



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL**

**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GOMÉZ”**

**ESTUDIO DE CASO**

**LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN POR  
DISPLASIA BRONCOPULMONAR.**

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

**PRESENTA**

**Lic. ANGÉLICA BOLAÑOS VALENCIA**

**ASESOR**

**E.E.I. MARICELA CRUZ JIMENEZ**

**MAYO 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis profesoras:**

Por ser la guía académica que durante la especialidad me inspiraron a generar un cambio de actitud en la labor diaria de mi profesión a través de la búsqueda continua de conocimientos.

### **A mis padres:**

A ellos que me dieron la vida, y siempre han sido un apoyo incondicional en cada peldaño que he escalado en la vida.

### **A Dios:**

Ese ser universal que da sentido a la vida, y es mi fuerza espiritual ante los retos que me impongo.

### **A mis compañeras:**

Con las que he compartido un año de mi vida compartiendo conocimientos y experiencias.

**Y principalmente agradezco a este ángelito y a tantos más que he tenido la fortuna de brindarles cuidados quienes son el motivo que me ha inspirado a seguir preparándome.**

# INDICE

Introducción.....	4
Objetivos.....	5
1. Marco Referencial	
1.1. Antecedentes.....	6
1.2. Propuesta filosófica de Virginia Henderson.....	14
1.3. El proceso de Atención de Enfermería.....	25
1.4. Aspectos éticos en la práctica de Enfermería.....	47
1.5. Factor de dependencia (Displasia pulmonar).....	52
2. Metodología	
2.1. Presentación del caso.....	56
2.2. Métodos e instrumentos para la valoración.....	62
2.3. Elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.....	63
2.4. Plan de Intervenciones.....	70
2.5. Plan de alta.....	119
3.. Resultados .....	121
4. Conclusiones.....	124
5. Sugerencias.....	125
6. Bibliografía.....	126
7. Anexos.....	127
7.1. Historia clínica	
7.2. Hoja de reporte diario	
7.3. Consentimiento informado	
7.4. Tríptico	

## INTRODUCCIÓN

En la formación especializada de Enfermería se profundizan aspectos teóricos metodológicos y tecnológicos encaminados al área de especialización y se refuerzan aspectos esenciales de la disciplina como lo es el Proceso Atención de Enfermería y los modelos de cuidados enfermeros.

Así se conjuga la teoría y la práctica permitiendo el desarrollo de habilidades para detectar oportunamente necesidades reales o potenciales de nuestros pacientes y planear intervenciones específicas y especializadas encaminadas a la eficiencia disciplinar promoviendo con ello la práctica independiente de nuestra profesión.

En el presente trabajo se describe la aplicación del cuidado especializado de Enfermería en un lactante con dependencia en la necesidad de Oxigenación sustentado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería.

Primeramente se detalla la evidencia encontrada de la aplicación de esta propuesta, los conceptos básicos de cada una de las etapas del proceso enfermero y aspectos éticos que rigen la práctica de Enfermería, además se explica el factor de Dependencia que afecta al paciente, conjuntando así un marco teórico para la aplicación de los cuidados.

Después de una valoración exhaustiva de cada una de las Necesidades del Lactante se realiza un análisis de los hallazgos elaborando diagnósticos y jerarquizando los Cuidados.

El ejercicio de las intervenciones de Enfermería tiene la finalidad de sensibilizarnos en la práctica para recuperar nuestro verdadero campo de acción donde no únicamente la realización de procedimientos sustente nuestro trabajo sino el verdadero dialogo con nuestro paciente y su familia nos permite interactuar y educar aprendiendo mutuamente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Implementar cuidados especializados utilizando el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta filosófica de Virginia Henderson a un lactante con dependencia en la necesidad de Oxigenación de manera interactiva para lograr su independencia.

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

Realizar una valoración exhaustiva así como la organización de los datos en un lactante con dependencia en la Necesidad de Oxigenación.

Analizar los datos obtenidos durante la valoración de las 14 necesidades y elaborar los diagnósticos que de esta se deriven.

Elaborar un plan de Atención de Enfermería Especializado que permita otorgar cuidados.

## I. MARCO REFERENCIAL

### 1.1. ANTECEDENTES

Para la realización del presente estudio de caso se revisaron artículos publicados en los últimos 5 años basados en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, con la finalidad de contar con bases científicas que sustenten su elaboración.

Durante la búsqueda de casos se observó la escasa publicación de artículos realizados en el área pediátrica; a continuación se describen los estudios encontrados.

El primer caso fue realizado en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” a una lactante de 51 días de vida que ingresa por presentar crisis hipóxica, la cual presenta una cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único malformación muy compleja a la que solo se le puede ofrecer tratamiento paliativo; el objetivo para este caso fue implementar un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único con el enfoque teórico de Virginia Henderson; mediante la valoración se encuentra dependencia de 5 necesidades, elaborando 8 diagnósticos para implementar el plan de atención, se logra el cumplimiento de los objetivos planteados en cada intervención sin complicaciones asociadas durante 10 días hasta el alta de la paciente, de esta manera conciben que existen situaciones muy complejas en las que aun con los avances de la ciencia, solo es posible ofrecer apoyo paliativo con pocas expectativas de sobrevivencia; pero esto no es un obstáculo para proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a sus familiares.<sup>1</sup>

Otro estudio fue realizado en el Hospital Infantil Sant Joan de Déu Barcelona a una recién nacida de 29 semanas de gestación siendo el objetivo prioritario para este estudio crear una atmósfera afectiva entre los padres y la recién nacida; el objetivo fue basar el proceso de atención con el modelo conceptual de Henderson por ser un modelo humanista centrado en la persona; mediante la valoración se detectó dependencia en las 14 necesidades, para las cuales se planificaron

---

<sup>1</sup> Cruz López Luz María. Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único. Enfermería Cardiológica 2006; 14 (2): 56-61

intervenciones dependientes e interdependientes. Dentro de los diagnósticos enfermeros elaborados se realiza un diagnóstico enfocado a crear una atmósfera afectiva entre los padres y la recién nacida. En resumen las condiciones de la paciente fueron satisfactorias, además de que los padres aprendieron y demostraron habilidad en todos los cuidados que la bebe precisaba. Concluyendo que los cuidados de enfermería nos obligan a un trabajo muy riguroso en el que se tienen en cuenta todos estos aspectos. No cuidar en el técnico y cuidar a los recién nacidos y a los padres de forma individualizada e integral debe ser nuestro proyecto.<sup>2</sup>

Un estudio de caso más fue realizado en un hospital privado de la ciudad de México el 18 de septiembre del 2008 a un lactante masculino de 1 año 4 meses que ingresó al servicio de urgencias por presentar dificultad respiratoria, su objetivo era elaborar un proceso de atención de enfermería en un lactante con dependencia de la necesidad de oxigenación; el estudio utilizó el modelo conceptual de las 14 necesidades, mediante la valoración directa e indirecta observando dependencia de cuatro necesidades, siendo la oxigenación la de mayor relevancia con un grado 4 de forma transitoria. En la implementación del plan se realizan varias intervenciones en base a un Diagnóstico enfermero; mediante la evaluación se observa el logro del objetivo planteado y la independencia de la necesidad; después de realizar este trabajo concluye en que mediante el proceso de atención de enfermería pueden plantearse cuidados individualizados, enfatizan que el mejor modelo conceptual es el de Virginia Henderson el cual ayuda a identificar alteraciones de las necesidades básicas en esta etapa de la vida, además permite que la Enfermera tenga un lenguaje propio y llevar un seguimiento al paciente.<sup>3</sup>

Sierra Pacheco refiere en su estudio de caso a una lactante de 3 meses de edad con antecedente de prematuridad (33 SDG) con una cardiopatía congénita trasladada el 22 de marzo del 2005, al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, su objetivo fue proponer un plan de intervenciones de Enfermería de alta calidad humana para la atención de un paciente pediátrico post operado de coartación con sección y sutura del conducto arterioso; la metodología empleada fue la utilización del modelo conceptual de V. Henderson y los Diagnósticos de Enfermería conforme a la taxonomía de la Asociación Americana de Diagnósticos

---

<sup>2</sup> Guallart Monterde Mercedes. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Prétermino. Enfermería Clínica. 2003; 8(2): 40-52

<sup>3</sup> Solís Mohedano María Eugenia. Proceso Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxígeno. Desarrollo Científico. 2008; 16(9):414-417

Enfermeros (NANDA), durante la valoración se detectó dependencia de 8 necesidades realizando 11 diagnósticos en enfermeros, implementaron el plan de intervenciones durante 5 días cumpliéndose en su mayor parte los objetivos planteados. Concluyendo que el papel de la enfermera es fundamental para el éxito en el tratamiento, de ahí la importancia de contar con un plan de intervenciones que ayude a jerarquizar las necesidades del paciente con la finalidad de proporcionar atención de alta calidad y calidez humana, además de que las necesidades y problemas cambian de forma constante y dinámica.<sup>4</sup>

En la revisión de Estudios de caso llama la atención la participación de las Enfermeras Cardiólogas de Instituto Nacional de Cardiología quienes se han preocupado por la publicación de los estudios realizados en dicha institución, principalmente en personas adultas a continuación se describen algunos encontrados.

Uno de los casos revisados en adultos realizado en el Instituto Nacional de Cardiología, se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 19 de septiembre y 8 de octubre del 2002, a una mujer de 50 años de edad que fue enviada a este Instituto para diagnóstico y tratamiento, en estado crítico por lo que fue sometida a cirugía para colocación de prótesis valvular aórtico el 30 de septiembre del 2002. El objetivo planteado para el desarrollo de este trabajo fue el proporcionar cuidados de Enfermería de forma integral al paciente con Estenosis Aórtica utilizando las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la propuesta filosófica de Virginia Henderson, con apoyo de los diagnósticos enfermeros de la NANDA; diseñaron un instrumento de valoración con el cual se detectó dependencia de 8 necesidades, elaborando 4 diagnósticos para el desarrollo del plan de intervenciones; se logró el objetivo de cada una de las intervenciones contribuyendo a la pronta recuperación de la paciente; de esta manera concluyen que es de suma importancia el Proceso de Atención de Enfermería para mejorar los esquemas de cuidados en este grupo de pacientes y así contribuir con la formación del personal de Enfermería que brinde cuidados de excelente calidad.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Sierra Pacheco Magdalena. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. Enfermería Cardiológica. 2005; 14 (1): 16-23

<sup>5</sup> Leo Az yadet Parra Basurto. Proceso atención de enfermería a un paciente con estenosis pulmonar. Enfermería Cardiológica .2003; 11( 2) : 66-71

Otro caso más fue realizado en el servicio de cardiología Adultos a una persona de 66 años de edad con antecedente de haber sufrido evento vascular cerebral presentando secuelas de hemiparesia facial y dolor de miembro pélvico izquierdo, diagnosticándole un aneurisma en la arteria comunicante anterior por lo que es referido al Instituto para su tratamiento; el objetivo planteado era validar la aplicación del modelo conceptual de Henderson y la taxonomía de la NANDA a una persona con patología cardiovascular y neurovascular; fue seleccionado un paciente cuyo proceso morbido fuera de interés general, en la valoración se identificaron factores de riesgo que pudieran retardar su recuperación realizando Diagnósticos Enfermeros identificados a partir de las necesidades evidenciadas; para en un siguiente momento aplicar un programa de trabajo, jerarquizando las necesidades y cubriéndolas de manera objetiva con acciones de enfermería. Se detectó dependencia de 5 necesidades elaborando diagnósticos para cada una de ellas e implementar un plan de intervenciones; mediante la evaluación de cada intervención se observó el cumplimiento en un 100% repercutiendo con ello en la pronta recuperación del paciente; de esta manera concluyen que la aplicación de un proceso de atención de enfermería guiado por un modelo permite proporcionar un mejor cuidado a los aspectos físicos, sociales y espirituales de los pacientes.<sup>6</sup>

Un caso más de la revisión realizada fue llevado a cabo en el año 2005, en el servicio de terapia intensiva a una adulta de 26 años de edad con síndrome de Down e hipotiroidismo complicada con coma mixedemático, su objetivo era establecer intervenciones con la orientación del modelo conceptual de Virginia Henderson en una paciente (con síndrome de Down y coma mixedemático) para generar evidencia científica de la atención de enfermería en personas con estas alteraciones de salud; mediante la valoración se logró detectar dependencia de las 14 necesidades, implementando 7 diagnósticos con su plan de intervenciones; mediante la evaluación del mismo se logró el cumplimiento de los objetivos de las intervenciones casi en su totalidad debido a la gravedad del caso; al terminar este trabajo la paciente continuó en estado crítico, no respondió favorablemente al manejo médico, con respecto al plan de enfermería la aplicación del PAE facilitó las intervenciones y evaluación de los cuidados de una manera dinámica que permitió reestructurar y adecuar los mismos cuando fue necesario y retroalimentar el proceso.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Lugo Escobedo Diana. Adulto mayor con patología cardiovascular y neurovascular. Enfermería Cardiológica.2003; 11 (1): 18-25

<sup>7</sup>Gallardo Añorve Araceli. Estudio de caso con síndrome de Down y coma mixedemático. Enfermería Cardiológica.2005; 13 (1-2): 37-43

Otro estudio de caso revisado fue realizado a un paciente de 76 años de edad con diagnóstico de cardiopatía isquémica, que se le realiza revascularización de urgencia, cursando con mediastinitis postoperatoria, al que posteriormente le hacen múltiples reintervenciones quirúrgicas sin controlar el proceso infeccioso, siendo su cuidado por el personal de enfermería la utilización del sistema de cicatrización asistido por vacío (VAC); el objetivo de este caso fue la implementación del Proceso de Atención de Enfermería en un paciente que cursa con infección profunda de tórax, utilizando el modelo de Virginia Henderson, para proporcionar su cuidado y generar evidencia científica de la importancia del tratamiento innovador VAC para este padecimiento; durante la valoración se detectó dependencia de 5 necesidades básicas, elaborando 6 diagnósticos logrando en su totalidad el cumplimiento de cada uno de los objetivos de las intervenciones; concluyen que el proceso facilitó la toma de decisiones y la evaluación de los cuidados de manera dinámica, también resaltan la importancia de participar en la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes.<sup>8</sup>

