</p>

Cuantificar la comida ingerida y bebida(ACCION INDEPENDIENTE)	Para evaluar si cumple con los requisitos diarios de nutrientes para mejorar su peso ^(POTER,2004:1405)
---	---

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Tabla de percentila de peso, talla y masa corporal	Virginia no presento distensión abdominal, ni tampoco ningún ruido anormal. Permitted que Virginia ingiriera los alimentos nutritivos y con esto el incremento de peso de 500 gramos
NIVEL DE DEPENDENCIA ALCANZADO	Nivel 3 porque aún no alcanza su peso idóneo de acuerdo a la percentila de peso

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Calidad de sueño Número de horas de sueño (durante la noche) Dificultad en dormirse Irritabilidad Fatiga	Psicológica Estrés Sociológica Aumento de estímulos sensoriales

DORMIR Y DESCANSAR

Nombre de la Persona:				Fecha:	Edad:	
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología			
Rol Funcional de Enfermería						
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda	Compañera:	
NUTRICIÓN	Causas de Dificultad			Independencia	Nivel de Dependencia	
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1	2
	3	4	6			
	Grado de Dependencia			Parcial temporal		
Diagnostico de enfermería	Alteración del ciclo del sueño relacionado con la falta de comodidad y ruidos ambientales manifestado por bostezos frecuentes, somnolencia, cansancio e irritabilidad					
Objetivo	Martha Virginia dormirá de 7 a 8 horas por la noche durante su estancia hospitalaria					

DORMIR Y DESCANSAR

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Se le enseñó a la madre técnicas de relajación, tales como respirar lentamente y que las utilizará antes de dormir. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión e inducir la a la cama, ayudando a Virginia a concentrarse en ciertas partes corporales y promover la liberación de endorfina. El sueño es producido por una liberación de serotonina por parte de las células especializadas del sistema del sueño del rafe de protuberancia y bulbo raquídeo^(POTER,2004:1275)</p>
<p>Se proporcionó a Virginia un entorno óptimo para descansar: Con la programación de actividades de enfermería a Virginia se logró que despertará lo menos posible, (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Los ruidos y las distracciones ambientales son un problema para los pacientes hospitalizados, los ruidos del hospital resultan externos pero es imposible eliminarlos completamente además de que son extraños para ella así los paciente son propensos a despertar. Una conversación normal alcanza unos 50 decibelios, y una alarma de control intravenoso crea un ruido de 44 a 80 decibeles, la cadena del inodoro 44 a 76 decibelios, y rasgar un papel 41 a 81 decibelios actividades de enfermería aumenta el grado general de los ruidos ^(POTER,2004:1284)</p>
<p>Se proporcionó a Virginia medidas de distracción antes de dormir como la lectura de diversos textos y hacerla escuchar música. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Técnicas favorecen a la relajación muscular y emocional^(KOZIER,2005:1262)</p>

<p>Se instruyo a la cuidadora como realizar un masaje terapéutico en la cara y pies a Martha Virginia, Que ayude a disminuir el estrés, utilizando la palma de la mano para realiza masaje en la cara y pies. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Cuando el cuerpo responde a una situación muy tensa, se disparan las hormonas del estrés, los músculos se tensan y se aceleran así como la respiración y el latido cardiaco. El masaje ejerce sobre el sistema nervioso un efecto especialmente placentero muy tonificante y sedante (CLARE MAXWELL- HUDSON Pagina 144)</p>
<p>Se recomienda a Virginia que tomará antes de dormir leche tibia y alimentos ricos en proteínas. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Las bebidas proteicas y aperitivas tales como leche caliente y frutas secas favorecen el sueño cuando se toman antes de acostarse para incrementar triptófano, que es un precursor de la serotonina que se cree que induce y mantiene el sueño (KOZIER,2005:1254)</p>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Grado de relajación. Etapa de sueño alcanzado.</p>	<p>A Virginia le agrado está técnica y le costo menos conciliar el sueño, esto le permitió a su mamá participar con ella para disminuir su estrés y así favorecer el sueño</p>
<p>NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p>Nivel 0</p>

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Insuficiente conocimiento De su enfermedad De las medidas preventivas Del diagnóstico médico Del tratamiento Inseguridad y miedo hacia lo desconocido	Física Amenaza física Dolor Psicológica Ansiedad, estrés Sociológica Entorno desconocido Insuficientes conocimientos de si misma, de los demás y de su entorno.

APRENDER

Nombre de la Persona:				Fecha:		Edad:			
No. De expediente			Sexo: femenina		Servicio: Cardiología				
Rol Funcional de Enfermería									
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda		Compañera:			
Causas de Dificultad			Independencia		Nivel de Dependencia				
Voluntad		Conocimiento	Fuerza	0	1	2	3	4	5
Grado de Dependencia				Parcial temporal					
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de recrearse relacionada con la falta de interés manifestada por depresión								
Objetivo	Favorecer el aprendizaje de Virginia mediante sesiones cortas y retroalimentación								

APRENDER

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Platicar con Virginia para conocer los temas de su agrado (ACCIÓN INDEPENDIENTE)	La información proporcionada será de utilidad entablar una comunicación amena. Refleja el interés con el individuo como una persona total que funciona a nivel físico psicológico y social ^{Kozier, 1999:412}
Proporcionar material didáctico a Virginia tales como (revistas para recortar, dibujos para colorear, cuentos infantiles, películas, música y juegos de mesa (memoria, rompecabezas). (ACCIÓN INDEPENDIENTE)	El hacer participar en ciertas actividades motiva y disminuye el aburrimiento ^{L.Riopelle PAG. 450} Participación en actitudes y conductas que potencian la calidad debida y sacan al máximo el potencial humano. Una vez que lo aprenden logran realizar una tarea o aprenden un concepto, aumenta la confianza en su propia capacidad de aprender, esto mitiga la ansiedad que siente por el fracaso ^{Kozier, 1999:412}

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Grado de interés Grado de retención	Al principio su reacción fue de indiferencia pero en las demás ocasiones me permitió interactuar con ella, posterior a esto le agrado hacer manualidades y presentó mucha creatividad
NIVEL DE DEPENDENCIA ALCANZADO	Nivel 0

6.5 SEGUNDA VALORACION

FECHA: 12 NOVIEMBRE DEL 2008

Paciente preescolar de 4 años de edad, bajo efectos anestésicos con monitorización invasiva continúa.

CRÁNEO

Simétrico con perímetro cefálico de 51 centímetro normocéfalo sin hundimientos ni exostosis, con adecuada implantación de cabello de color castaño oscuro lacio, de consistencia de dureza normal.

CARA

Redonda con volumen normal sin facies de dolor, frente recta, ligeramente convexa,

CEJAS

Situado en el reborde supraorbitario se encuentra cubierta de pelo de arriba hacia abajo y dentro hacia afuera, en la parte anterior de los bordes de los párpados con pestañas bien implantadas, párpados inferiores con presencia de coloración ligeramente violácea.

GLOBO OCULAR

Con movimientos oculares disminuidos, conjuntiva azulosa, sin presencia de pterigiones, corneas sin opacidad, ulceraciones y manchas, pupilas dilatadas.

OREJAS

De forma oval simétrica de tamaño normal con pabellón auricular correspondiente al tamaño de su cráneo, conductos auditivos sin presencia de cerumen y membranas timpánicas integra.

NARIZ

Nariz recta, mediana narinas permeables.

LABIOS

Delgados, pequeños, con datos de deshidratación leve y ligera palidez.