También se revisa un estudio de caso realizado en el área de consulta de urgencias del Instituto Nacional de Cardiología en el mes de febrero del 2007, a una mujer de 39 años de edad que acude por presentar en reposo disnea de inicio súbito, palpitations rápidas no sostenidas por alrededor de 15 minutos, diaforesis leve y debilidad de miembros inferiores, ansiosa con disartria, dificultad para movilizarse, manifestando miedo, cefalea intensa y amaurosis de inicio abrupto; el objetivo y la metodología fueron encaminados a plasmar el cuidado en un consultorio de urgencias utilizando el método enfermero y el modelo de las necesidades humanas de V. Henderson, mediante la valoración se observó dependencia de 5 necesidades obteniendo 11 diagnósticos enfermeros, la evaluación de cada una de las intervenciones expresa el cumplimiento de los objetivos planteados, garantizando de esta forma la calidad de la atención; concluyen en la importancia de interactuar con los problemas reales y potenciales resaltando como principales guías el método y modelos enfermeros, el tiempo que duró la atención fue de 5 horas sin embargo no consideran limitación para aplicar el método enfermero y satisfacer las necesidades de la persona.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Flores Montes Imelda. Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis. Enfermería Cardiológica.2006; 14 (3)

<sup>9</sup> Chávez García Claudia. Método de enfermería y el modelo de Henderson en un paciente con estenosis mitral y accidente cerebrovascular. Enfermería Cardiológica.2007; 15 (1) :14-18

Un último estudio de caso más reciente realizado en Instituto Ignacio Chávez fue llevado a cabo en Noviembre del 2006, a un adulto de 20 años de edad con diagnóstico médico de Lupus Eritematoso que ingresó a la terapia intensiva por choque séptico, en el cual el objetivo planteado era plasmar los cuidados enfermeros con una base científica y trato digno, teniendo como apoyo el modelo de Henderson y las etiquetas diagnósticas de la NANDA, en la valoración se detectó dependencia de 9 necesidades obteniendo 13 diagnósticos; la intervención de los cuidados fue asertiva plasmando en la evaluación de cada una de las intervenciones el logro de los objetivos planteados, se observaron algunas complicaciones reimplantando nuevas intervenciones contribuyendo a la pronta recuperación del paciente. Concluyen que las características de la enfermedad son impredecibles en la cantidad y variedad de manifestaciones clínicas, resaltando la importancia de conocer la patogénesis para incrementar la calidad del cuidado de enfermería.<sup>10</sup>

Dentro del estudio de caso revisados se encontró uno realizado en la unidad de cuidados intensivos especiales adultos de un Hospital General de Comitán, Chiapas en el mes de marzo del 2007 a una mujer de 19 años de edad, el objetivo del caso se enfocó a satisfacer las necesidades mediante la aplicación del proceso de atención enfermería en una paciente con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, apoyados en el modelo conceptual de Virginia Henderson utilizando los diagnósticos de Enfermería de la NANDA; mediante la valoración se logra detectar dependencia de 3 necesidades fundamentales, realizando 3 diagnósticos enfermeros e implementando las intervenciones de enfermería; al realizar la evaluación de las intervenciones se observó mejoría de la paciente; concluyen que resulta fundamental utilizar el proceso de enfermería basado en un modelo ya que fomenta la autonomía el juicio crítico basado en conocimientos y contribuyendo a la investigación de Enfermería.<sup>11</sup>

A continuación se describen 3 casos realizados en España

Uno de los cuales titulado como suplenencia total en el accidente cerebrovascular llevado a cabo en el complejo hospitalario Torre Cárdenas en Almería España a partir del 13 de diciembre del 2005 a una mujer de 28 años de edad sin ningún problema previo de salud encontrada inconsciente en su casa por su marido; asistida por el servicio de emergencia e ingresada a la unidad de cuidados intensivos; el objetivo planteado del caso se enfocó a mejorar la calidad de vida y

---

<sup>10</sup> Chávez García Claudia. Estudio de caso de un individuo con lupus eritematoso generalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Cardiológica*. 2007; 15 (2): 54-61

<sup>11</sup> Ruiz Gordillo Laura. Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con Insuficiencia Renal Crónica. *Enfermería Cardiológica*. 2007. 16 (3): 34-40

evitar complicaciones secundarias al ser un caso complejo grave e incapacitante, los instrumentos metodológicos fueron el modelo de V. Henderson, la taxonomía de la NANDA, NIC (clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (clasificación de resultados de enfermería). Al realizar la valoración se detectó dependencia de 7 necesidades básicas y al ser esta una enfermedad grave e incapacitante la valoración también incluyó la familia para la elaboración de los diagnósticos e implementar el plan de cuidados; el plan de intervenciones fue enfocado a evitar complicaciones y a la capacitación de los familiares para el cuidado en casa; al ser esta una alteración crónica la paciente continuó con dependencia total de 6 necesidades, se capacitó a la familia, garantizando una buena calidad de vida logrando cumplir los objetivos haciendo una familia cuidadora, competente e independiente para la resolución de problemas.<sup>12</sup>

Otro caso fue realizado en el Hospital Regional Universitario Carlos Hay a, en Málaga España a Laura una paciente de 25 años de edad, y su familia, había ingresado en el hospital hacía dos meses tras ser diagnosticada de una enfermedad hemato-oncológica; el 20 de noviembre del 2007 presenta un cuadro de neutropenia severa ocasionando neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria aguda ingresándola a terapia intensiva; el objetivo planteado fue describir la posibilidad de cambiar la atención sanitaria que se ofrece a los pacientes que fallecen ingresados en las unidades de cuidados intensivos usando la descripción de un Proceso Enfermero empleando un modelo teórico utilizando los Diagnósticos de la NANDA, NIC y NOC, la valoración fue encaminada a los cuidadores primarios de la paciente en los que se detectó dependencia en 6 necesidades, fue elaborado un diagnóstico implementando intervenciones durante 17 horas que duró en el servicio hasta su fallecimiento, encaminadas a facilitar el duelo; mediante el desarrollo del plan de atención se forjó una estrecha relación entre los familiares y el equipo de salud. Concluyen que una asignatura pendiente del equipo de salud sigue siendo el adecuado abordaje de las situaciones terminales en el entorno hospitalario. Como lo comenta la autora “Las ciencias biomédicas se han desarrollado de tal forma que han influido poderosamente en el modo de morir de los seres humanos” como cuidadores de la salud continuamente nos enfrentamos a la muerte y tenemos la responsabilidad de abogar por cambios en los reglamentos hospitalarios tan rígidos que ayuden a cumplir una de las premisas que incluye Virginia Henderson en su concepto del cuidado como lo es

---

<sup>12</sup> Ortiz Jiménez Felipe. Cuidados de suplencia en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos deficientes. Evidencia.2007; 4 (15)

“la muerte digna”.<sup>13</sup>

Como último se incluye un estudio epidemiológico transversal realizado en Guipúzcoa España en el servicio de Neurología del Hospital Donostia recolectando datos mediante entrevistas domiciliarias con previa cita telefónica de forma anónima y voluntaria a pacientes con esclerosis múltiple. El objetivo era realizar una valoración de enfermería y formular diagnósticos reales, de riesgo e interdependientes de las personas de Guipúzcoa que tienen esclerosis múltiple, utilizan un cuestionario confeccionado en base al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante el análisis de los datos se detectan como principales manifestaciones de dependencia, la falta de aceptación y adaptación a la enfermedad, falta de información elaborándose como principales diagnósticos conocimientos deficientes, deterioro de la adaptación y conductas generadoras de salud además de varios diagnósticos de riesgo y diagnósticos interdependientes. Concluyen que los resultados de este estudio orientan a organizar los cuidados enfermeros que se proporcionan a estas personas y esa atención se podría llevar a cabo a través de una formación especializada en esclerosis múltiple, de esta manera tal como sugiere Virginia Henderson el trabajo de enfermería sería terapéutico.<sup>14</sup>

Durante el desarrollo de la profesión se han perfeccionando instrumentos para la aplicación del cuidado, el proceso de atención de enfermería como herramienta esencial dirige las acciones del cuidado, durante la revisión de los estudios de caso se visualizan las ventajas de su aplicación y sobre todo los resultados tangibles logrados en la aplicación del cuidado además de fomentar conceptos propios de la profesión y el paradigma Enfermero basado en respuestas humanas todo esto guiado por un modelo enfermero como lo es la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson en el cual mediante sus conceptos guía cada una de las etapas del proceso, dando pauta al ejercicio profesional independiente.

---

<sup>13</sup> Gálvez González María. El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. 2006; 4 (10)

<sup>14</sup> Elorza Puyadena. Valoración y diagnóstico de enfermería de las personas con esclerosis múltiple, un estudio transversal. Evidencia.2007; 4 (14)

## 1.2. PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, fue una enfermera americana mundialmente conocida, trabajó en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta. Por sus enseñanzas, influyó en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados, se guía un modelo conceptual que ella misma ha elaborado.

Su modelo está influido por la corriente de pensamiento de la integración, y según Meleis (1997) se incluye dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Ericson y J. Piaget) para conceptualizar la persona, y el deseo de aclarar la función propia de la enfermera la impulsó a desarrollar su modelo. Con su trabajo intento responder a la pregunta “que hacen las enfermeras” y determinar en qué se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el doble objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinares y de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas.<sup>15</sup>

### • POSTULADOS

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- **Necesidad fundamental**: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

---

<sup>15</sup> Luis R., Fernández F., y Navarro G. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona España: Masson. 1998. pág. 33

- Independencia : Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia : No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- Manifestación : Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad : Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
- Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Voluntad : compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Riopelle L., Grondin L., y Phaneuf M. Cuidados de Enfermería Un proceso centrado en las necesidades de la persona Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana. 1997. pág.3

- **VALORES**

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como de los otros miembros del equipo de salud

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo concederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la Enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.<sup>17</sup>

- **SUPUESTOS**

Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado de salud es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible.

Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término estas, para poder acceder a las demás áreas.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente. El término independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> García G. El proceso Enfermero y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso. 1997.pág.12

<sup>18</sup> García G. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermera. México: Masson. 1997. pág. 33.

## PRINCIPALES CONCEPTOS

### ENFERMERÍA

Según esta concepción de los cuidados enfermeros, el rol esencial de la enfermera es el de **suplencia**. Consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por sí misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía frente a sus necesidades. A este respecto Henderson nos propone la admirable definición.<sup>19</sup>

**“Ayudar al individuo, sano o enfermo, al mantenimiento y la recuperación de la salud (o asistirlo en sus últimos momentos) mediante la realización de tareas que el mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos”**

Se identifican tres modelos de función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

### SALUD - INDEPENDENCIA

El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual. La independencia es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

---

<sup>19</sup> Phaneuf, Ph. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw -Hill Interamericana. 1999. pág. 11.

## **LA INDEPENDENCIA Y LA DEPENDENCIA EN EL ADULTO**

<b>INDEPENDENCIA</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción* de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo sin la ayuda de otra persona.	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo sin ayuda de otros acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

FUENTE. PHANEUF, Ph. Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México, (1999) Pág.29

\*El nivel aceptable de satisfacción es el nivel que permite la persistencia de un buen equilibrio fisiológico y psicológico que se manifiesta por un estado de bienestar.

## **LA INDEPENDENCIA Y LA DEPENDENCIA EN EL NIÑO**

<b>INDEPENDENCIA</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.	Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

FUENTE. PHANEUF, Ph. Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México. 1999 Pág.30

### **DEPENDENCIA**

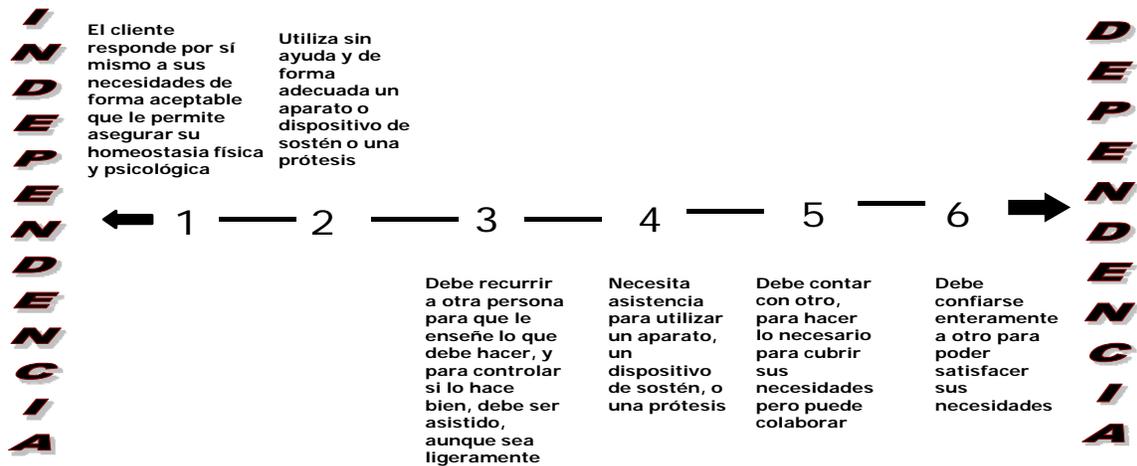
En el modelo de Virginia Henderson, la dependencia significa más bien la situación en la que se encuentra una persona que tiene que contar con alguien para satisfacer sus necesidades.

La dependencia se puede definir como “ La incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda las acciones que le permitan, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

No basta descubrir la dependencia de la persona cuidada, es necesario también determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias. En efecto, existen diversos grados de dependencia/independencia.

A continuación se describen en la siguiente gráfica las características que presenta la persona para ver el grado de dependencia descrito por Phaneuf.

### GRADO DE DEPENDENCIA



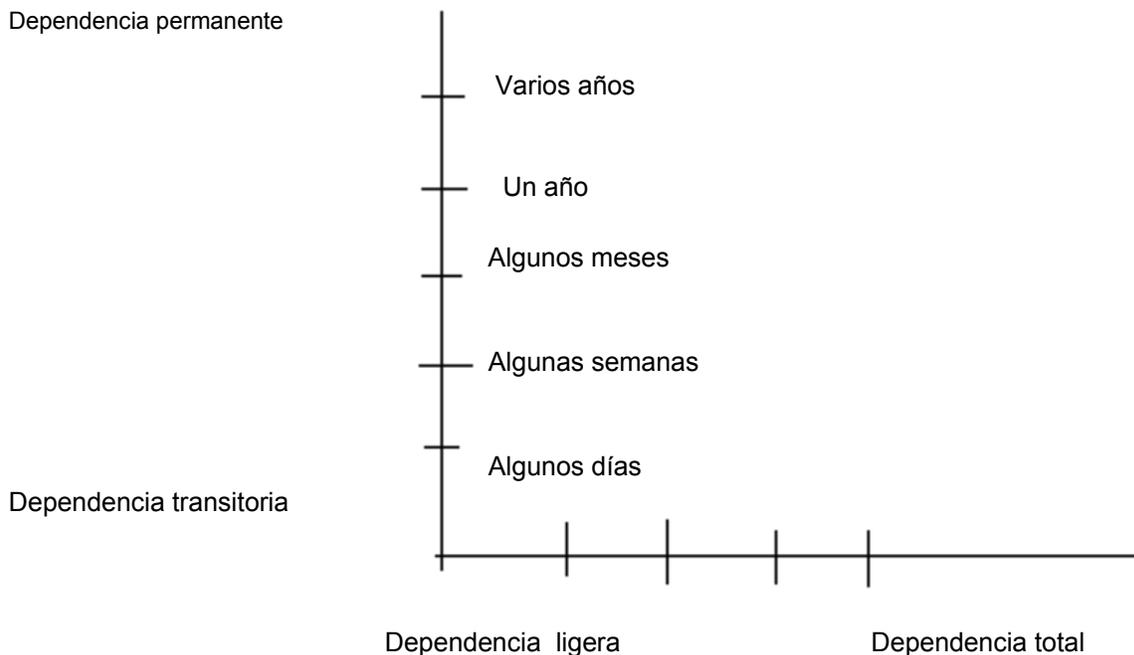
Fuente. PHANEUF, Ph. La planificación de los cuidados enfermeros”. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México. 1997. pág.17

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

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

Es evidente que cuanto mayor es la intensidad y la duración de la dependencia más importante es el impacto sobre la persona y sobre los cuidados de enfermería, por medio de esta gráfica Phaneuf ayuda a clarificar la situación en tiempo y grado de la dependencia de la persona ayudando a planear las intervenciones.

### Duración de la dependencia



Fuente. PHANEUF, Ph. La planificación de los cuidados enfermeros". Edit. McGraw-Hill Interamericana, México. 1997.

## FUENTES DE LA DIFICULTAD

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, hay que preguntarse por la causa de esta incapacidad. En este modelo, las causas de perturbación en la satisfacción de una necesidad y de la dependencia que ellas ocasionan se llaman “fuentes de dificultad”

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Puede ser concebida de cuatro maneras:

- **Factor de orden físico**

Estas comprenden todos los fenómenos físicos que impiden la satisfacción de una o más necesidades fundamentales del cliente. Estas dificultades pueden presentarse de varias formas sea por insuficiencia, por desequilibrio, o por sobrecarga del organismo.

- **Factor de orden psicológico**

Comprenden todos los sentimientos, las emociones, los estados de ánimo o del intelecto que pueden influir en la satisfacción de algunas necesidades fundamentales. Estas dificultades atañen por ejemplo, a las alteraciones del desarrollo intelectual, trastornos del pensamiento, nivel de ansiedad y estrés, la evolución y la dinámica de la personalidad, e igualmente la adaptación del cliente a la enfermedad.

- **Factor de orden sociológico**

Las dificultades pueden ser de naturaleza tanto social (a nivel de pareja, de la familia o de la comunidad) como económica, influyen enormemente en la capacidad del individuo de satisfacer sus necesidades, de conservar su salud y su equilibrio así como de alcanzar su proyecto de vida.

- **Factor de conocimiento**

El autoconocimiento constituye el elemento fundamental y esencial para la adquisición y el mantenimiento de la salud física y mental. Sin embargo, no es fácil intentar conocerse uno mismo, ya que el ser humano es una realidad compleja que nunca se ha acabado de profundizar.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Riopelle L., Grondin L., y Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana. 1997. pág. 3

## ENTORNO

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.<sup>21</sup>

## NECESIDADES

Las necesidades tal como las reconoce Virginia Henderson, se relacionan con las principales dimensiones del ser humano.

“Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo”.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Fernández F., Novel M. El modelo de Henderson y el Proceso de atención de Enfermería. México, D.F. SALVAT. 2000. Pág. 9

<sup>22</sup> Phaneuf, Ph. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana. 1999. Pág. 13

## PERSONA

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

## NECESIDADES FUNDAMENTALES

- **Respirar.** Captar oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.
- **Beber y comer.** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad, de cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
- **Eliminar.** Deshacerse de sus sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.
- **Moverse y mantener una buena postura.** 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.
- **Dormir y descansar.** Debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
- **Vestir y desvestirse.** El individuo debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento. La ropa representa un grupo, e status e ideología a la cual se pertenece, así como un elemento de comunicación.
- **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.** Se debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto es entre 36.1 y 38° c, en los niños varía según la edad) para mantener un buen estado.

- **Estar limpio y proteger sus tegumentos.** Es una necesidad que tiene el individuo para mantener un cuerpo aseado, tener apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
- **Evitar los peligros.** Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- **Comunicarse con sus semejantes.** Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.
- **Actuar según sus creencias y valores.** Hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal, de la justicia, y la persecución de una ideología.
- **Ocuparse para realizarse.** El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
- **Recrearse.** Divertirse es una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- **Aprender.** Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades, para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o conservar la salud.<sup>23</sup>

## LAS RELACIONES ENTRE LAS NECESIDADES

Las necesidades están relacionadas entre sí y la insatisfacción de una de ellas siempre repercute en la satisfacción de las otras. Así, la persona que presenta secreciones bronquiales y tiene dificultades para respirar puede también tener dificultades para comer porque respira con ahogo, y para dormir porque tose. Asimismo, la persona que se alimenta mal y que consume una cantidad insuficiente de fibra puede tener problemas de eliminación (estreñimiento).

El hecho de intervenir en la necesidad que es fuente de dificultades permite solucionar no sólo la dificultad primaria, sino también las que se derivan de ella.

---

<sup>23</sup> Riopell L, Gordin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. España. Mc Graw-Hill Interamericana. 1993. pág. 7-68

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

A continuación se describe una tabla propuesta por Phaneuf en la que se observa la interrelación entre las Necesidades y su afectación cuando se encuentran alteradas.

Necesidad alterada	Necesidades afectadas	Necesidad alterada	Necesidades afectadas
Respirar	Beber y comer Movimiento y postura Dormir y descansar Realización Recreación	Vestido	Termorregulación
Beber y comer	Respirar Eliminar Termorregulación Seguridad y protección	Termorregulación	Respirar Beber y comer
Eliminar	Beber y comer Dormir y descansar Higiene Recreación	Higiene	Movimiento y postura Vestido
Movimiento y postura	Respirar Beber y comer Eliminar Dormir y descansar Vestido Higiene Seguridad y protección Realización Recreación	Seguridad y protección	Movimiento y postura Dormir y descansar Comunicación
Dormir y descansar	Beber y comer Eliminar Realización	Comunicación	Seguridad y protección Recreación
Recreación	Respirar Eliminar Movimiento y postura Seguridad y protección Comunicación	Valores y creencias	Beber y comer Vestido Higiene Comunicación Realización
		Realización	Respirar Eliminar Movimiento y postura Dormir y descansar Higiene Comunicación
		Aprender	Todas las necesidades

Fuente. Phaneuf, Ph. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana. 1999, pág. 24

### 1.3. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

“Método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”.<sup>24</sup>

Está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

#### Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.

---

<sup>24</sup> Alfaro LR. Aplicación del Proceso Enfermero. 5° Ed. España, MASSON. 2005, Pág. 20

## ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

### VALORACIÓN.

Es el primer paso para determinar el estado de salud de la persona, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

Existen cuatro tipos de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia, y valoración después de un tiempo. Estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del cliente.

- Valoración inicial. Se realiza en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria, su propósito es establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.
- Valoración focalizada. Es un proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros, su propósito es determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.
- Valoración de urgencia. Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del cliente, su propósito es identificar problemas que amenazan la vida.
- Valoración después de un tiempo. Se realiza varios meses después del estudio inicial, su propósito es comparar la evolución del cliente con los datos basales obtenidos anteriormente.<sup>25</sup>

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

**Observación.** Consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, su entorno y las interacciones entre estas variables. Es importante tener habilidad, disciplina y práctica; exige una base de conocimientos y el uso de los sentidos (vista, olfato, oído y sensibilidad).

---

<sup>25</sup> Kozier B. Fundamentos de Enfermería. México: Interamericana\*McGraw-Hill.1999, pág. 97

**Entrevista.** Es una comunicación programada que se realiza con el fin de obtener información, identificar problemas o preocupaciones, evaluar un cambio. Es recomendable realizarla en un lugar cómodo, en momentos en que el paciente este tranquilo y respetando su espacio.

*Tipos de entrevista.*

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

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

Fases de la entrevista:

*La introducción.* Es el momento en que pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y cliente entran en conocimiento uno del otro.

*El desarrollo* o cuerpo de la entrevista, que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el cliente. Es el momento en que la enfermera escucha y observa atentamente a la persona a que se dirige. Es la ocasión que se le ofrece para aclarar los puntos confusos. Los elementos recogidos en esta fase le permiten trazar el perfil de la persona cuidada, en relación con las catorce necesidades fundamentales.

*La conclusión* que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al cliente por su colaboración, charlar informalmente un poco con él y decirle si ya tiene las informaciones que necesita. Si por causa de la cansancio del cliente o porque ha de recibir algún tratamiento, necesita a entrevistarse de nuevo para complementar los datos, es necesario que se lo diga.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana. 1993. .pág. 69

**Exploración Física** . Es la recolección de datos mediante los sentidos, vista (inspección), tacto (palpación y percusión), oído (auscultación), olfato (olores), y en tiempos pasados incluso el gusto, de los signos o datos objetivos tanto patológicos como normales que permitan ir configurando un diagnóstico del paciente.

**Inspección.** Es el proceso de observación, los ojos y la nariz son instrumentos sensibles que permiten recoger datos a lo largo de la exploración, se enfoca en conductas o en características físicas específicas es detallada ya que define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

**Palpación.** Implica el empleo de las manos y los dedos para recoger información mediante el tacto.

**Percusión.** A través de golpes en diferentes partes del cuerpo para provocar sonidos y determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización.

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

### **Proceso de Valoración.**

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

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

---

<sup>27</sup> Alfaro LR. Op. Citp: p37

### **Tipos de datos:**

- Subjetivos. Son síntomas o datos no visibles, solo la persona afectada puede percibirlos y describirlos, pueden ser sensaciones, sentimientos, valores y creencias.
- Objetivos. Son datos que pueden ser observables por el espectador, pueden compararse o ser medibles con alguna norma aceptada, se pueden oír, sentir, o incluso oler y se obtienen mediante la observación o la exploración física.

### **Fuente de datos**

Primaria o directa. La información se obtiene siempre del propio paciente

Secundaria. Es información que se obtiene de la familia, personas cercanas, otros profesionales de la salud, los registros e informes, datos de laboratorio y de diagnóstico así como bibliografía.

### **Validación de los datos.**

La validación o verificación permite saber que la información es real, coherente y completa, es paso esencial en el pensamiento crítico, evita hacer asunciones, omitir información importante, mal interpretar situaciones, hacer conclusiones precipitadas e identificar mal los problemas.

### **Organización de los datos**

Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico. Los modelos teóricos son útiles por su enfoque holístico y agrupan datos relacionados sobre patrones de funcionamiento y respuestas humanas, en vez de dar sólo patrones de funcionamiento de órganos y sistemas.

### **Informe y Registro de los datos**

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

### **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico enfermero constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que el personal profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente.

El **diagnóstico enfermero** o **diagnóstico de enfermería**, en el contexto de la enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente y los problemas relativos al cuidado de su salud.<sup>28</sup>

### **Rasgos distintivos**

Se basa en una concepción integral del individuo y contempla el aspecto Biopsicosocial, que influye en la aparición de la enfermedad.

---

<sup>28</sup> LEFEVRE, M.; DUPUIS, A. (1995). Juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona.

Los estándares que determinan si un problema constituye un diagnóstico de enfermería son:

- Guarda relación con una respuesta humana.
- El/la profesional puede prescribir y realizar igualmente tratamiento del problema.
- El problema se produce repetidamente en un número significativo de pacientes.
- Se identifican una o más necesidades humanas según Maslow.
- El problema no es una enfermedad específica, identificada como tal en el sistema de clasificación médica estándar.

### **PROCESO DIAGNÓSTICO**

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

**Recolección de datos.** Recolección de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.

**Detección de señales/patrones.** Cambios en el estado físico (p. ej., gasto urinario disminuido).

**Establecimiento de hipótesis** - alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.

**Validación** - pasos necesarios para descartar otras hipótesis, y para simplificar en un solo problema.

**Diagnóstico** - decisión sobre el problema basado en la validación.

### **Tipos de diagnóstico**

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional nos brinda cinco categorías.

**Diagnóstico real** - una afirmación sobre un problema de salud que el cliente tiene y el beneficio de un cuidado de enfermería. Ejemplo: *Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con disminución de la energía y manifestada por una tos inefectiva.*

**Diagnóstico de riesgo** - una afirmación sobre problemas de salud que el cliente todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano. Ejemplo: *Riesgo de lesión relacionado con movilidad alterada y desorientación.*

**Diagnóstico posible** - una afirmación acerca de un problema de salud que el cliente podría tener ahora, pero que el profesional de enfermería no puede establecer como real por no tener información suficiente. Ejemplo: *Posible déficit de volumen relacionado con vómito frecuente durante tres días y manifestado por una disminución de la frecuencia cardíaca.*

**Diagnóstico de síndrome** - usado cuando un grupo de diagnósticos de enfermería son observados juntos. Ejemplo: *Síndrome por trauma de violación relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados.*

**Diagnóstico de bienestar** - describe un aspecto del cliente que está a un bajo nivel de bienestar. Ejemplo: *Potencial conducta infantil organizada, relacionada con prematuridad y manifestada por la respuesta a estímulos visuales y auditivos.*

## Componentes del Diagnóstico

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

**P** = problema: «en relación con...» o «relacionado con...»  
**E** = etiología: «manifestado por...»  
**S** = signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior.

## **Organizaciones relacionadas**

La principal organización para la definición estandarizada de los diagnósticos es la North American Nursing Diagnosis Association, también conocida como *NANDA-Internacional*.

La NANDA se formó en 1982, sustituyendo al National Conference Group establecido en 1973. En 2002 el nombre de la asociación se cambió por el de NANDA International para reflejar su expansión por todo el mundo. Hasta la fecha, la NANDA han aprobado 167 diagnósticos para su validación clínica perfeccionamiento.