BOCA

Pequeña, cavidad oral con datos de deshidratación leve sin lesiones con apoyo ventilatorio orotraqueal en la modalidad SIMV, con un volumen corriente de 110, frecuencia respiratoria de 25, un PI / PEEP 17/4, relación I/E 1:27, un FIO2 de 70%.

CUELLO

Cilíndrico delgado, largo sin presencia a la palpación de adenomegalias, con presencia de pulsos carotídeos, tráquea central, y pulsos venosos yugulares, con catéter yugular permeable en parte interna derecha de 3 lúmenes (localiza el catéter 1 centímetro por arriba del techo de aurícula derecha).

TORAX

Con sonda mediastinal y pleural a succión, presentando drenaje hemático, con marcapasos a nivel auricular conectado apagado y foco pulmonar con ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad, foco aórtico con ruidos cardíacos y presencia de soplo sistólico eyectivo, que se irradia a L5.

Campos pulmonares en área apical y basal, con murmullo vesicular adecuado, sin datos de dificultad respiratoria.

ABDOMEN

Blando depreciable, sin dolor a la palpación media y profunda, perístasis normal no se palpan visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal. Giordano negativo.

GENITALES

Adecuado para su edad y sexo sin presencia de líquido transvaginal con una valoración de TANNER de 1, Colocación de sonda Foley de Fr 8.

EXTREMIDADES INFERIORES

Con línea arterial derecha en dorso de mano derecha radial y línea venosa en misma mano, sin dolor a la palpación, llenado capilar en miembros superiores de 3 segundos, y en miembros inferiores de 4 segundos, con extremidades inferiores frías y sin datos de edema.

6.6 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES DE LA SEGUNDA EVALUACION

NECESIDADES	NIVEL DE DEPENDENCIA	CAUSA DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA
EVITAR PELIGROS	4	FALTA DE FUERZA	TOTAL TEMPORAL
MOVIMIENTO Y POSTURA	4	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
OXIGENACIÓN	4	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
ELIMINACIÓN	4	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
COMUNICACIÓN CON SUS SEMEJANTES	3	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
TERMOREGULACIÓN	3	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
NUTRICIÓN	3	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
JUEGO Y RECREARSE	2	FALTA DE FUERZA	TOTAL TEMPORAL
ESTAR LIMPIO Y ASEADO	2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	2	FALTA DE FUERZA	PARCIAL TEMPORAL
DORMIR Y DESCANSAR	2	FALTA DE VOLUNTAD	PARCIAL TEMPORAL
OCUPARSE PARA REALIZARSE	2	FALTA DE VOLUNTAD	PARCIAL TEMPORAL
APRENDER	2	FALTA DE CONOCIMIENTO	PARCIAL TEMPORAL
OCUPARSE PARA REALIZARSE	2	FALTA DE CONOCIMIENTO FALTA DE VOLUNTAD	PARCIAL TEMPORAL

JERARQUIZACIÓN EVITAR PELIGROS**NIVEL DE DEPENDENCIA 5****INTERACCIÓN DE LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS CON OTRAS NECESIDADES**

NECESIDAD FUNDAMENTAL	MANIFESTACION CON OTRA NECESIDAD
Beber y comer	Alimentación inadecuada.
Eliminar	Eliminación inadecuada.
Moverse y mantener buena postura	Dificultad para mantenerse en posición confortable.
Dormir y descansar	Fatiga.
Vestirse y desvestirse	Inhabilidad para vestirse y desvestirse.
Estar limpio y proteger sus tegumentos	Suciedad de la piel debido a las expectoraciones sequedad de la nariz y boca.
Comunicarse con sus semejantes	Comunicación ineficaz a nivel sensorio-motor.

JERARQUIZACIÓN DE MOVIMIENTO Y POSTURA**NIVEL DE DEPENDENCIA 4****INTERACCIÓN ENTRE LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA CON OTRAS NECESIDADES**

NECESIDADES FUNDAMENTALES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
Respirar	Disnea.
Beber y comer	Alimentación inadecuada.
Moverse y mantener buena postura	Postura y circulación inadecuada.
Dormir y descansar	Fatiga, Incomodidad.
Vestirse y desvestirse	Inhabilidad en vestirse y desvestirse.
Evitar los peligros	Amenaza de la integridad física o psicológica o ambas.

JERARQUIZACIÓN OXIGENACIÓN NIVEL DE DEPENDENCIA 5

INTERACCIÓN DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN CON OTRAS NECESIDADES

NECESIDAD FUNDAMENTAL	MANIFESTACION CON OTRA NECESIDAD
Beber y comer	Dificultad por alimentarse
Eliminar	Dificultad para realizar el esfuerzo
Moverse y mantener una buena postura	Dificultad para mantenerse en posición confortable
Dormir y descansar	Disminución de la calidad y de las horas de sueño
Vestirse y desvestirse	Inhabilidad para vestirse y desvestirse
Estar limpio y proteger sus tegumentos	Suciedad de la piel debido a las expectoraciones sequedad de la nariz y boca
Evitar los peligros	Vulnerabilidad frente a los peligros Amenaza la integridad psicológica
Comunicarse con sus semejantes	Comunicación ineficaz a nivel sensorio-motor
Actuar según sus creencias y sus valores	Sensación de pérdida de libertad de acción
Ocuparse para realizarse	Incapacidad de realizar lo que ella desea Sentimiento de desanimo
Aprender	Inseguridad y miedo hacia lo desconocido

**JERARQUIZACIÓN DE NUTRICIÓN
NIVEL DE DEPENDENCIA 5**

**INTERACION ENTRE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN CON OTRAS
NECESIDADES**

NECESIDADES FUNDAMENTALES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
Respirar	Mucosas respiratorias no lubricadas por una hidratación inadecuada
Moverse y mantener una buena postura	Circulación inadecuada
Dormir y descansar	Fatiga, Incomodidad
Vestirse y desvestirse	Inhabilidad en vestirse y desvestirse
Evitar los peligros	Amenaza de la integridad física o psicológica o ambas

JERARQUIZACIÓN ELIMINACIÓN

NIVEL DE DEPENDENCIA 3

**INTERACCIÓN DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN CON OTRAS
NECESIDADES**

NECESIDAD FUNDAMENTAL	MANIFESTACIÓN CON OTRA NECESIDAD
Beber y comer	Alimentación inadecuada alimentarse
Eliminar	Dificultad para realizar el esfuerzo
Moverse y mantener buena postura	Inmovilidad, debilidad
Estar limpio , aseado y proteger sus tegumentos	Alteración de los tegumentos
Recrearse	Disminución de los centros de interés

**JERARQUIZACIÓN DE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN
CON OTRAS NECESIDADES**

NECESIDADES FUNDAMENTALES	MANIFESTACION DE DEPENDENCIA
comportamiento no apropiado	Agotamiento
Confusión	Ansiedad, estrés
Desorientación	Perdida, separación
Debilidad	Aislamiento

JERARQUIZACIÓN DE TERMOREGULACIÓN

NIVEL DE DEPENDENCIA 4

**INTERACION DE LA NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN CON OTRAS
NECESIDADES**

NECESIDADES FUNDAMENTALES	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
Beber y comer	Alimentación inadecuada
Eliminar	Eliminación inadecuada
Moverse y mantener una buena postura	Inmovilidad
Evitar peligros	Amenaza de la integridad física
Recrearse	Descontento

**MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
EVITAR PELIGROS**

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Heridas Predisposición de infecciones Fatiga Agotamiento	Física Alteración física Dolor Desequilibrio metabólico Psicológica Alteración del pensamiento Ansiedad, estrés Sociológica Entorno desconocido Insuficientes conocimientos de si mismos

EVITAR PELIGROS

Nombre de la Persona:				Fecha:	Edad:
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología		
Rol Funcional de Enfermería					
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda	Compañera:
	Causas de Dificultad		Independencia	Nivel de Dependencia	
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1 2 3 4 5
	Grado de Dependencia		Parcial temporal		
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de evitar peligros relacionados con presencia de aparatos invasivos manifestada por herida quirúrgica, sonda mediastinal y pleural a succión, sonda Foley.				
Objetivo	Martha Virginia mejorará su necesidad de evitar peligros durante su estancia hospitalaria en un periodo de 3 días.				