Continúa el proceso dinámico de revisión de los diagnósticos y desarrollo de la taxonomía para identificar y clarificar los fenómenos Enfermeros. Los diagnósticos de la NANDA están incluidos en el Unified Medical Language System de la National Library of Medicine, y actualmente trabaja con la American Nurses Association para desarrollar un Unified Nursing Language System.

También coopera con el Consejo Internacional de Enfermeras para desarrollar una clasificación internacional de la práctica Enfermera.<sup>29</sup>

## **PLANIFICACION**

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

---

<sup>29</sup> Anderson, K. N. (1998 ). *Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary, 1975- 2035*. en [http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_de\\_enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_de_enfermer%C3%ADa)

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de Prioridades
2. Elaboración de Objetivos
3. Desarrollo de Intervenciones de Enfermería
4. Documentación del Plan

### ***Establecimiento de prioridades***

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decir:

Qué problema necesita atención inmediata y cuáles pueden esperar

Qué problemas son su responsabilidad y cuáles pueden esperar

Qué problemas tratará usando planes estandarizados (Ej., vías críticas, planes de cuidados estandarizados)

Qué problemas No están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurarse una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales. El desarrollo de un plan que incorpore todas estas características puede ser poco realista o imposible de manejar. Por tanto, se debe establecer un sistema para determinar que diagnóstico se aborda primero.

El mecanismo más habitual es la jerarquía de necesidades humanas, desarrollada por Maslow (1943) y modificada por Kalish (1983)

- **Necesidades de supervivencia.** Son asociadas a alimentos, aire, agua, control térmico, eliminación, descanso y evitar el dolor. Estas son las necesidades más básicas y los clientes suelen utilizar todos los recursos disponibles para satisfacerlas, solo entonces será posible centrarse en necesidades de un nivel más alto.
- **Necesidades de estimulación.** Las necesidades de estimulación se encuentran asociadas a sexo, actividad, exploración, manipulación y novedad. Cuando están cubiertas estas necesidades de supervivencia, la persona intenta satisfacer las necesidades de estimulación antes de avanzar en la jerarquía.

- **Seguridad.** Son las necesidades de invulnerabilidad, seguridad y protección. La persona enfoca su atención cuando y a han cubierto las de supervivencia y estimulación. Tienen un interés especial en las personas de edad avanzada o en los muy jóvenes, que pueden llegar a extremos exagerados cuando están expuestos a un ambiente desconocido.
- **Amor y pertenencia.** Reflejan la capacidad de un individuo para asociarse o interaccionar con los demás de su entorno y son cubiertas mediante la participación con la familia, los amigos y los compañeros.
- **Estima.** Está relacionado con la necesidad de respeto hacia uno mismo y hacia los demás. La persona se esfuerza por lograr reconocimiento, utilidad, independencia, dignidad y libertad.
- **Autorrealización.** Ocupan el nivel más alto en la jerarquía. Los individuos se esfuerzan por sacar el máximo partido de sus capacidades físicas, mental, emocional y social para poder sentir que son lo que desean ser.<sup>30</sup>

Según *Chistencea*, establecer prioridades no significa en modo alguno que un problema tiene que quedar resuelto para tratar el siguiente en prioridad.

Considera que la prioridad debe establecerse mediante 3 criterios:

1. Los problemas existentes o inminentes ( prioridad alta). Que ponen en peligro la vida del sujeto, y deberán tratarse como primera necesidad, por tanto la atención debe ser inmediata.
2. Los problemas potenciales (prioridad mediana). Que ponen en peligro la vida del sujeto y debe tratarse como segunda prioridad.

---

<sup>30</sup> Iyer W., Taptich B. y Bernocchi D. Proceso diagnóstico de Enfermería. 3° Ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 1997. Pág. 40

3. La percepción del sujeto. Sobre sus problemas de salud, este último criterio está considerado como tercera prioridad (prioridad baja). Estos intereses estarán matizados por el grado de comprensión que el sujeto tenga de su situación; valores, pensamientos y sentimientos sobre la forma de resolver sus problemas de salud y su capacidad para resolverlos.<sup>31</sup>

### ***Redacción de los objetivos***

Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del Proceso de Enfermería. Su propósito es que el profesional de Enfermería y el cliente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida. Por lo tanto los objetivos sirven también de anteproyecto para el componente de evaluación del proceso, ya que objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería.<sup>32</sup>

### ***Elementos de los objetivos***

La formulación de resultados del cliente debe ser específica, debe decir qué debe hacerse, donde tiene que hacerse, como tiene que hacerse y en qué medida ha de hacerse.

Cada formulación de resultados u objetivos de resultados debe tener los siguientes componentes:

- Sujeto. ¿Quién es la persona que se espere que logre el objetivo?
- Verbo. ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- Condición. ¿Bajo qué circunstancias tiene que realizar la persona las acciones?

---

<sup>31</sup> Bello Fernández N. (2004). Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado. La Habana.

<sup>32</sup> Iyer W., Taptich B. Idem Citp: p 90

- Criterio. ¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?
- Momentos específicos. ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?<sup>33</sup>

### **Tipos de Objetivos**

- Corto plazo. Menos de una semana
- Largo plazo. Semanas o meses

## **DESARROLLO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS.**

Las intervenciones de Enfermería son estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

### ***TIPOS DE INTERVENCIONES***

- Interdependientes. Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud.
- Independientes. Actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación médica.
- Dependientes. Se basan en las instrucciones u órdenes escritas de otro profesional.

### ***CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES***

- Basarse en principios científicos de la fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individualizarse
- Formularse de manera concisa, simple y concreta
- Derivarse de la Etiología

---

<sup>33</sup> Alfaro RL. Op. Citp: p.110

- Responden a las preguntas: qué, cuándo, cómo, dónde, en qué medida, con qué frecuencia, quién.
- Buscar la autonomía o mayor bienestar del paciente
- Considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmada
- Ser seguras y adecuadas para la edad, salud, etc.
- Alcanzables con los recursos que se disponen
- Congruentes con los valores y creencias del paciente y otros tratamientos.

### ***Clasificaciones estandarizadas de Intervenciones.***

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

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

La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Una intervención de enfermería es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." (McCloskey y Bulechek, 2000) las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.<sup>34</sup>

Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

---

<sup>34</sup> J Mc Closkey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4° Ed. Elsevier. España. 2005, p 112

## **DOCUMENTACIÓN DEL PLAN**

Es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un paciente.

### **OBJETIVOS**

- Dirigir los cuidados de Enfermería
- Facilitar la continuidad del cuidado
- Único registro que compruebe lo realizado

### **CARACTERÍSTICAS:**

- Estar escritos por Enfermeras tituladas
- Ser iniciado después de la primera interacción con el paciente
- Fácilmente accesible
- Actual

### **COMPONENTES:**

- Breve perfil del paciente
- Objetivos
- Diagnósticos de Enfermería
- Ordenes de Enfermería
- Evaluación

### **EJECUCIÓN**

Se considera como el núcleo o centro del proceso de atención. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad.

Objetivos:

- Proporciona dirección, guía y significado al cuidado
- Es fuente central de información
- Medio de comunicación, sincronización y organización de las acciones
- Da continuidad a la atención
- Asegura la calidad continua.

***Implementación del plan:***

- Preparación. Conocer las intervenciones, ser conciente de los aspectos legales y éticos, destreza técnica y recursos necesarios, además de organizar un ambiente
- Implementación. Realizar las acciones
- Pos implementación. Las reacciones son comunicadas mediante un registro en la hoja de evolución

El fundamento para las etapas no está escrito en las ordenes pero debe ser conocido por la enfermera; el conocimiento es la base para prescribir e implementar ordenes de enfermería, el fundamento describe y explica la base de esas ordenes.

***Lineamientos para redactar el plan:***

Ser fechado y tener la firma de la enfermera responsable

Las estrategias de implementación y las ordenes de enfermería son apropiadas a sus objetivos respectivos

Los planes se redactan en términos del paciente y las acciones de enfermería suficientes para lograr las metas y objetivos

Los planes expresan en términos específicos, dando la dirección a la conducta de la enfermera y del paciente:

¿Qué debe hacer el paciente para lograr los objetivos?

¿Qué necesita hacer la enfermera?

Incluir aspectos preventivos de fomento y rehabilitación

El plan incluye la colaboración y la coordinación de actividades

Ordenar en secuencia apropiada basada en la prioridad

Incorporar la autonomía y la individualidad del paciente

Mantenerlo actualizado

Incluir acciones a futuro<sup>35</sup>

## **EVALUACIÓN**

Es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada progresiva que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo de salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación.

### **PASOS:**

Determinar el logro de los objetivos

Identificar las variables que afectan al logro de los objetivos

Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan.

---

<sup>35</sup> Griffith W. y Chistensen P. Proceso de Atención de Enfermería. Edit. Manual moderno. México. 1993. Pág. 186

A continuación se describe en el siguiente cuadro las formas de evaluación:

<b>ESTRUCTURA</b>	<b>PROCESO</b>	<b>RESULTADOS</b>
<p><b>Propósito:</b> La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.</p>	<p>La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades de cada componente del proceso.</p>	<p>La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente.</p>
<p><b>Instrumentos o medios:</b> Forma de la Comisión de la Junta sobre hospitales</p>	<p>Escala de clasificación de competencia de Enfermería.</p>	<p>Sistema Wisconsin: Procedimiento de evaluación parcial del rendimiento.</p>
<p><b>Auditorias</b></p>	<p><b>Escala de la calidad de cuidados de Enfermería</b></p>	
<p><b>Fuentes de datos:</b> Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones Planes de atención de Enfermería</p>	<p><b>Concurrente:</b> La Enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La gráfica contiene la evidencia de las acciones de Enfermería realizadas.</p>	<p><b>Concurrente:</b> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud física y psicológica.</p>
<p>Planes de orientación y programas en servicio. Nivel educativo del personal. Instalaciones y equipo disponibles Gráficas y Kárdex</p>	<p><b>Retrospectivo:</b> La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.</p>	<p><b>Retrospectivo:</b> La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.</p>

Fuente: W. Griffith, J. Chistensen. Proceso de Atención de Enfermería. Edit. Manual Moderno. México. 1993. P. 195

### ***Clasificación utilizada para la valoración de las intervenciones:***

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería.". Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos.

Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

La estructura taxonómica CRE se desarrolló a partir de estrategias perfeccionadas por el Proyecto de Intervención de Iowa. El objetivo era crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a la desarrollada para la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (Nursing Interventions Classification [NIC]). Este proceso requirió un planteamiento inductivo usando un análisis cualitativo de similitud-desigualdad con muchos participantes que clasificaron los resultados en grupos. Este proceso se empleó para crear el nivel de la clase de taxonomía CRE, estableciéndose finalmente 24 clases.

Una vez creada la estructura taxonómica, la codificación de la CRE se convirtió en la mayor prioridad. Codificar es importante porque crea una manera de realizar lo siguiente: a) representar cada uno de los elementos taxonómicos; b) facilitar el uso de la CRE en los sistemas informatizados; c) crear grupos de datos enfermeros que pueden vincularse con las grandes bases de datos regionales y nacionales de la asistencia sanitaria, y d) facilitar la evaluación de los resultados del cliente para mejorar la calidad asistencial del paciente. La estructura de codificación de la CRE incluye los dominios, clases, resultados, indicadores de cada resultado, escalas de medida y puntuaciones reales registradas por los usuarios.

## Estructura de Codificación de la NOC

DOMINIO CL	ASE	RESULTADO	INDICADOR	ESCALA	VALOR DE LA ESCALA
(1-6)	(A-X)	(4 dígitos)	(1-99)	(a-p) 16 escalas	(1-5)
# A		####	##	A	###

Esta estructura de codificación permite la ampliación de la CRE en cada nivel de la taxonomía y crea una identificación única para cada resultado, indicador y escala de medida. Por ejemplo, pueden agregarse 3 dominios adicionales y la clasificación tendrá 52 clases, cada una con un total de 99 resultados. Esta estructura permite adiciones sustanciales a las clasificaciones sin un cambio en la estructura de codificación.

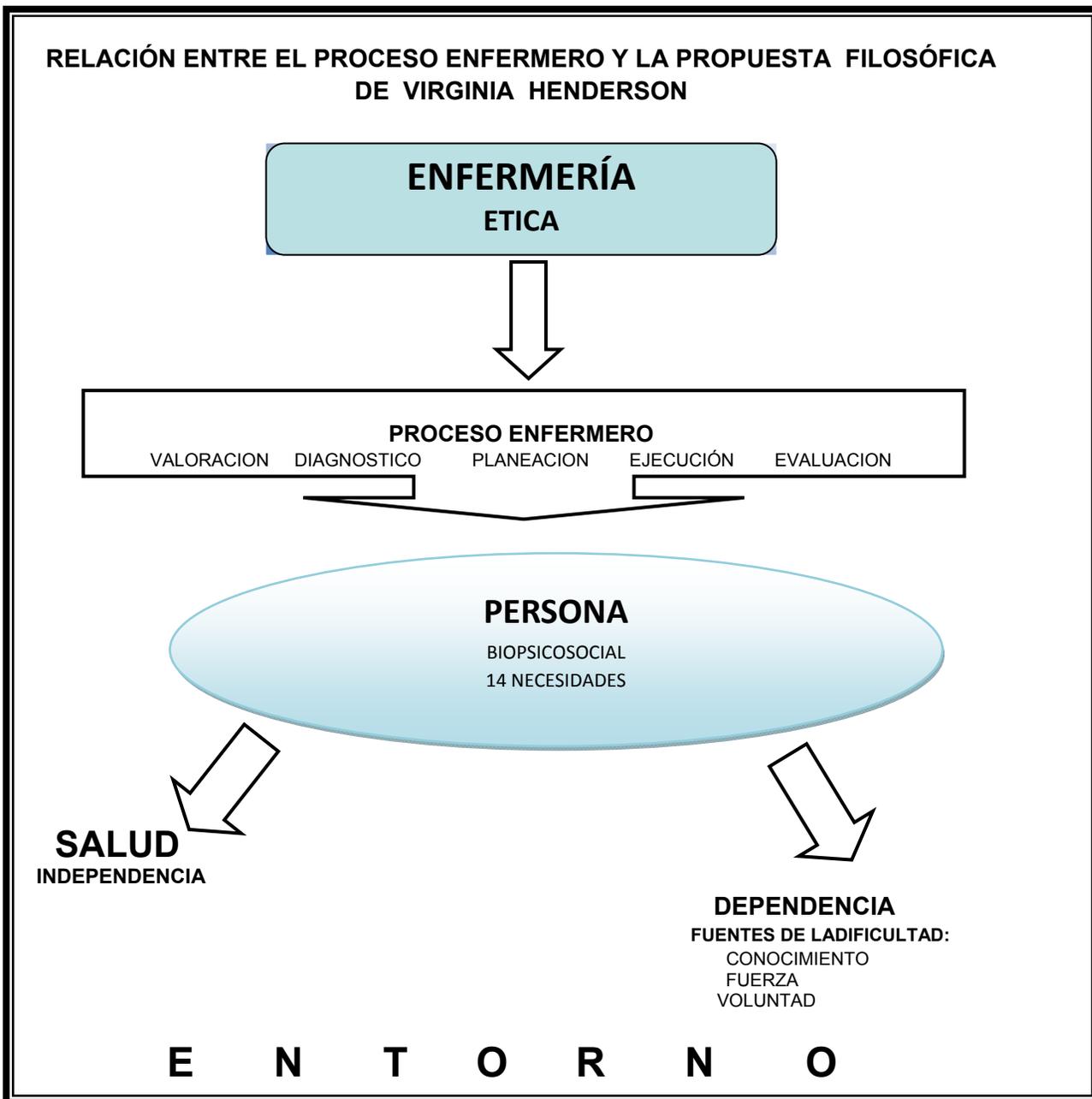
### Objetivos

1. Dar a conocer con un lenguaje común nuestro quehacer diario.
2. Poder codificar el desarrollo de nuestros resultados proyectados y obtenidos.
3. Universalizar los resultados de cuidar de los profesionales de Enfermería, en sus diferentes entornos, lo cual no lleva a tener base de científica para modificar pautas de conducta, respecto a los cuidados aplicados de Enfermería.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). ISBN: 84-8174-788-2

A continuación se describe gráficamente la interrelación de conceptos entre la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el proceso de atención de Enfermería ambos encaminados al quehacer de la persona el Cuidado.