EVITAR PELIGROS

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Asegurar el barandal (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Conservar la seguridad del niño y protegerlo de lesiones solo cuando sea necesario hay que explicarles al niño y a sus padres con el fin de evitar malas interpretaciones y asegura su colaboración para su pronta recuperación. (Brunner Manual de la enfermera vol. 5 :1317).</p>
<p>Proporcionarle confianza (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>La incapacidad para comunicarse el comienzo del uso y comprensión del lenguaje permiten una comunicación limitada con el mundo y con el medio se le debe proporcionarle una ambiente cálido que le produzca confianza. (Brunner Manual de la enfermera vol. 5 :1286).</p>
<p>Explicarle a Martha Virginia del procedimiento y la forma en que puede colaborar. Realizar curación de herida quirúrgica y la característica descriptiva de la herida así como determinar en que grado de cicatrización está. Recolocar a Marta Virginia cada 90 minutos, (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>El proceso de comunicación y la relación interpersonal, influye en la participación efectiva del individuo y familia La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas, permite la remisión del paciente a profesionales de la salud indicados La protección del epitelio superficialantes de fijar el material adhesivo, evita lesiones posteriores^{Susana Rosales:337} La hipoxia persisten en los tejidos que están sometidos a presión es una trespuesta fisiológica anómalo (KOZIER,2005:1450). La hiperemia reactiva que rodea el tejido permanece dentro de los limites normales^{KOZIER,2005:1450)}.</p>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Coloración de la piel e integridad cutánea</p> <p>Llenado capilar</p>	<p>Martha Virginia mejoro su necesidad de evitar peligros y coopero más con todos los procedimientos que se le realizaron sin presentar alteración en la integridad cutánea</p> <p>.</p>
<p>NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p>Nivel 0</p>

**MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
MOVIMIENTO Y POSTURA**

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Disminución o ausencia de movimientos Disminución de la fuerza	Física Alteración de los centros nerviosos Dolor Psicológica Ansiedad, estrés Sociológica Insuficientes conocimientos de si mismos

MOVIMIENTO Y POSTURA

Nombre de la Persona:				Fecha:		Edad:			
No. De expediente			Sexo: femenina		Servicio: Cardiología				
Rol Funcional de Enfermería									
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda		Compañera:			
	Causas de Dificultad			Nivel de Dependencia					
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1	2	3	4	5
	Grado de Dependencia			Parcial temporal					
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de movimiento y postura relacionada con la sedación manifestada por la relajación de los músculos								
Objetivo	Virginia mejorará el grado de movimiento a través de cambios posturales durante su estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos								

MOVIMIENTO Y POSTURA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE ENFERMERIA
<p>Realizar cambios posturales cada 2 horas (decúbito lateral, semifowler (ACCION INDEPENDIENTE))</p>	<p>El movimiento aumentan el flujo sanguino a todas las áreas el ejercicio y el movimiento mejoran la función musculo esquelética y mantienen un estado de bienestar y relajación^(CARPENITO,2005:293)</p> <p>La movilidad sirve para muchas cosas, como expresión de una emoción con un gesto no verbal, la autodefensa,, la satisfacción de las necesidades básicas y la practica de las actividades de la vida diaria y recreativas es por ello que para mantener una movilidad física optima, los sistemas musculo esquelético y nervioso debe estar intactos y ser funcionarte ^(POTER,2004:1511)</p> <p>En un paciente inmovilizado se produce acumulación de sangre en las extremidades inferiores, disminuye el liquido circulante y el descenso de la respuesta autonomía así como del retorno venoso ^(Poter,2004:1519)</p> <p>Los cambios en la movilidad producen influyen sobre el sistema endocrino, que contribuye a mantener y regular las funciones vitales como la respuesta al estrés y a las lesiones, la homeostasis iónica, el crecimiento y desarrollo, el metabolismo energético. Cuando se produce estrés el sistema endocrino dispara una serie de respuestas dirigidas a mantener la tensión arterial y preservar la vida ^(POTER,2004:1518)</p> <p>El ser humano vive en un entorno externo que cambia de</p>

	<p>manera constante pero los tejidos y las células viven en un entorno interno que debe de permanecer constante, y es el sistema endocrino quien participa para llevarlo a cabo. La alteración de función gastrointestinal resulta de la disminución de motilidad gastrointestinal que desarrolla como consecuencia la disminución de movilidad^(POTER,2004:1518)</p>
<p>Proporcionar masaje y proteger áreas de presión. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>El masaje estimula el sistema nerviosos central y además, la relaja^(CARPENITO,2005:335)</p> <p>La presión afecta el metabolismo celular al obstruir la circulación la sangre tisular provocando isquemia ^(POTER, 2004:1570.)</p> <p>En el paciente inmovilizado se produce acumulación de sangre en extremidades inferiores, disminución de líquido circulante y descenso de la respuesta autónoma así como el retorno venoso^(POTER, 2004:1519.)</p>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Grado de movilidad y de fuerza.</p> <p>Tono muscular.</p>	<p>Virginia recuperó su movimiento además el masaje le proporciono relajación.</p>
<p>NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p>Nivel 0</p>

**MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
OXIGENACIÓN**

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
No respira por la nariz Ronquidos Piel pálida	Física Alteración de la mucosa (inflamación, herida) Cuerpo extraño, secreciones Psicológica Ansiedad, Sociológica Entorno desconocido Insuficientes conocimientos de si mismos

OXIGENACIÓN

Nombre de la Persona:				Fecha:	Edad:				
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología						
Rol Funcional de Enfermería									
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda	Compañera:				
	Causas de Dificultad		Independencia	Nivel de Dependencia					
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1	2	3	4	5
	Grado de Dependencia			Parcial temporal					
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de oxigenación relacionada con los efectos secundarios a la intervención quirúrgica manifestada por la presencia del tubo endotraqueal								
Objetivo	Lograr la recuperación de la autonomía respiratoria sin perder contacto visual durante los periodos de desconexión y acordar una señal de llamada que Virginia pueda realizar fácilmente								

OXIGENACIÓN

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Auscultar los ruidos respiratorios a nivel apical y basal(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>A medida que se va acumulando liquido y moco se escuchan ruidos respiratorios anormales entre ellos crepitante y disminuyen los ruidos respiratorios debido a que los espacios aéreos están repletos de liquido y volumen pulmonar es menor ^(KOZIER,2005:1450)</p> <p>El oxigeno es un gas claro e inodoro que constituye aproximadamente 21% del aire que respiramos es necesario para todas las células vivas. Su ausencia puede conducir a la muerte. Aunque el transporte de oxigeno a los tejidos u orgánicos reciben la influencia al menos indirecta de todos los sistemas corporales, el aparato respiratorio es el que participa en este proceso de una forma mas directa la alteración de su función puede alterar notablemente en esta capacidad para respirar, transportar gases y realizar las actividades, es importante saber detectar cualquier patología del tracto respiratorio para poder ayudar al paciente^(KOZIER,2005:1411)</p>
<p>Humidificar la ventilación(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>El humidificar evita irritación de la mucosa^(KOZIER,2005:1450)</p> <p>Mantener humidificados los dispositivos de asistencia promueven seguridad y minimizan el gasto de energía, balanza para controlar el peso regularmente también proporcionan directamente aire húmedo al paciente con el fin de evitar que las mucosas se sequen y se irriten^(FOZIER,2005:1415)</p>
<p>Aspirar secreciones de boca y nariz, así como de la cánula y</p>	<p>Para que la ventilación pulmonar sea eficaz, es preciso que las vías respiratorias estén limpias</p> <p>Un buen aspirado evitara que el contenido se valla hacia los</p>

<p>su contorno(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>pulmones que suele producir broncoespasmos al provocar una respuesta inflamatoria, la responsabilidad del profesional de enfermería es mantener abierta (permeable) las vías respiratorias, La obstrucción parcial de las vías aéreas superiores se manifiestan por un sonido de tono bajo simula a un ronquido durante la inspiración, en la obstrucción completa existe un esfuerzo inspiratorio extremo que no puede producir movimientos torácicos la obstrucción de las vías respiratorias durante la espiración produce estridor^(KOZIER,2005:1450).</p>
<p>Realizar cambios de posición frecuentes y palmoperCUSión o vibración(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Los cambios posturales y la palmoperCUSión frecuentes favorecen una mejor expansión pulmonar^(KOZIER,2005:1415)</p> <p>Las estrategias de enfermería para facilitar la difusión de los gases a través de la membrana alveolar comprenden la estimulación. Por medio del drenaje postural, percusión o vibración ya que van a mantener la ventilación y el intercambio suficiente de gases y también se crea una expansión máxima en ambos lados torácicos y también consiste en una serie de temblores enérgicos hacen aumentar la turbulencia del aire inspirado y de este modo hacer que se suelten las secreciones espesas ^(Kozier,2005:1420)</p>

FASE DE REALIZACION

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Valorar datos de dificultad respiratoria después de la entubación cada 2 horas(ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Puede presentar edema donde estuvo el manguito (LIPPINCOTT pag. 200)</p> <p>Oxigenar de forma adecuada la sangre arterial del niño y garantizar la eliminación del dióxido del organismo, mejora la calidad del aire inspirado para disminuir la energía que interviene en su respiración del niño, auscultar los ruidos respiratorios se podrán escuchar ruidos respiratorios anómalos entre ellos crepitantes y disminuyen los ruidos respiratorios debido a que pueden estar en los espacios aéreos o el volumen pulmonar es menor provocando que no haya una ventilación ineficaz</p>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimientos respiratorios ✓ Saturación 	<p>Esto permitió en Virginia aspirarla en el momento requerido y mantenerla hidratada, se logro una ventilación optima</p>
<p>NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 0</p>

**MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
ELIMINACIÓN**

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Cantidad de alimentos ingeridos.	Psicológica Ansiedad, Sociológica Insuficientes conocimientos de si mismos

ELIMINACIÓN

Nombre de la Persona:				Fecha:	Edad:				
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología						
Rol Funcional de Enfermería									
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente	Sustituta	Ayuda	Compañera					
	Causas de Dificultad		Nivel de Dependencia						
	Volunta d	Conocimient o	Fuerza	0	1	2	3	4	5
	Grado de Dependencia			Parcial temporal					
Diagnostic o de enfermería	Alteración de la necesidad de eliminación relacionada con procedimientos quirúrgicos y presencia de sonda Foley manifestado por referir incomodidad y dolor								
Objetivo	Martha Virginia mantendrá una diuresis adecuada durante su estancia hospitalaria								

ELIMINACIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Proporcionar una dieta equilibrada y rica en fibra en los alimentos del día (ACCION INDEPENDIENTE)	La dieta rica en fibra estimula el movimiento peristáltico y la evacuación regular (CARPENITO PAG. 709)
Establecer una rutina regular para la micción y evacuación, durante su estancia prolongada en cama (hacer deposiciones una hora después de las comidas. (ACCION INDEPENDIENTE)	El identificar una rutina en la evacuación basada en los ritmos circadianos naturales del cuerpo puede ayudar a estimular la deposición regular (CARPENITO PAG.709)
Proporcionar intimidad.	La intimidad y la sensación de normalidad puede fomentar la relajación, mejorando la defecación (CARPENITO 710)
Enseñarle a Virginia a adoptar una postura cómoda elevando la cabeza de la cama para obtener una posición fowler. (ACCION INDEPENDIENTE)	La colocación adecuada tiene la ventaja completa de la acción de los músculos abdominales y la fuerza de gravedad para promover la deposición (CARPENITO 710)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Número de micción y características de evacuaciones	Virginia después de la operación respondió al procedimiento favorablemente, obtuvo una regularización en sus micciones y defecaciones al tercer día, con la ayuda de una dieta equilibrada y tratamiento profiláctico, presento un control negativo. Y el cuidador se concientizo en los cuidados posoperatorios.
NIVEL DE INDEPENDENCIA	Nivel 0

ALCANZADO	
-----------	--

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
COMUNICACIÓN

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Reacciones afectivas Aburrimiento Ansiedad	Física fatiga Psicológica Ansiedad, estrés Sociológica Insuficientes conocimientos de su entorno

COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES

Nombre de la Persona:			Fecha:	Edad:	
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología		
Rol Funcional de Enfermería					
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente		Sustituta	Ayuda	Compañera:
	Causas de Dificultad		Independencia	Nivel de Dependencia	
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1 2 3 4 5
	Grado de Dependencia			Parcial temporal	
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad comunicación relacionada con el medio ambiente manifestado por agresividad con todas las personas				
Objetivo	Virginia mejorará la forma de interactuar con sus semejantes durante las diferentes técnicas realizadas				

COMUNICACIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Valorar las capacidades, el talento y la realización de Martha Virginia, se le brindó seguridad familiarizando con su entorno. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Favorecer el conocimiento y la percepción positiva de si mismo.</p> <p>La etapa donde aprenden a establecen vínculos para su posterior desarrollo emocional es durante su infancia algunos pacientes tienen dificultad de comunicarse con sus semejantes debido a que se presentan alteraciones sensitivo-motoras por privación o sobrecarga^(KOZIER,2005:1024-1027)</p> <p>El personal de enfermería debe valorar el entorno del paciente en cuanto a cantidad, calidad y tipo de estímulos, el entorno del paciente puede producir estímulos insuficientes lo que coloca en situaciones de riesgo de sobrecarga sensorial, los ambientes poco estimulantes son los que restringen en gran medida la necesidad física, limita el contacto social con la familia, las amigas puesto que los estímulos apropiados o significativos reducen la incidencia de privación sensorial, algunos estímulos son el auditivo(radio, material de lectura numero y compatibilidad de las compañeras de habitación^(FOZIER,2006:1030)</p>
<p>Se le enseñó técnicas de afirmaciones de si misma, y de comunicación. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos que tengan significado permite interactúa paciente – enfermera ^(CAMPELL TRATADO DE ENFERMERÍA,2005:853 .)</p> <p>El personal de enfermería valorara:</p>

	<p>a) Si el paciente vive solo</p> <p>b) Quien le visita y cuando</p> <p>c) Cualquier signo que indique privación social como retraimiento en el contacto con los demás para evitar la vergüenza o la dependencia, autoimagen negativa o la dependencia, informe de la falta de comunicación significativa con otros y ausencia de oportunidad de él para alimentar los temores o las preocupaciones que facilite los mecanismos de afrontamiento^(KOZIER,2006:1030)</p>
--	--

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Grado de interés</p> <p>Forma de interactuar con sus semejantes</p>	<p>Permitió que Virginia expresará sus necesidades, sentimientos, ideas y decisiones.</p> <p>Con las técnicas aceptadas por Martha Virginia logró interactuar con las personas que la rodean.</p>
<p>NIVEL DE DEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p>Nivel 2 porque se logro la completa comunicación con su cuidadora</p>

**MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y LAS FUENTES DE DIFICULTAD
TERMOREGULACIÓN**

MANIFESTACIONES	FUENTES DE DIFICULTAD
Piel pálida Labios con ligera deshidratación	Psicológica Ansiedad, Sociológica Insuficientes conocimientos de entorno.