Realizado por Lic. Angélica Bolaños Valencia 2008.

La base de la disciplina de Enfermería como toda profesión se sustenta en aspectos éticos que rigen su quehacer y cuenta con una gran herramienta, el Proceso Atención de Enfermería, para realizar su esencia El Cuidado, mencionada por Henderson como asistir a la persona a lograr o mantener su independencia (SALUD), afectada por diferentes fuentes de dificultad influenciadas por su entorno.

## 1.4. PRINCIPIOS ETICOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Toda arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tener a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas.

ARISTÓTELES

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

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

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

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

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

**Valor fundamental de la vida humana.-** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

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

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

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

**Veracidad.-** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

**Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería y a que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.

También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

**Terapéutico de totalidad.-** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual

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

**Doble efecto.-** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

-Que la acción y el fin del agente sea bueno;

-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. 2001. [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

## DECALOGO DEL CODIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS

### MEXICANOS

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

## 1.5. FACTOR DE DEPENDENCIA

### DISPLASIA BRONCOPULMONAR

La displasia broncopulmonar es la complicación respiratoria más frecuente de los recién nacidos prematuros. Múltiples factores como la inmadurez pulmonar, la toxicidad por oxígeno, el barotrauma y el edema o la inflamación pulmonar contribuyen a su desarrollo, actuando de forma sinérgica muchos de ellos. La observación de la existencia de una asociación entre inflamación pulmonar y displasia broncopulmonar constituyó la base para la utilización de corticoides en prematuros con displasia broncopulmonar, al reducir el reclutamiento de polimorfonucleares en los pulmones, disminuir la producción de elastasa, prostaglandinas, factor de necrosis tumoral, además de disminuir la permeabilidad vascular y el edema pulmonar.<sup>38</sup>

La definición de mayor utilidad clínica es: un niño con 36 semanas de edad posconcepcional con necesidad de oxígeno con signos anormales en la radiografía simple de tórax, y datos anormales en la exploración física (Barrington y Finer, 1998 Farrell y Fiascone, 1997).

**Incidencia.** Las cifras de incidencia varían por diferencia en los criterios diagnósticos, de modo global al parecer va en aumento la frecuencia de displasia, porque la población de niños que reciben ventilación asistida ha cambiado desde que se describió originalmente el trastorno (Farrell y Fiascone, 1997). Los estimados son: productos menores de 700g al nacer 85% afectados; productos que pesan más de 1,500g al nacer 5% afectados.

### CAUSAS

La toxicidad por oxígeno puede ser una causa de displasia broncopulmonar, las concentraciones altas de oxígeno inspirado hacen que se produzcan especies de oxígeno reactivas y se liberen factores quimiotácticos que atraen neutrófilos al pulmón, de este modo se inicia el ciclo inflamatorio. La ventilación asistida con presión positiva y barotrauma contribuyen a que surja la displasia; la intubación interrumpe la función pulmonar normal (hay daño de la función mucociliar; aumenta el espacio muerto, lo cual origina mayores necesidades de presión).

---

<sup>38</sup> Deacon O' N. Cuidados Intensivos Neonatales. 2ª Edición. México: Mc Graw Hill. 2001. P. 157

El barotrauma depende de la intensidad y el tiempo de exposición a elementos de la ventilación a presión positiva. La distensión repetida de las vías respiratorias distales durante la ventilación mecánica de neonatos con poca distensibilidad alveolar origina isquemia. Ante la inmadurez del aparato pulmonar, hay perturbación todavía mayor de la unidad alveolo-capilar por la ventilación mecánica que origina edema pulmonar.

La introducción excesiva de líquidos en los primeros 4 días es un factor que puede contribuir.<sup>39</sup>

## **FISIOPATOLOGÍA**

Hay afección de todos los niveles del árbol traqueobronquial: En las grandes vías respiratorias hipertrofia de glándulas submucosas, incremento del músculo liso en bronquios, sustitución de la mucosa bronquial por epitelio escamoso metaplasico, fibrosis de submucosa, infiltrados inflamatorios, tejidos de granulación pérdida de los cilios, traqueomalacia o broncomalacia frecuente.

En las vías respiratorias finas hay hipertrofia de músculo liso de bronquiolos, metaplasia escamosa focal de la mucosa, infiltración crónica, edema peribronquial, fibrosis peribronquial, necrosis con restos tisulares intraluminales, angostamiento luminal (estenosis), producción excesiva de moco.

En los alvéolos disminución del número de alvéolos, agrandamiento de los alvéolos, destrucción septal alveolar que origina bullas enfisematosas.

En el lecho vascular pulmonar hay hipertrofia de la capa media muscular de las arterias pulmonares, fibrosis, hiperplasia de células endoteliales, que disminuye el área transversal del vaso.

---

<sup>39</sup> Richard Behrman. Y cols. Nelson Tratado de Pediatría. 15ª Edición. México. McGRAW-HILL. INTERAMERICANA .1997. P. 600

## **CUADRO CLÍNICO**

Los factores predisponentes de riesgo son: oxígeno, intubación y ventilación asistida, edad gestacional, deficiencias nutricionales, neuropatía subyacente, fugas de aire.

Incremento de las necesidades ventilatorias, surge incapacidad para separar paciente del ventilador.

Hipoxia, hipercapnia y acidosis respiratoria, estertores, roncus y sibilancias audibles, retracciones de músculos intercostales (tiraje), incremento de las secreciones, broncoespasmo, electrocardiograma que señale hipertrofia de ventrículo derecho y desviación del eje eléctrico a la derecha.

Radiografía de tórax que indique hiperinfiltración y cardiomegalia.

## **DIAGNÓSTICO.**

Signos clínicos de como hipercapnia, hipoxia, estertores, taquipnea, y signos radiológicos de estenosis.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con sepsis, neumonía, obstrucción de vías respiratorias y persistencia del conducto arterioso.

## **ASISTENCIA Y TRATAMIENTO**

1. Apoyo respiratorio continuo:

- Ventilación asistida continua. La separación del ventilador debe ser lenta, y se contará con tiempo para que el neonato ponga en juego sus mecanismos de compensación.
- Después de la extubación, se necesita oxígeno para evitar hipoxia, la inhalación de oxígeno alivia la constricción de vías respiratorias, conservar PaO<sub>2</sub> mayor a 55mm Hg, y pH mayor de 7.25

2. Uso de diuréticos para controlar la retención de líquidos que culmine en edema pulmonar. El más utilizado es el furosemide, los beneficios incluyen disminución de la resistencia de vías respiratorias, mayor distensibilidad de dichas vías, y disminución del agua corporal total y de líquidos extracelular e intersticial. Las complicaciones incluyen calcificación renal con el uso por largo tiempo y alteraciones electrolíticas (pérdida de sodio, potasio y calcio); todo ello puede terminar en la alcalosis metabólica hipoclorémica y surgir problemas con la mineralización de huesos que exacerben la osteopenia de la prematuridad. La clorotiazida se ha utilizado con resultados semejantes a los obtenidos con la furosemide. Por lo que hay que medir de manera seriada los niveles de electrolitos séricos en busca de hiponatremia, hipocalcemia y alcalosis metabólica.

3. Broncodilatadores, su dosis es muy variable los más utilizados son albuterol, ipatropio y cromolín sódico. Es importante medir sus niveles en sangre.

4. Restricción de líquidos para aliviar el edema pulmonar y disminuir la frecuencia del hemio-cardio derecho.

5. Evaluación cardíaca en busca de complicaciones. El corazón pulmonar (hipertrofia del ventrículo derecho) es resultado de hipertensión de la arteria pulmonar y se observa en lactantes con displasia broncopulmonar.

6. Nutrición óptima. Es importante aportar más calorías, para compensar el incremento del trabajo de la respiración y la restricción y la restricción de líquidos. El neonato puede necesitar 150 a 180 kcal/kg de peso al día.

7. Hay que buscar de modo sistemático osteopenia, desde las seis semanas de vida, y realizar las revisiones cada dos a tres semanas. Estos niños están expuestos a un mayor peligro por su edad gestacional, porque a menudo se emprenden tardíamente las medidas de terapia respiratoria y también el uso de medicamentos.

8. Fisioterapia y aspiración de vías respiratorias. Las medidas mencionadas son útiles para que las secreciones bronquiales sean menos espesas y puedan ser extraídas. Los cuidadores deben ser cuidadosos para no desencadenar una crisis de hipoxia o fractura de una costilla.

9. Valorar al niño para la práctica de traqueostomía después de seis a ocho semanas de ventilación asistida, e imposibilidad de separación del ventilador.

### **PRONÓSTICO.**

La tasa de mortalidad es de 10 a 15% para el año de edad.

Una vez que el niño regresó a su hogar la cifra de mortalidad es menor de 10%, la muerte por lo general no es causada por insuficiencia respiratoria, las más comunes de muerte son las complicaciones del corazón o infecciones.

Algunos lactantes, volverán a su hogar con oxígeno complementario, entre los que sobreviven es frecuente observar infecciones pulmonares recurrentes y retraso del crecimiento. El tipo de crecimiento se sitúa entre los percentiles 10 y 25.

En los dos primeros años de vida se observa mejoría gradual, pero la función pulmonar y las imágenes de las radiografías de tórax siguen mostrando anomalías durante muchos años.

Existe pérdida auditiva neurosensorial de .7 a 2% en productos de bajísimo peso y la pérdida auditiva por conducción muestra una incidencia de 14 a 42%.

La retinopatía de la prematuridad surge en 23 a 57% de los casos y es frecuente la miopatía.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> M.H. Jones y cols. Displasia Broncopulmonar. <http://www.neumologia-pediatrica.cl>. 2008.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Presentación del caso

El presente estudio de caso corresponde a un lactante menor de 4 meses de edad, proviene de una familia compuesta formada por un padre de 32 años de ocupación obrero, la madre de 18 años se dedica al hogar y su abuela materna de 53 años.

Es procedente del Estado de México, de zona urbana sin problemas de hacinamiento ni promiscuidad cuenta con todos los servicios públicos, ambos padres con educación básica; nivel socioeconómico bajo.

Cuenta con antecedentes de diabetes e hipertensión de ambas abuelas.

Durante el embarazo refiere la mamá no recibir control médico, era deseado pero no lo había planeado.

El lactante nace a las 28 semanas de gestación por cesárea bajo anestesia general por presencia de Eclampsia en la madre, calificándose con un apgar de 5/8 no llora ni respira al nacer por lo que se le practican maniobras de reanimación.

Su peso al nacer fue de 1,030kg y talla de 36cm.

Recibió apoyo ventilatorio durante los 3 primeros meses de edad, desarrollando displasia broncopulmonar por lo que es referido al Hospital Infantil de México, para seguir tratamiento.

Se inicia seguimiento en el servicio de pediatría I y II, a partir del 20 de octubre del 2008, recibiendo apoyo de oxígeno con nebulizador y casco cefálico.

## HABITUS EXTERNO

Lactante de 4 meses fenotípicamente del sexo masculino, edad aparente menor a la cronológica, alerta reactivo con respuesta a estímulos visuales y auditivos en posición semifowler, actitud relajada con apoyo de oxígeno por nebulizador y casco cefálico en cuna térmica, facies de tranquilidad, aparentemente íntegro, piel delgada elástica ligeramente pálida, de complexión delgada; vestido con pijama hospitalaria, tiene sonda orogástrica para alimentación cerrada durante la exploración.

### Somatometría:

Peso. 1,900 kg	Talla. 40cm	P.C. 32cm
P.A. 28 cm	P. T. 29 cm	P. B. 7.1 cm

### Signos vitales:

Presión arterial 90/50	Frecuencia cardíaca 150x´
Frecuencia respiratoria 58x´	Temperatura 36.5 ° axilar

## **Jerarquía de Necesidades**

### ***Oxigenación.***

Nace a las 28 SDG no llora ni respira al nacer, necesitando reanimación, cardiopulmonar, recibió apoyo ventilatorio por 3 meses, desarrollando broncodisplasia pulmonar; a la exploración física se observa piel con ligera palidez, llenado capilar de 2'', nariz central, permeable simétrica, cuello corto central sin adenomegalias, tórax ensanchado asimétrico, resaltando prominencias óseas, respiraciones irregulares, retracción xifoidea de 2 según la valoración de silverman; amplexión y amplexación asimétricos, fatiga al esfuerzo con diaforesis bajando saturación hasta 70%, se palpaban pulsos carotídeos regulares, no se palpaban masas, a la percusión claro pulmonar, auscultando estertores gruesos en ambos hemitorax. Se encuentra con oxígeno con nebulizador al 60% por casco cefálico manteniendo saturación entre 98 y 100%.