TERMOREGULACIÓN

Nombre de la Persona:				Fecha:	Edad:
No. De expediente		Sexo: femenina	Servicio: Cardiología		
Modo Funcional de Enfermería					
Necesidad:	Relación Enfermera - Paciente	Sustituta	Ayuda	Compañera	
	Causas de Dificultad		Independencia	Nivel de Dependencia	
	Voluntad	Conocimiento	Fuerza	0	1 2 3 4 5
	Grado de Dependencia		Parcial temporal		
Diagnostico de enfermería	Alteración de la necesidad de termorregulación ineficaz relacionada con procedimientos quirúrgicos manifestado por sensación de calor ,palidez y mucosas orales semihidratadas.				
Objetivo	Virginia mantendrá una temperatura corporal adecuada mediante una hidratación e intervenciones oportunas durante su estancia hospitalaria				

TERMORREGULACION

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Vigilar la ingesta de líquidos permitidos. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Una ingesta de líquidos adecuada cubre el aumento de la demanda metabólica y previene la deshidratación^(KOZIER,2006:3549)</p> <p>Una buena ingesta de líquidos permite aliviar la sed, evitar deshidratación y minimizar la estimulación del tubo digestivo, una buena hidratación mantiene la humedad de las mucosas respiratorias^(WIECK,2003:179)</p>
<p>Realizar la higiene oral con mayor frecuencia, para mantener húmedas las mucosas (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>La deshidratación suele causar grietas en los labios, la lengua o la mucosa bucal. Es esencial una buena higiene bucal para evitar infecciones^(B.W.DU.GAS,2005:411)</p> <p>La piel actúa como una superficie de intercambio para el calor corporal y como barrera de vapor para evitar que el agua abandone el cuerpo las pérdidas del sodio y agua por la superficie corporal aumenta cuando hay una sedación excesiva o lesiones en grandes zonas de la piel^(WIECK,2003:179)</p>
<p>Realizar baños de esponja. (ACCION INDEPENDIENTE)</p>	<p>Mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor^(WIECK,2003:1799)</p> <p>Lavar la piel para eliminar sudor acumulado, secreciones, microorganismos y desechos para evitar la infección y mantener la integridad de la piel proporciona comodidad a un paciente, estimula la circulación sistemática o local, el tono muscular por ejercicio activo o pasivo, se quitaran productos eliminados por la piel, evitando la ingesta pulmonar al estimular la expulsión de secreciones con los cambios de posición, mejora la autoestima y la imagen por medio de mejorías y sensaciones^(WIECK, 2003:179)</p>
<p>Secar perfectamente la piel y dar masaje (ACCION</p>	<p>Los movimientos aumentan la circulación sanguínea y la humedad permite la proliferación de microorganismos^(WIECK,2003:1799)</p> <p>La humedad en contacto con la piel posterior a un periodo</p>

INDEPENDIENTE)	prolongado puede causar irritación y predisposición a la proliferación bacteriana, los tratamientos finos sin dureza estimulan los músculos y ayudan a la circulación, los ejercicios activos y pasivos evitan las contracturas a la circulación, el secado cuidadoso ayuda evitar las úlceras de decúbito, limita la proliferación bacteriana ^(WIECK,2003:183)
----------------	--

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p data-bbox="289 825 589 856">Grado de hidratación</p> <p data-bbox="289 915 509 947">Llenado capilar</p>	<p data-bbox="821 730 1453 1041">Con la higiene oral realizada, a Virginia no presentó infecciones, se previnieron las grietas en los labios, con el masaje realizado se logro una mejor circulación sanguínea, y con el secado de la piel se evitó una infección</p>
<p data-bbox="224 1136 794 1205">NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO</p>	<p data-bbox="1084 1136 1187 1167">Nivel 0</p>

VII. PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA

A su egreso, se le dio a Virginia y a su mamá a conocer una serie de indicaciones indispensables que llevaría a cabo en su domicilio, para lograr una óptima y pronta recuperación.

MEDICAMENTOS:

- ✓ Furosemide ½ tableta cada 8 horas
- ✓ Captopril .3mg tableta cada 8 horas
- ✓ Espironolactona 17mg cada 12 horas.

CUIDADOS ESPECIFICOS

Cuidados de la herida quirúrgica:

- ✓ Lavar con jabón neutro, de arriba hacia abajo o del centro a la periferia de la herida.
- ✓ Secar y proteger la herida con una gasa limpia.
- ✓ Detectar los signos en las extremidades, llenado capilar, ausencia de pulsos
- ✓ Detectar los signos de dificultad respiratoria(expansión del tórax)

HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS

La pirámide alimentaria es una guía para ayudar a tener una dieta sana y puede ayudar a comer una variedad de alimentos al mismo tiempo que fomenta el consumo de la cantidad correcta de calorías y grasas

La pirámide alimenticia esta dividida en 6 secciones de diferentes colores que representa los 5 grupos de alimentos más los aceites:

GRANOS

La mitad de los granos que consume cada día deben ser granos enteros: avena, harina de trigo integral, harina de maíz integral, arroz integral y el pan integral

VERDURAS

Proporcione distintos vegetales entre ellos de color verde oscuro y naranja, las legumbres (chicharos y frijoles), los vegetales almidonados.

FRUTAS

Cualquier fruta o jugo de fruta 100 por ciento natural .Las frutas pueden ser frescas, enlatadas, congeladas o deshidratadas y pueden comerse enteras, cortadas o en puré

ACEITES. La mayor parte de grasas que se consumen deben provenir del pescado, las nueces y los aceites vegetales. Limite las grasas solidas como la mantequilla, margarina, manteca de cerdo y grasas

- ✓ Procurar que la hora de la comida sea en un momento agradable evitando tensiones en la mesa o discutir por la mala conducta.

- ✓ Ofrecer pequeñas porciones de alimentos que combinen los alimentos en un solo plato, como el guiso, con un horario óptimo.
- ✓ Evitar el empleo sistemático de postres dulces
- ✓ Proporcionar agua durante el día.
- ✓ Concentrarse en comer no jugar en la mesa o con la comida
- ✓ Proporcionar siempre una variedad de alimentos
- ✓ No obligar a su hijo a que coma, ni lo fuerce a que (limpie) el plato
- ✓ La pirámide alimentaria
- ✓ Proporcionar dieta balanceada de acuerdo a las recomendaciones siguientes:

- ✓ Granos son carbohidratos o almidones que nuestro cuerpo convierte en azúcar. El azúcar sirve como combustible para los músculos y los órganos. El pan, los cereales, la pasta, el arroz y otros miembros de este grupo también proporcionan minerales. Casi todos los elementos de este grupo contienen muy poca grasa. el salvado y el arroz integral, contiene muchas vitaminas, minerales y fibra.
- ✓ Las verduras y frutas contienen vitaminas como la zanahoria, jitomate, melón, plátano, mamey, Naranja, manzana entre otras.
- ✓ Los lácteos y las proteínas, productos lácteos proporcionan calcio. Como la leche y sus derivados el yogur, la crema, mantequilla. Y son fuentes dietéticas de calcio que ayudan al fortalecimiento de los huesos.
- ✓ La carne, las aves, el pescado, los frijoles, los huevos y las nueces suministran proteínas, El calcio y las proteínas son elementos fundamentales para los huesos y las células.

CITAS

- Acudir el 22 diciembre del 2008 a su cita para valoración y seguimiento.

Se le informa a los padres que en caso de presentar algún signo de alarma acudir a de inmediato a urgencias del INP

- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Acufenos
- ✓ Fosfenos
- ✓ Cambios periféricos en herida quirúrgica
- ✓ Presencia de secreción en herida quirúrgica

VIII. CONCLUSIONES

La filosofía de Virginia Henderson aplicada al cuidado de la población pediátrica, favorece el desarrollo profesional de enfermería; permite establecer una relación estrecha con el paciente y su familiar así otorgarle un cuidado de calidad.

La aplicación del estudio de caso en sus cinco etapas, hizo posible integrar los cuidados de enfermería en relación a las necesidades alteradas y brindarle un plan de calidad, calidez individualizado planificado y adecuado en un entorno que favorezca el cuidado y su integración a su misma sociedad.

Se lograron los objetivos establecidos en cada uno de los diagnósticos de enfermería, gracias a la participación de Virginia y su Mamá, así como con la participación oportuna y eficiente del personal de salud multidisciplinario de Instituto Nacional de Pediatría, dirigido al cuidado integral y especializado de Virginia.

Concluida la Especialidad de Enfermería Infantil se logra una más de mis metas establecidas en mi vida profesional, derivado de los conocimientos recibidos, estos me han permitido identificar los factores de riesgo de la comunidad pediátrica y brindar un cuidado integral profesional mejorando la calidad de vida de los niños que presenten una alteración en su salud.

IX. SUGERENCIAS

- ✓ Sugiero que a todos los cuidadores primarios se les brinde orientación consejería en el conocimiento de la pirámide alimenticia con el propósito de consumir adecuadamente las calorías y grasas para fomentar una alimentación saludable

- ✓ Sugiero que se aplique una evaluación pre-orientación consejería para evaluar y reforzar los conocimientos asertivos y no asertivos sobre nutrición

- ✓ Inducir y estimular el plato del buen comer

X. REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS

1. Faella H, Sciegata A, Alonso J, Jmelnitsky L, Ferreiro D, Elizari A y col. Cierre de comunicación interauricular por cateterismo. *Rev Argent Cardiol* 2000; 68:811-5.
2. King TD, Thompson SL, Steiner C, Mills NL. Secundum atrial septal defect Nonoperative closure during cardiac catheterization *JAMA* 1976; 235:2506-9.
3. Fernández CC, Obregón R. Resonancia magnética nuclear en cardiología: "cardiorresonancia". *Rev Argent Cardiol* 2003; 71:210-6.
4. Beerbaum P, Korperich H, Barth P, Esdorn H, and Gieseke J, Meyer H. Noninvasive quantification of left-to-right shunt in pediatric patients: phase-contrast cine magnetic resonance imaging compared with invasive oximetry. *Circulation* 2001; 103:2476-82.
5. Beerbaum P, Korperich H, Gieseke J, Peuster M, Meyer H. Rapid left-to-right shunt quantification in children by phase-contrast magnetic resonance imaging combined with sensitivity encoding (SENSE). *Circulation* 2003; 108:1355-61.
6. Korperich H, Gieseke J, Barth P, Hoogeveen R, Esdorn H, Peterschroder A, et al. Flow volume and shunt quantification in pediatric congenital heart disease by real-time magnetic resonance velocity mapping: a validation study. *Circulation* 2004;109:1987-93.
7. Sorensen TS, Korperich H, Greil GF, Eichhorn J, Barth P, Meyer H, et al. Operator-independent isotropic three-dimensional magnetic resonance imaging for morphology in congenital heart disease: a validation study. *Circulation* 2004; 110:163-9.
8. Rickers C, Jerosch-Herold M, Hu X, Murthy N, Wang X, Kong H, et al. Magnetic resonance image-guided transcatheter closure of atrial septal defects. *Circulation* 2003; 107:132-8.

9. Beerbaum P, Korperich H, Esdorn H, Blanz U, Barth P, Hartmann J, et al. Atrial septal defects in pediatric patients: noninvasive sizing with cardiovascular MR imaging. *Radiology* 2003; 228:361-9.
10. Schiller NB, Shah PM, Crawford M, De Maria A, Devereux R, Feigenbaum H, et al. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography American Society of Echocardiography Committee on Standards, Subcommittee on Quantitation of Two-Dimensional Echocardiograms. *J Am Soc Echocardiogr* 1989; 2:358-67.
11. Lapierre C, Raboisson MJ, Miro J, Dahdah N, Guerin R. Evaluation of a large atrial septal occluder with cardiac MR imaging. *Radiographic* 2003;23:S51-8.
12. Emmanoulides GC, Allen HD, Riemenschneider TA. Heart disease in infants, children and adolescents including the fetus and young adults. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 60-69.
- 13.- Perloff JK, Child JS Congenital heart disease in adults. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 21-59.
14. Simkova I, Kozlovsky M, Riecansky I, Fridrich V. Value of echocardiography in results evaluation of transcatheter atrial septal defect closure in adults. *Bratisl Leek Listy* 2001; 102:318-21.
15. Durongpisitkul K, Tang NL, Soongswang J, Laohaprasitiporn D, Nana A, Kangkagate C. Cardiac magnetic resonance imaging of atrial septal defect for transcatheter closure. *J Med Assoc Thai* 2002; 85:S658-66.
16. Diethelm L, Dery R, Lipton MJ, Higgins CB. Atrial-level shunts: sensitivity and specificity of MR in diagnosis. *Radiology* 1987;162: 181-6.
17. Durongpisitkul K, Tang NL, Soongswang J, Laohaprasitiporn D, Nana A. Predictors of successful transcatheter closure of atrial septal defect by

18. Guralnik D, editor: *Webster's new world dictionary of the American language*, New York, 1981, Simon & Shuster.
19. Catalano JT: Systems of ethics: a perspective, *Crit Care Nurs* 14(6):91, 1992.
20. Fowler M: Introduction to ethics and ethical theory: a road map to the discipline. In Fowler M, Levine-Aruff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott.
21. Krekeler K: Critical care nursing and moral development, *Crit Care Nurs* 10(2):1, 1987.
22. Singleton KA, Dever R: The challenge of autonomy: respecting the patient's wishes, *DCCN* 10(3):160, 1991.
23. Jameton A: Duties to self: professional nursing in the critical care unit. In Fowler M, Levine-Aruff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott.
24. Aroskar M: Fidelity and veracity: questions of promise keeping, truth telling and loyalty. In Fowler M, Levine-Aruff J, editors: *Ethics at the bedside*, Philadelphia, 1987, JB Lippincott.
25. Omery A: A healthy death, *Heart Lung* 20(3):310, 1991.
26. White J: Rationing health care resources, *Nurs Connect* 4(1):22, 1991.
27. Terry P, Rushton CH: Allocation of scarce resources: ethical challenges, clinical realities, *Am J Crit Care* 5(5):326, 1996.