### ***Alimentación e hidratación.***

Esta necesidad se encuentra en dependencia, debido a padecimiento crónico (broncodisplasia pulmonar) que repercute en su ganancia de peso observando su escala gráfica de peso labilidad a las pérdidas, su peso es de 1.900kg siendo su peso ideal de 6 kg de acuerdo a su edad corregida (2 meses), situando en la percentil 3. Desde su nacimiento se ha mantenido hospitalizado cursado procesos infecciosos en varias ocasiones. Durante los primeros meses de vida requirió apoyo ventilatorio por lo que fue alimentado por vía parenteral, actualmente es alimentado por vía enteral, con fórmula de alfare en bolos (80 Kcal/Kg/d) 45ml en 8 tomas, con buena tolerancia sus reflejos de succión y deglución son débiles, en la evaluación física se observa cabello escaso delgado, suave, firme, fontanelas normotensas, ojos brillantes con mirada vivaz, piel íntegra con ligera palidez, la mucosa oral se observa rosada, húmeda, sin dentición, no existe tejido amigdalino; con sonda orogastrica permeable, fatiga al esfuerzo aumentando su demanda calórica; su abdomen se encuentra prominente se observan redes venosas no dilatadas se auscultan ruidos peristálticos 3' a la percusión se encuentra sonido tímpano, se logra palpar hígado 3cm aproximadamente por debajo del borde costal (lo esperado para su edad).

### ***Termorregulación.***

Esta necesidad se encuentra en dependencia debido a que su piel es delgada con escaso tejido adiposo por lo que fácilmente pierde calor, necesita estar en cuna térmica para mantener una temperatura de 36.5° en promedio, además de ropa hospitalaria extra. Se palpa temperatura corporal en extremidades menor.

### ***Movimiento y postura.***

Su necesidad de movimiento y postura se encuentra en dependencia debido a que desde su nacimiento se encuentra hospitalizado por prematuridad con limitación de movimientos, su cabeza aun sin sostén cefálico, actualmente apenas empieza a fijar la mirada, las extremidades superiores las mantiene en flexión logrando extensión al movimiento se palpa escaso tejido muscular valorándose fuerza 3 de 5, las extremidades inferiores las mantiene en flexión logrando extensión y flexión al movimiento, presenta escaso tejido muscular, se valora fuerza 3 de 5.

### ***Seguridad y protección.***

Esta necesidad se encuentra en riesgo, debido a la inmadurez del sistema inmunológico por antecedente de prematuridad, además de mantenerse en un ambiente hospitalario, donde ha presentado varios procesos infecciosos nosocomiales; no ha recibido ninguna inmunización; cuenta con sonda orogastrica para su alimentación y una canalización periférica heparinizada.

### ***Aprendizaje.***

La necesidad de aprendizaje se enfoca a la mamá al ser la cuidadora primaria y ser el lactante totalmente dependiente de ella, detectándose en dependencia debido a la inexperiencia en la maternidad, y la broncodisplasia pulmonar que sufre el niño, ella refiere le preocupa el cuidado en casa porque no tiene conocimientos suficientes sobre los cuidados que requerirá y la habilidad para proporcionárselos.

Al valorar su desarrollo en el lactante con la escala de Denver se observa retraso en el aspecto motriz fino adaptativo ya que tiene respuesta a la luz, ya logra fijar la mirada, pero no logra seguir los objetos.

### ***Descanso y sueño.***

Esta necesidad se encuentra en riesgo, debido al ambiente hospitalario donde existen constantemente estímulos sonoros durante las 24 horas del día, duerme varias horas durante el día, pero fácilmente despierta al estímulo sonoro aunque no se ha mantenido irritable, refiere su mamá que esporádicamente le cuesta trabajo dormir después de ser estimulado, pero al arrullarlo con su voz logra conciliar el sueño fácilmente. Durante la noche ocasionalmente se despierta.

### ***Eliminación.***

Su necesidad de eliminación se encuentra en riesgo, su patrón de evacuaciones es de 6 a 8 en promedio, con un gasto fecal de 10g/kg/h (grumoso, café). Su patrón urinario es de 10 a 12 veces en 24 horas de características amarillo claro, manteniendo un gasto urinario entre 1 a 3ml/h. A la valoración no se observa presencia de edema, la piel se mantiene íntegra, delgada, elástica, hidratada, poco turgente, el abdomen se palpa blando deprecible auscultándose ruidos intestinales 3x en promedio, genitales íntegros, uretra permeable, se observa hernia inguinal izquierda sin problemas de vascularización; esfínter anal limpio íntegro permeable. Pero debido a su padecimiento crónico requiere administración de diurético para la regulación hídrica adecuada.

### ***Recreación.***

Esta necesidad se encuentra en dependencia debido a que desde su nacimiento se encuentra hospitalizada, tiene buena respuesta a estímulos sonoros y visuales, pero nunca se le ha puesto música ni cuenta con ningún juguete, su mamá es primigesta y tiene pocos conocimientos sobre estimulación temprana.

### ***Comunicación.***

Esta necesidad se encuentra en riesgo, debido a los escasos lazos afectivos entre los padres y el lactante por la larga hospitalización, desde su nacimiento; En base a la escala de Denver se observa retraso en el desarrollo del lenguaje logra responder a los sonidos pero no logra vocalizar sin llanto y no sonríe.

**Realización.**

Esta necesidad se encuentra en riesgo, debido al antecedente de prematuridad y broncodisplasia pulmonar que a largo plazo puede presentar algunas secuelas que afecten su futuro, su mamá está satisfecha por el bebé y le preocupa su salud y su inexperiencia en la maternidad para poderle brindar los cuidados que necesita su bebé.

**Higiene.**

Esta necesidad se encuentra en riesgo, el lactante se encuentra limpio, no despiden olores su piel está íntegra, no se observa irritación en región perianal, el baño y cambio de ropa es diario, por el personal de Enfermería a cargo pero su mamá no sabe bañarlo.

**Vestido y desvestido.**

Esta necesidad se encuentra en riesgo, diariamente es cambiado de ropa y si es necesario en más de una ocasión por el personal de Enfermería a cargo, utilizando pijamas hospitalarias y pañales desechables. Pero su mamá no cuenta con los conocimientos suficientes para el vestido en casa.

**Valores y creencias.**

Esta necesidad se enfoca a la madre, ella es la cuidadora primaria, y la responsable de inculcar valores en el lactante, la cual se encuentra en independencia ya que refiere ser cristiana no es muy apegada, pero si tiene Fe que le da confianza y esperanza que su hijo se restablecerá; existe apoyo familiar de ambas abuelas que la apoyan en el cuidado.

## **2.2. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN.**

Para la realización del presente estudio de casos se utilizó el proceso enfermero como guía apoyado en la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson; la valoración del lactante se llevó a cabo mediante la exploración física de forma exhaustiva y focalizada.

Las fuentes de datos fueron el paciente como fuente primaria apoyada por fuentes secundarias como la mamá, el expediente clínico otros miembros del equipo de salud e información bibliográfica y electrónica (libros, revistas, internet).

Los instrumentos utilizados fueron: La historia clínica del niño de 0 a 5 años elaborada por la Coordinación de la Especialidad de Enfermería Infantil (anexo 1) la cual sirvió para valorar las necesidades básicas del paciente, compuesta por datos demográficos, antecedentes familiares, antecedentes específicos de cada necesidad de acuerdo al modelo de Henderson; y un apartado para el análisis de los datos obtenidos.

La hoja de reporte diario de cada una de las 14 necesidades elaborada también por la coordinación de la Especialidad en Enfermería Infantil (anexo 2) utilizada para la valoración focalizada de cada una de las necesidades.

El formato del consentimiento informado (anexo 3) en el que la mamá autorizó la participación de su bebé en el estudio de caso explicándole el objetivo del mismo.

### **2.3. ELABORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Mediante la valoración focalizada fue posible la identificación de las fuentes de dificultad, y a través de la gráfica de continuum independencia-dependencia ver el grado de dependencia, y la elaboración de diagnósticos.

Los diagnósticos de Enfermería fueron diseñados de acuerdo a la propuesta de la NANDA, utilizando el formato PES, (problema, etiología y signos y síntomas).

Se elaboraron un total de 14 diagnósticos:

5 Diagnósticos reales

8 Diagnósticos de riesgo

1 Diagnostico de salud.

En el siguiente cuadro se enumeran de manera jerárquica de acuerdo a la necesidad afectada con la fecha de identificación, la fuente de dificultad, nivel y grado de dependencia así como su prioridad.

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnostico	Fecha de Identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
Oxigenación	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con a cúmulo de secreciones manifestado por retracción xifoidea, silverman ( 2), respiraciones irregulares, diaforesis, saturación del 70% y estertores gruesos en ambos hemitorax	20/ Oct. /2008	Fuerza	Dependencia permanente Nivel 5	Alta
Alimentación e hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir los nutrientes debid o a factores biológicos manifestado por peso de 1,9 00g situándose por debajo de la percentil 3 para su edad, ligera p alidez de tegumentos.	20/Oct./2008	Fuerza	Dependencia permanente Nivel 6	Alta
Termorregulación	Hipotermia relacionado con exposición al frio manifestado por, temperatura de 35.6° c, piel marmórea, extremidades frías	20/Oct./2008	Fuerza	Dependencia transitoria Nivel 6	Alta

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnostico	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
Movimiento y postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular manifestado por falta de sostenimiento cefálico limitación de los movimientos, fuerza (3/5) en extremidades torácicas y pélvicas.	20/Oct./2008	Fuerza	Dependencia parcial Nivel 5	Alta
Recreación	Dependencia en la necesidad de recreación relacionado con falta de estimulación por los cuidadores primarios manifestada por indiferencia al medio.	20/Oct./2008	Fuerza	Dependencia transitoria Nivel 6	Alta
Eliminación	Riesgo de dependencia en la necesidad de eliminación urinaria relacionado con falta de fuerza física para la regulación hídrica.	20/Oct./2008	Fuerza	Riesgo	Media

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Necesidad	Diagnostico	Fecha de identificación	Fuente de la dificultad	Nivel y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	Riesgo de infección a cualquier nivel relacionado con múltiples factores (enfermedad crónica respiratoria, desnutrición de tercer grado, acceso venoso periférico).	20/Oct./2008	Fuerza	Riesgo	Media
Descanso y sueño	Riesgo de Dependencia en la necesidad de descanso y sueño relacionado con ambiente hospitalario con estímulos sonoros, visuales y sensitivos continuos.	20/Oct./2008	Fuerza	Riesgo	Mediana
Higiene	Riesgo de dependencia en la necesidad de higiene relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario.	20/Oct./2008	conocimiento	Riesgo	Mediana
Aprendizaje	Riesgo de dependencia en la necesidad de higiene relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario sobre cómo realizar el baño de su hijo.	20/Oct./2008	Conocimiento	Riesgo	Mediana

## DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

Necesidad	Diagnostico	Fecha de identificación	Fuentes de dificultad	Nivel y grado de Dependencia	Prioridad
Comunicación	Riesgo de deterioro del vínculo padre-hijo relacionado con hospitalización prolongada	20/Oct./2008	Conocimientos del cuidador primario	Riesgo	Media
Vestido y desvestido	Riesgo de Dependencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con conocimientos deficientes sobre el vestido adecuado de Arturo en casa	20/Oct./2008	Ninguna	Riesgo	Media
Realización	Riesgo de dependencia en la necesidad de realización relacionado con enfermedad crónica que limita su desarrollo y crecimiento.	20/Oct./2008	Fuerza	Riesgo	Mediana
Valores y creencias	Disposición del cuidador primario para aumentar el bienestar espiritual manifestado por Fe y esperanza.	21/oct./2008	Ninguna	Independencia	Baja

## 2.4. ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES.

Después de realizar un establecimiento de prioridades se procede a realizar el Plan de Intervenciones.

Se desarrollaron 14 planes de cuidados especializados jerarquizados de acuerdo a la Necesidad de mayor prioridad, todos los planes se realizaron en el área de hospitalización con actividades que ayudaran al cuidador primario para la atención en casa, complementado con un Plan de Alta.

Cada Plan de Intervenciones, se encuentra estructurado de la siguiente manera:

La ficha de identificación del paciente al inicio del Plan.

El nombre de la necesidad afectada, fecha de identificación, nivel de dependencia, la fuente de dificultad y el tipo de prioridad.

Se describe el Diagnóstico Enfermero y el Objetivo planteado.

Posteriormente se describen las intervenciones y actividades con su debida justificación, para las intervenciones de Enfermería se usó como referencia el NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), las intervenciones fueron de orden independiente, dependiente e interdependiente.

La evaluación se elaboró de acuerdo a los objetivos planteados.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Especialidad de Enfermería Infantil I  
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**

Datos generales	Necesidad Alterada
Nombre del paciente: A. G. H.	Oxigenación
Edad. 4/12	Fecha de identificación. 20 de Octubre 2008
Sexo. Masculino	Nivel de dependencia. Permanente grado 5
Inicio de seguimiento. 20 Octubre 2008	Fuente de la dificultad. Fuerza
Servicio. Pediatría II	Tipo de prioridad. Alta

**DIAGNÓSTICO.** Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con acumulo de secreciones manifestado por retracción xifoidea, silverman (2), respiraciones irregulares, diaforesis y estertores gruesos en ambos hemitorax, saturación de oxígeno del 70%.