28. Miles S: Health-care reform and clinical ethics: old values for new times, *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 5(3):299, 1994.
29. Montague J.: A futile-care formula may ease end-of-life issues, *Hosp Health Netw* 4:176, August, 1994.
30. Taylor C: Medical futility and nursing, *Image J Nurs Sch* 27(4):301, 1995.
31. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR: Medical futility: its meaning and ethical implications, *Ann Intern Med* 112(12):949, 1990.
32. Curtin L: Collegial ethics of a caring profession, *Nurs Manag* 25(8):28, 1994.
33. American Nurses Association: *Code for nurses with interpretive statements*, Kansas City, Mo, 1985, The Association.
34. (No author listed): Nurses bring holistic view to ethical decision making, *Med Ethics Advisor* 9(5):49, 1993.
35. Holly C, Lyons M: Increasing your decision-making role in Ethical situations, *DCCN* 12(5):264, 1993.
36. Broom C: Conflict resolution strategies: when ethical dilemmas evolve into conflict, *DCCN* 10(6):354, 1991.
37. Wicclair MR: Differentiating ethical decisions from clinical Standards, *DCCN* 10(5):280, 1991.
38. Thompson J, Thompson H: *Bioethical decision-making for Nurses*, Norwalk, Conn, 1985, Appleton-Century-Crofts.

39. Prosser WL, et al: *The law of torts*, ed 5, St Paul, Minn, 1988, West.
40. Walker DJ: Nursing 1980: new responsibility, new liability, *Trial* 16 (12):43, 1980.
41. American Association of Critical Care Nurses: *Delegation of Nursing and nonnursing activities in critical care*, Aliso Viejo, CA, 1990, The Association.
42. National Council of State Boards of Nursing, Inc: *Delegation: Concepts and decision making process*, Chicago, IL, 1995, the Council.
43. Canavan K: Combating dangerous delegation, *AJN* 97(5):57-58, 1997. 28.
Boucher MA: Delegation alert, *AJN* 98(2):26-33, 1998. 29. Johnson SH: Teaching nursing delegation: analyzing nurse Practice acts, *J Contin Educ Nurs* 27(2):52-58, 1997.
44. Parsons LC: Delegating decision making, *JONA* 27(2):47-52, 1997.
45. Northrop CE: Nursing practice and the legal presumption of competency, *Nurs Outlook* 36(2):112, 1988.
46. Murphy EK: Informed consent doctrine: liUle danger of liability for nurses, *Nurs Outlook* 39(1):48, 1991.
47. Pauscher v. Iowa Methodist Med Center, 408 N.W.2d 355(Iowa 1987).
48. Bouvia v. Superior Court, 225 Cal. Rptr. 297; 179 C.A.3d 1127, review denied (Cal. App. 1986).
49. In Re Farrell, 529 A.2d 404 (N.J. 1987).
50. McKay v. Bergstedt, 801 P.2d 617 (Nev. 1990).

51. State v. McAfee, 385 S.E.2d 651 (Ga. 1989).

52. Wilson-Clayton ML, Clayton MA: Two steps forward, one step back: McKay v. Bergstedt, *Whittier L Rev* 12:439, 1991.

53. Brophy v. New England Sinai Hosp 497 N.E.2d 626 (Mass1986).

54. Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health, 110 S. Ct. 2841 (U.S. S. O. 1990).

55. Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health and the right to die: a symposium, *Ga 1 Rev* 25:1139,1991. 42. Cruzan v. Missouri, *USLW* 56:4916, 1990. 43. Guarino KS, Antoine MP: The case of Nancy Cruzan: the Supreme Court's decision, *Crit Care Nurs* 11(1):32, 1991.

57. Kyba F: Decisions at the end of life: implications following Cruzan, *Tex Nurs* 65(2):13, 1991.

58. Morgan RC: How to decide: decisions on life-prolonging procedures, *Stetson L Rev* 20:77, 1990. 46. Quill T: Death and dignity, *N Engl J Med* 324(10):691, 1991.

XI. ANEXOS

HERRAMIENTA DE VALORACION

VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS DE LOS MENORES DE 0-5 AÑOS

DATOS DEMOGRAFICOS:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Procedencia:

Nombre de la madre:

Nombre del Madre:

Edad de la Padre:

Días de instancia:

Escolaridad de la Madre:

Fecha de ingreso:

Escolaridad del Padre:

Fecha de egreso:

Fecha de Revisión:

Hora:

Escolaridad del niño:

Religión:

La información es proporcionada por:

Domicilio:

Registro:

Procedencia:

Teléfono:

Diagnostico Medico:

Servicio:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelo Materno:

Abuela Materna:

Características de la vivienda:

Tipo de construcción:

Descripción de la vivienda:

Servicios intradomiciliarios:

Disposición de excretas:

Ingresos económicos de la familia:

Gastos mensuales de alimentación:

Servicios públicos (alimentación, luz, agua, transporte)

DINAMICA FAMILIAR

A FAMILIA NUCLEAR DISFUNCIONAL.

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELAC. AFECTIVA	ENFERMEDADES

VALORACIONES DE LAS NECESIDADES BASICAS DEL NIÑO:

Completa la información incluyendo las palabras del familiar.

Gesta:

Edad gestacional:

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

El niño es alérgico:

Esquema de Vacunación:

Presenta cartilla de vacunación:

ALIMENTACION

El niño es alimentado:

Con que frecuencia:

Cantidad:

Horario:

Tipo de alimentos:

Come solo:

¿Con quien come?

Lugar:

¿Cuáles son los alimentos preferidos?

¿Qué alimentos rechaza?

CANTIDAD DE ALIMENTOS

Cantidad de alimentos	Desayunos	Comida	Merienda
Cereales			
Frutas			
Vegetales			
Carne			

Tipo de líquidos:

A que edad le salieron los dientes:

ELIMINACION

Evacuaciones	Orina	En el baño	Día	Noche

Consistencia de las heces:

Color:

Olor:

Dolor al evacuación:

Color de la orina:

Edema palpebral:

Sudoración

OXIGENACION

Somatometria:

Peso:

Talla:

Perímetro cefalico:

Abdominal:

Torácico:

Braquial:

Tensión Arterial:

Frecuencia cardiaca:

Frecuencia respiratoria

Aleteo nasal:

Ruidos respiratorios:

Tiene dificultad respiratoria:

Color de la piel:

REPOSO-SUEÑO

Horas de sueño:

¿Qué costumbres tienen antes de dormir?

Con Juguete:

Duerme

Cubierto con una manta:

Despierta por las noches:

Tiene pesadillas:

Duerme siestas:

En que horario:

VESTIDO

Condiciones de vestir:

Higiene:

Costumbres en el cambio de la ropa:

Tiene ropa suficiente para la

hospitalización:

Se viste solo: No con ayuda

TERMOREGULACION

El niño es sensible a los cambios de temperatura:

A qué hora del día es más sensible:

¿Cuándo tienen fiebre como se lo controla?:

MOVIMIENTO Y POSTURA

A que edad fijo la mirada:

Siguió objetos con la mirada:

Se sentó:

Se paró:

Caminó:

Salto con un pie:

Camina solo:

Que postura adopta la niña al sentarse:

Al caminar:

Al dormir:

Al pararse:

Se mueve en la cama:

COMUNICACIÓN

Responde al tacto:

Hace gestos con algún alimento:

A que edad sonrió:

Habla dialecto:

Quien la cuida:

Con quien juega:

Como considera que es su hijo:

HIGIENE

Hora en que se acostumbra bañar:

Al niño le gusta el baño:

Frecuencia del baño:

Cuantas veces al día le cepilla los dientes:

Frecuencia de cambio de ropa

RECREACIÓN

Al niño le gusta la música:

Tiene alguna preferencia por los juegos:

Juega con:

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Ha consultado usted con otras personas sobre la salud de su hija:

Como ha programado Las visitas del hospital:

Describa los miedos sobre la enfermedad de su hija:

Los cambios importantes en la familia son:

Como ha reaccionado la niña a estos cambios:

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que hayan padecido alguna enfermedad contagiosa:

El niño toma medicamento en casa:

APRENDIZAJE

Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo:

Ha estado hospitalizado antes:

REALIZACIÓN

Que aspiraciones tienen usted de su hijo:

Su hijo participa en juegos:

Comparte juguetes:

Hace amistad con otros niños y adultos:

Imita a papa, o a usted o algún pariente:

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

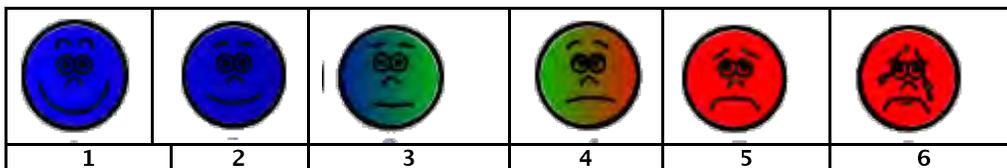
Actividad:

Movimientos:

Respuesta simétrica:

Respuesta pupilar:

Escala del dolor



ESCALA DE GLASGOW PARA LA VALORACION DEL COMA

Niños Mayores

Actividades	Respuesta
Apertura de ojos	4
Espontanea	3
Verbal	2
Con dolor	1
Ausencia	
Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras	3
Inadecuadas	2
Sonidos	1
Inespecíficos	
Ausencia	
Motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión Anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia	1

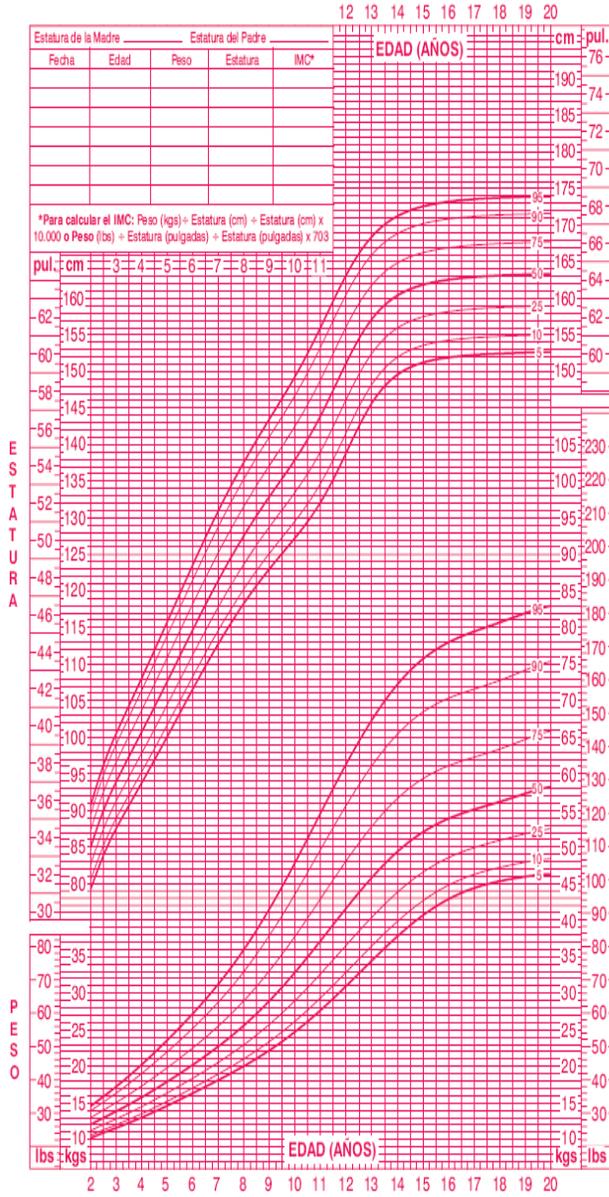
Modificada para lactantes

Actividad	Respuesta
Apertura de ojos	4
Espontanea	3
Al hablarle	2
Con dolor	1
Ausencia	
Verbal	
Balbuceo	5
Irritable	4
Llanto con dolor	3
Quejido con el dolor	2
Ausencia	1
Motora	
Mov. Espontáneos	6
Retirada al tocar	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia	1

2 a 20 años: Niñas

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

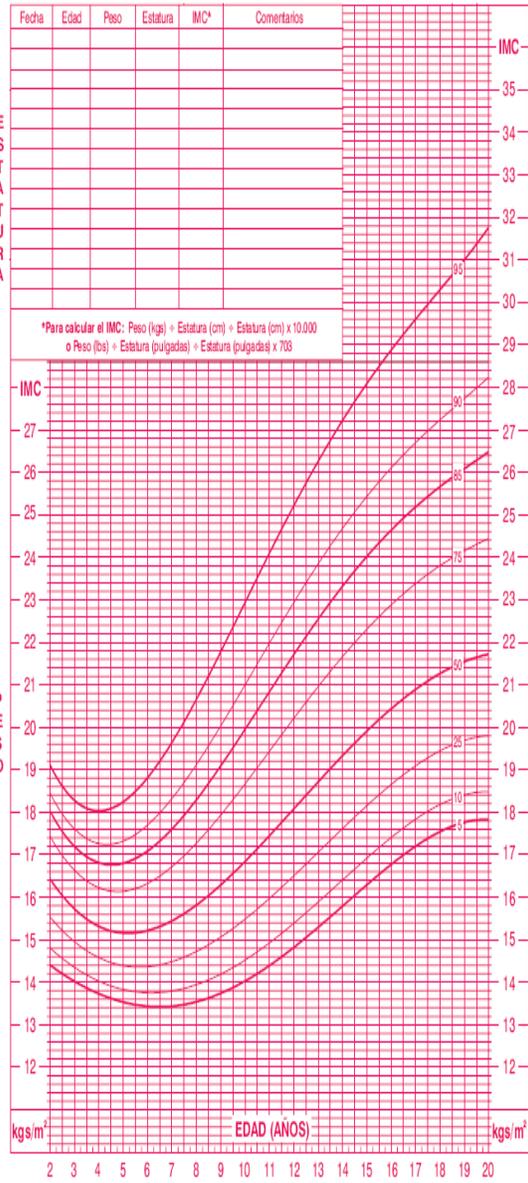
Nombre _____
de Archivo _____



2 a 20 años: Niñas

Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

Nombre _____
de Archivo _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

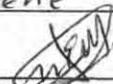
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Virginia Carranza Gutierrez declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Martha Virginia A.G. participe en el estudio de caso de un lactante mayor con alteración proceso enfermero aplicado a un paciente con diagnostico CID CIV basada V.H. cuyo objetivo principal es: Realizar un estudio de caso seleccionada apoyada en el modelo de Virginia Henderson mediante un proceso enfermero realizando diagnostico de enfermería y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Realizar una historia clinica y realización de una exploracion cefalocaudal

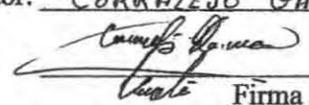
y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre del responsable del estudio: Irene Estrada Marquez


Firma

Nombre del padre o tutor: CORRALERO GARCIA VICTORIA


Firma

Testigos

Nombre: Araceli Hernandez

Firma: Araceli Hernandez

Dirección: Buena Vista S/N.

Nombre: Daniela Guzman L.

Firma: Daniela Guzman L.

Dirección: CARRASCO N. 320.

México, D. F. a 28 de octubre 2008