**OBJETIVO.** Arturo mejorará su intercambio gaseoso mediante cuidados de la función respiratoria realizados por el personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención 1. Independiente</p> <p><b>Monitorizar de la función respiratoria de Arturo cada 2 horas: (NIC 2K 3350)</b></p> <p><b>Acciones</b></p> <p>a) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, cada 2 horas. (NIC 2K 3350-1)</p> <p><b>Parámetros:</b> 30-40 x' en lactantes sanos, considerando se hasta 60' aceptable en neumopatas.</p>	<p>La información brindada por el monitoreo de la función respiratoria tiene dos propósitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayuda a definir naturaleza de un problema, sus causas y la respuesta frente a una intervención.</li> <li>2. Aumenta la capacidad de identificar complicaciones</li> </ol> <p>La respiración abarca tres funciones relacionadas entre sí: 1) ventilación (entrada y salida de gases de los pulmones) 2) intercambio de gases (que tiene lugar entre el aire alveolar y la sangre de los pulmones y entre la sangre y los tejidos) 3) utilización de oxígeno por parte de los tejidos en las reacciones de liberación de energía que se llevan a cabo en la respiración celular.</p> <p>La función respiratoria en <a href="http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función_respiratoria_sistema">http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función_respiratoria_sistema</a></p>

Intervenciones	Fundamentación																								
<p>b) Valorar la coloración de la piel, el llenado capilar y saturación de oxígeno (NIC 2K 3350-2)</p> <p><b>Parámetros:</b> Los límites de saturación en pacientes con broncodisplasia deben mantenerse entre 90-98% de saturación.</p>	<p>Desde que nace y hasta aproximadamente los tres primeros meses de vida los niños no saben respirar por la boca provocando que su respiración sea irregular, más rápida y abdominal.</p> <p>Su frecuencia respiratoria es mayor que la de un adulto a raíz de la gran actividad que necesita un organismo en crecimiento, la forma de cubrir esta necesidad es aumentando la frecuencia respiratoria siendo por eso que los lactantes tienen una frecuencia respiratoria mayor que la de un adulto y disminuye cuando esta actividad decae.</p> <p style="text-align: right;">(Escobar Picasso. 2001. Pág. 99)</p>																								
<p>c) Detectar datos de dificultad respiratoria a Atruro mediante la valoración de Silverman cada 2 horas</p> <p style="text-align: center;">Test de Valoración Respiratoria</p> <table border="1" data-bbox="175 1129 761 1612"> <thead> <tr> <th>SIGNOS</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quejido espiratorio</td> <td>Audible sin fonendo</td> <td>Audible con el fonendo</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>Respiración nasal</td> <td>Aleteo Dilatación</td> <td>ión</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>Retracción costal</td> <td>Marcada Débil</td> <td></td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>Retracción esternal</td> <td>Hundimiento del cuerpo</td> <td>Hundimiento de la punta</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>Concordancia toraco-abdominal</td> <td>Discordancia</td> <td>Hundimiento de tórax y el abdomen</td> <td>Expansión de ambos en la inspiración</td> </tr> </tbody> </table>	SIGNOS	2	1	0	Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente	Respiración nasal	Aleteo Dilatación	ión	Ausente	Retracción costal	Marcada Débil		Ausente	Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente	Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración	<p><b>Interpretación</b></p> <p>La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0 puntos, no hay dificultad respiratoria.</li> <li>2. 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.</li> <li>3. 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.</li> <li>4. 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.</li> </ol> <p style="text-align: right;">(Ibarra A. 2007. Pág. 101)</p>
SIGNOS	2	1	0																						
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente																						
Respiración nasal	Aleteo Dilatación	ión	Ausente																						
Retracción costal	Marcada Débil		Ausente																						
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente																						
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración																						

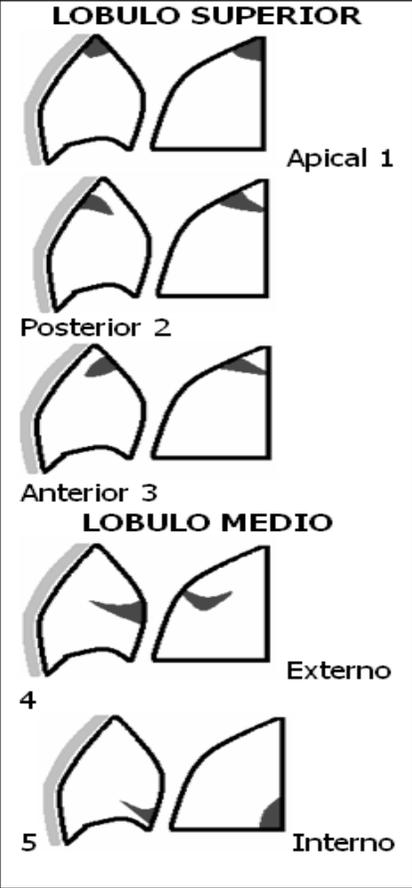
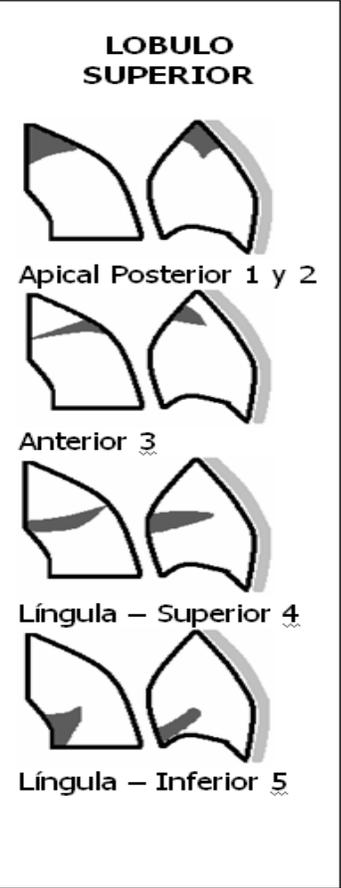
Intervenciones	Fundamentación
<p>d) Auscultar los campos pulmonares para ver si hay crepitación o roncus en las vías respiratorias: (NIC 2K, 3350-3)</p> <p><b>Pasos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultar metódicamente el tórax en sus caras posterior, anterior y laterales</li> <li>- Auscultar sucesivamente lugares homólogos de ambos lados, lo que hace posible una comparación inmediata, útil para detectar lesiones unilaterales.</li> </ul> <p>e) Observar si aumenta la intranquilidad, falta de aire o ansiedad (NIC 2K, 3350-4)</p> <p>f) Valorar el estado hemodinámico de Arturo cada 2 horas: (NIC2K,3350-12)</p> <p>La valoración se debe realizar en forma ordenada</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) perfusión periférica (temperatura, llenado capilar, color e hidratación de la piel, )</li> <li>2) perfusión central (pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, diuresis)</li> </ol>	<p>En la cara lateral de la base del tórax, el ruido percibido, denominado murmullo pulmonar, es de baja frecuencia e intensidad, debido a la filtración del ruido. Normalmente se ausculta durante toda la inspiración y pasa casi sin pausa a la espiración, que se percibe usualmente sólo en su primera mitad, ya que al caer el flujo también cae la intensidad del ruido. Para explicar lo anterior además se ha propuesto que el ruido es transmitido en peores condiciones en espiración, ya que viaja corriente arriba.</p> <p>En las zonas paravertebrales y paraesternales el ruido tiene características intermedias entre el ruido traqueal y el murmullo pulmonar: de mayor intensidad y frecuencia que este último y tiene una duración más similar al ruido traqueal. Este ruido es denominado ruido traqueobronquial.</p> <p>(Moreno R. "Auscultación Pulmonar" en: <a href="http://escuela.med.puc.cl/publ/modrespiratorio/Mod5default.htm/">http://escuela.med.puc.cl/publ/modrespiratorio/Mod5default.htm/</a>)</p> <p>En los niños con broncodisplasia es esencial llevar un control hemodinámico, debido a que son susceptibles de presentar infecciones de las vías respiratorias, desarrollar hipertensión e insuficiencia respiratoria. ( Morgan k. 1993. pág. 14)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>g) Registrar y reportar las alteraciones presentadas en Arturo al médico de guardia. (NIC 2K, 3350-14)</p> <p><b>Intervención 2. Interdependiente</b></p> <p><b>Se le brindarán cuidado de la vía aérea a Arturo (NIC 2K, 3140)</b></p> <p><b>Acciones:</b></p> <p>a) Mantener a Arturo en posición semifowler para potencializar al máximo su ventilación. (NIC 2K, 3140-1)</p> <p>b) Administrar oxígeno humidificado con casco cefálico al 60% a 5 litros por minuto vigilando la necesidad de incrementar el aporte. (NIC 2K, 3140-4)</p>	<p>Toda la información que se consiga se ha de registrar en hojas de flujo diario, para que el personal que se encarga de valorar al paciente capte con rapidez su estado y la tendencia de sus variables. Además, en casos de auditorías, los registros son una constancia de la atención permanente y adecuada que ha recibido el niño.</p> <p style="text-align: right;"><b>(Kozier. 2005.Pág. 211)</b></p> <p>Mediante el cuidado de la vía aérea se logra mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, conseguir una oxigenación eficaz y mantener la ventilación adecuada.</p> <p>La Broncodisplasia pulmonar puede originar hipoxia persistente, o bien intermitente, lo que requiere administrar oxigenoterapia.</p> <p style="text-align: right;"><b>(Morgan K .1993. Pág.13)</b></p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>c) Aspiración gentil de secreciones en caso necesario (NIC 2K,3140-5)</p> <p><b>Material necesario:</b>  Sistema de aspiración, equipo de aspiración  Sondas No. [5-10] Se utilizan en RN y lactantes  Guantes estériles.  Solución fluidificante (generalmente suero fisiológico).</p> <p><b>Técnica:</b>  Previamente a la aspiración de secreciones del árbol bronquial se coloca el paciente en decúbito supino con la cabeza ligeramente hiperextendida favoreciendo la apertura de las vías aéreas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- La presión de succión debe ser de [20-40] mm Hg. de presión de succión.</li> <li>2. Se colocan los guantes estériles</li> <li>3. Se toma la sonda con la mano diestra y el control de succión en la mano siniestra.</li> <li>4. Se introduce la sonda apropiada por la boca hasta llegar a aproximadamente a la parte posterior de la faringe (sin aspirar).</li> <li>5. Se aspira intermitente mente (con el control de succión) retirando la sonda con suavidad.</li> <li>6. Posteriormente se realiza la aspiración nasal con una sonda diferente.</li> <li>7. Se introduce la sonda por ambas fosas nasales, rebasando las coanas (sin aspirar) y posteriormente se retira la sonda suavemente con aspiraciones intermitentes.</li> <li>8. Si el paciente no presenta dificultad respiratoria, permitirle descansar antes de introducir nuevamente la sonda.</li> <li>9. Una vez concluida la técnica comprobamos que los movimientos respiratorios son normales y no comprometen la ventilación de nuestro paciente.</li> </ol>	<p><b>SIGNOS QUE NOS INDICARÁN LA PRESENCIA DE SECRECIONES:</b>  Sonidos respiratorios tubulares, gorgojeante o ásperos  Disnea súbita  Crepitantes en la auscultación  Caída de la saturación de oxígeno y aumento de las presiones de gas carbónico</p> <p>La manipulación de la sonda puede estimular los receptores vagales, capaces de desencadenar bradicardia, bloqueo cardíaco, extrasístoles, irritación ventricular, e incluso taquicardia ventricular y asistólica.</p> <p>Para prevenir arritmias graves administrar al paciente oxígeno suplementario antes y después de la aspiración.</p> <p>La manipulación de la sonda puede irritar la mucosa faríngeo-traqueal y causar hemorragia.</p> <p>El contacto de la sonda con la glotis puede producir arcadas y vómitos.</p> <p>El tiempo recomendado de succión por sonda no debe exceder del 10 segundos de succión  Dejar al menos 1 minuto de descanso entre la segunda o sucesivas succiones, hasta que haya una recuperación en la saturación de oxígeno, por encima del 90%</p> <p style="text-align: right;">("Manual de técnicas y procedimientos" En <a href="http://www.monografias.com/trabajos14/manualtecnicas/manualtecnicas2">http://www.monografias.com/trabajos14/manualtecnicas/manualtecnicas2</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>d) Vigilar la aplicación de su medicamento nebulizado (NIC 2K, 3140- 15)</p> <p>Bromuro de ipatropio 50mcg nebulizado cada 8 horas</p> <p><b>Intervención 3. Independiente</b></p> <p><b>Disminución de la ansiedad (NIC 3T, 5820)</b>  Acciones:</p> <p>a) Evitar al máximo los estímulos dolorosos durante la realización de procedimientos: (NIC 3T, 5820-2)</p> <p>Evitar las manipulaciones bruscas</p> <p>Antes de tocar Arturo frotarse las manos</p> <p>Fijar alarmas del monitor con parámetros apropiados a la condición de Arturo</p> <p>Organizar los procedimientos a realizar con Arturo para evitar la sobre estimulación</p> <p>b) Hacer participar a los padres en la realización de caricias que favorezcan la seguridad y tranquilidad de Arturo (NIC 3T, 5820-4)</p> <p>❖ Abrazar o mecer y consolar a Arturo, especialmente cuando este angustiado.</p>	<p>El bromuro de ipratropio antagoniza los efectos de la acetilcolina al bloquear los receptores muscarínicos colinérgicos. Este bloqueo ocasiona una reducción en la síntesis de la guanosina monofosfatocíclica (cGMP), sustancia que en las vías aéreas reduce la contractilidad de los músculos lisos, probablemente por sus efectos sobre el calcio intracelular.</p> <p>(Vademecum en: <a href="http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i019.htm">www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i019.htm</a>)</p> <p>La estimulación táctil y auditiva favorece el vínculo padre-hijo disminuyendo la ansiedad en el lactante.</p> <p>( Escobar Picasso. 2001. pág. 203)</p> <p>La ansiedad favorece el incremento del consumo de oxígeno aumentando la demanda y fatiga del lactante</p> <p>(Morgan K. 1993. pag.14)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>Intervención 4 Dependiente</b></p> <p><b>Administración de medicamentos a Arturo</b> (NIC 2H, 2301)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Colocar a Arturo en posición semifowler durante la administración de medicamentos (NIC 2H, 2301-02)</p> <p>b) Administración de espironolactona 1 mg cada 8 horas vía oral</p> <p>c) Seguir los principios de administración de medicamentos:</p> <p>Medicamento correcto Dosis correcta Vía correcta Hora correcta Paciente correcto Fecha de caducidad</p> 	<p>La espironolactona es un antagonista farmacológico específico de la aldosterona, que actúa principalmente, mediante la unión competitiva de los receptores para la aldosterona en el lugar del intercambio de sodio y potasio que depende de la aldosterona en el túbulo renal contorneado distal. La espironolactona actúa como diurético ahorrador de potasio, causando un aumento en la excreción de sodio y agua, pero preservando el potasio y el magnesio.</p> <p>Uso de diuréticos para controlar la retención de líquidos que culmine en edema pulmonar. El más utilizado es el furosemide, los beneficios incluyen disminución de la resistencia de vías respiratorias, mayor distensibilidad de dichas vías, y disminución del agua corporal total y de líquidos extracelular e intersticial.</p> <p>(Vademecum en: <a href="http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i019.htm">www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i019.htm</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>Intervención 5. Independiente</b></p> <p><b>Administrar fisioterapia pulmonar a Arturo una vez por turno en caso necesario (NIC 2K, 3230)</b></p> <p>(Preferentemente antes de su nebulización)</p> <p>Acciones:</p> <p>a) Auscultar los pulmones para determinar los segmentos que necesitan ser drenados. (NIC 2K,3230-02)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Derecho</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Izquierdo</b></p>  </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;">Fuente. <a href="http://www.uib.es/congres/fr/trabajos/DRENAJE%20POSTURAL">www.uib.es/congres/fr/trabajos/DRENAJE%20POSTURAL</a>. Doc.</p>	<p>La fisioterapia respiratoria ayuda a eliminar la mucosidad pulmonar y facilita la expectoración.</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(MORGAN K. 1993. Pág. 14)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>b) Practicar la vibración torácica junto con el drenaje postural a Arturo en caso necesario: (NIC 2K, 3230- 6)</p> <p>Durante la espiración, debe apretarse las manos en posición plana y firmemente contra la pared torácica, tensando la musculatura de los brazos y hombros en forma de contracción isométrica para transmitir finas vibraciones a través de la pared torácica.</p> <p>Deben aplicarse 5 vibraciones en cada segmento torácico.</p> <p>La vibración se realiza colocando las manos sobre el tórax y luego, durante la espiración se aplica una presión intermitente y sostenida.</p> <div data-bbox="397 766 844 1050" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="186 1092 527 1333" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="527 1323 803 1354" data-label="Caption"> <p>LÓBULOS INFERIORES</p> </div> <div data-bbox="211 1365 552 1606" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="552 1596 836 1627" data-label="Caption"> <p>LÓBULOS SUPERIORES</p> </div>	<p>La fuerza de gravedad moviliza las secreciones de las distintas áreas del pulmón y aumenta el flujo de aire en todos los segmentos pulmonares.</p>

## Evaluación

Durante el seguimiento del presente plan de intervenciones Arturo mejoro su intercambio gaseoso, cumpliéndose de esta forma el objetivo planteado, manteniendo saturaciones de Oxígeno entre 92 a 98%, disminuyendo la dependencia de Oxígeno a 35% con nebulizador.

Se realizo un cuidado continuo durante una semana, aplicándose todas las intervenciones descritas, y se realizaron 7 seguimientos sin detectar alteraciones o cambios en la valoración.

Se egreso con apoyo de oxigeno, suplementario. De esta forma el grado de dependencia de Arturo en la Necesidad de Oxigenación fue de 5 en su valoración inicial y su grado de dependencia se ha mantenido en 4, debido a que es un Neumopata crónico, mas sin embargo se involucro al cuidador primario en el cuidado de esta forma su calidad de vida será buena.

<b>Necesidad alterada.</b>	Alimentación e hidratación
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Permanente grado 6
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad.</b>	Alta

**DIAGNÓSTICO.** Desequilibrio nutricional por efecto relacionado con incapacidad para digerir los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por peso de 1,900g situándose por debajo de la percentil 3 para su edad, ligera palidez de tegumentos.

**OBJETIVO.** Arturo logrará una ganancia de peso de 10g como mínimo diariamente mediante un plan nutricional en colaboración con el equipo multidisciplinario.

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>Interdependiente</b></p> <p><b>1. Ayudar a ganar peso a Arturo (NIC 1D,1240)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>a) Pesarse diariamente a Arturo, a la misma hora antes de la primera toma, sin ropa y con la misma balanza. (NIC 1D, 1240-02)</p> <p>b) Controlar periódicamente el consumo diario de calorías, en colaboración con el servicio de Nutrición (NIC 1D, 1240-07)</p> <p>c) Participar con el personal de Nutrición en la medición de segmentos antropométricos (talla, pliegues cutáneos)</p> <p>d) Participar con el médico en la toma de muestras sanguíneas para exámenes de control hematológico</p> <p>e) Solicitar la fórmula calculada, en base a los requerimientos de Arturo. (NIC 1D, 1240-09)</p> <p>Alfare (150ml/kg/día) 42 ml cada 3 horas</p>	<p>Los niños con broncodisplasia suelen tener un crecimiento inadecuado sobre todo a expensas de una escasa ganancia ponderal. La razón está en un aporte nutricional inadecuado, una oxigenación subóptima debido a su enfermedad respiratoria y un gasto energético aumentado debido al trabajo respiratorio</p> <p>(Morgan K. 1997 pág. 14)</p> <p>Con el resto de las medidas antropométricas directas (perímetro braquial y pliegues) se puede realizar cálculos acerca de la composición corporal (masa grasa y masa magra.</p> <p>("Valoración Nutrición en: <a href="http://www.fundacionfibrosisquistica.org/con_valoracion02.htm">www.fundacionfibrosisquistica.org/con_valoracion02.htm</a> - 17k)</p> <p>El hemograma nos informará de la existencia de anemia carencial. En pacientes con hipoxia crónica, hay que sospecharla cuando no exista poliglobulia compensadora.</p> <p>("Valoración Nutrición en: <a href="http://www.fundacionfibrosisquistica.org/con_valoracion02.htm">www.fundacionfibrosisquistica.org/con_valoracion02.htm</a> - 17k)</p> <p>ALFARE* es una fórmula elemental hipoalergénica con proteínas 100% de suero, extensamente hidrolizada. Es indicada en la realimentación de lactantes y niños con severos problemas nutricionales como: diarrea crónica severa, malabsorción, desnutrición severa, alergia a la proteína y problemas donde los sistemas de absorción y digestión estén afectados.</p> <p>(Vademecum en: <a href="http://www.iqb.es/cbasicas/farma04/h008.htm">www.iqb.es/cbasicas/farma04/h008.htm</a>-35k)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>d) Proporcionar la fórmula indicada, por sonda orogastrica, en el horario estricto. (NIC 1D, 1240-11)</p> <p>Alfara (1.50ml/kg/día) 42 ml por sonda orogastrica c/3horas</p> <p><b>Procedimiento:</b> Lávese las manos cuidadosamente</p> <p>Medir perímetro abdominal</p> <p>Verificar la prescripción médica con fórmula, la velocidad de infusión y la frecuencia</p> <p>Mantener al paciente en posición semifowler durante la alimentación (30-45°)</p> <p>Caliente la fórmula a la temperatura ambiente antes de administrarla a través de la sonda orogastrica</p> <p>Verificar la posición de la sonda y el residuo antes de cada alimentación</p> <p>Verter el contenido en el equipo de alimentación Purgar el aire de la bolsa y tubería Unir el equipo a la sonda Colocar una cinta cronológica en la bolsa y regular en forma manual después de calcular la frecuencia de goteo o programar la bomba para enviar el volumen adecuado.</p> <p>Observar datos de intolerancia (distensión, diarrea, vómito) suspender alimentación y notificar</p> <p>Controlar la velocidad de infusión continuamente</p> <p>Después de la fórmula irrigue la sonda con una pequeña cantidad de agua estéril; para neonatos 1 o 2 ml y para niños de mayor edad hasta 30ml</p> <p>Monitoreo continuo los ruidos intestinales y la materia fecal</p> <p>Ponga al niño sobre el costado derecho después de la alimentación</p>	<p>Reduce el riesgo de aspiración de contenido gástrico hacia el aparato respiratorio.</p> <p>La fórmula a la temperatura ambiente facilita la digestión y reduce la probabilidad de espasmos gástricos</p> <p>La salida de la sonda de la cavidad gástrica puede ser un factor de riesgo de broncoaspiración debido a que se puede dirigir su trayecto a la vía respiratoria</p> <p>La infusión de la fórmula se lleva a cabo lentamente y a un ritmo constante, para evitar la sobrecarga gástrica</p> <p>La ausencia de ruidos intestinales puede indicar peritonitis o íleo parálisis</p> <p>El agua sirve para lavar y limpiar la sonda, y evitar que se tape</p> <p>La posición adecuada reduce la probabilidad de aspiración y acelera el vaciamiento del estómago (WIECK L. y cols. 1988 .pág. 458)</p>

Intervenciones	Procedimiento
<p>e) Registrar el progreso de la ganancia de peso de Arturo en una hoja y colocarla en un sitio estratégico ((NIC 1D, 1240-12)</p> <p><b>Interdependiente</b></p> <p><b>2.Evitar desgaste energético en Arturo (NIC 1A 0180)</b></p> <p>a) Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados: (NIC 1A, 0180-2)</p> <p>Administrar fórmula por sonda orogastrica</p> <p>b) Controlar los estímulos que le causan fatiga o pérdida calórica excesiva a Arturo: (NIC 1A,0180-03)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El baño. Realizarlo en 15 minutos máximo evitando las pérdidas de calor</li> <li>❖ Estímulos sensitivos. Realizar procedimientos de forma gentil y delicada</li> <li>❖ Estímulos sonoros. Adecuar alarmas, y controlar el ruido ambiental</li> <li>❖ Estímulos visuales. luz artificial continua</li> </ul> <p>c) Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. (NIC 1A,0180-07)</p> <p>d) Fomentar las siestas en Arturo, en cada turno darle de 1 a 2 horas de descanso, (tratando de respetar sus horas de sueño)</p> <p>e) Vigilar que el aporte de Oxígeno sea continuo en Arturo, (NIC 1A, 0180-02)</p>	<p>En el niño con broncodisplasia, el excesivo desgaste de energía, la interrupción de los periodos de sueño y estímulos excesivos supone una agresión importante, altera su situación fisiológica y psíquica y consume tiempo, oxígeno y calorías para recuperarla. Las continuas interrupciones del descanso aumentan los periodos hipóxicos, las pausas de apnea y el consumo de oxígeno.</p> <p>(Morgan K. 1997 pág. 14)</p>

**Evaluación.** Durante el seguimiento del plan de Intervenciones de Arturo, logro un incremento continuo de peso en las primeras 2 semanas incrementándose de 1900g a 2140g, posterior a esto su peso se mantuvo llegando hasta 2,160g concluyendo que el objetivo se cumplió de forma parcial, manteniendo el mismo grado 5 de dependencia debido a que aún se encuentra muy por debajo de su percentil para la edad, relacionando de forma importante la necesidad de Oxígeno la que repercute considerablemente en esta necesidad.

<b>Necesidad</b>	Termorregulación
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Temporal, grado 6
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad.</b>	Alta

**DIAGNÓSTICO.** Hipotermia relacionada con exposición al frío manifestado por taquicardia (142x'), temperatura de 35.6 ° c, piel marmórea, extremidades frías.

**OBJETIVO.** Arturo mantendrá una temperatura corporal entre 36.5 y 37° c durante su estancia hospitalaria aplicando las medidas de control térmico realizadas por el personal de Enfermería.

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>Intervención 1 Independiente</b></p> <p><b>Regular la temperatura de Arturo (NIC 2M, 3900)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Observar y el color y temperatura corporal de Arturo cada 2 horas. (NIC 2M, 3900-05)</p> <p>2. Mantener la temperatura corporal de Arturo evitando las pérdidas de calor por los diferentes mecanismos mediante los siguientes cuidados: (NIC 2M, 3900-10)</p> <p>a). Mantener a Arturo en cuna térmica con temperatura adecuada para mantener la temperatura corporal en los niveles normales.</p> <p>b). Mantener la cuna térmica lejos de paredes, ventanas y corrientes de aire acondicionado.</p> <p>c) Entibir e estetoscopio antes de examinar a Arturo</p> <p>d) Lavarse las manos con agua tibia antes de tocar a Arturo.</p> <p>e) Usar ropa y/o sábanas precalentadas al cambiar a Arturo</p> <p>f) Pre calentar la splanacas de Rayos x con una compresa antes del estudio</p> <p>g) Forrar las balanzas con sábanas antes de pesar a Arturo</p>	<p>El enfriamiento provoca aumento del consumo de oxígeno, glucosa y grasa. Si se mantiene una situación de hipotermia, la producción de sustancia tisiógena en los alveólos pulmonares se inhibe y estos se colapsan. (Tamez S. 2003,pág. 29)</p> <p><b>Radiación.</b> Tránsito de calor corporal hacia superficies frías del ambiente que no está en contacto con el cuerpo a través de ondas electromagnéticas (Tamez S. 2003,pág. 29)</p> <p><b>Conducción.</b> Es la pérdida de calor por contacto directo de un cuerpo con otro. (Tamez S. 2003,pág. 29)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>h) Evitar las corrientes de aire, cubriéndolo cuando sea necesario su traslado para algún estudio.</p> <p>i). Administrar el Oxígeno a una temperatura entre 35-36° c</p> <p>j). Mantener a Arturo limpio y seco</p> <p>k). Al bañara a Arturo hacerlo por partes secando en seguida</p> <p>l). Cambiar los pañales cada vez que sea necesario, evitando que permanezca mojado por periodos largos.</p> <p>m). Bañara a Arturo en la cuna térmica para evitar enfriamientos.</p> <p><b>3. Observar si hay signos y síntomas de hipotermia en Arturo, oportunamente (NIC 2M, 3900-7)</b></p> <p><b>Signos de Hipotermia:</b>  Extremidades y tórax fríos  Intolerancia alimentaria debido a la disminución de la movilidad gastrointestinal (vómito, distensión)  Letargo  Llanto débil  Cambios de coloración de la piel  Irritabilidad  Apnea y Bradicardia  Dificultad respiratoria</p>	<p><b>Convección.</b> Implica la pérdida de calor a través del movimiento del aire que pasa por la superficie de la piel. (Tamez S. 2003,pág. 29)</p> <p><b>Evaporación.</b> Es la pérdida de calor durante la conversión del estado líquido al estado gaseoso. Ocurre a través de la piel hacia al ambiente y también a través de las mucosa del tracto respiratorio.</p> <p>1g de agua consume .58 calorías (Tamez S. 2003Pág. 30)</p> <p>La hipotermia ocurre cuando la temperatura axilar es inferior a 36.5° c, produce vasoconstricción, como una forma que tiene el organismo para controlar la pérdida de calor, aumenta el consumo de oxígeno, disminuyendo su oferta para los tejidos; genera acidosis metabólica debido al aumento del ácido láctico. La hipoxemia también puede llevar a la vasoconstricción pulmonar, interfiriendo en la producción de surfactante y agrava el cuadro de estrés pulmonar. (Tamez S. 2003,pág. 29)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>4. Control térmico en casos de hipotermia en Arturo mediante las siguientes medidas: (NIC 2M, 3900-17)</p> <p>a) Propiciar el calentamiento adicional con cobertores y lámparas</p> <p>b) Ajustar la temperatura de la cuna térmica 1 a 1.5°c por encima de la temperatura del recién nacido en las primeras horas de recalentamiento hasta que se normalice la temperatura.</p> <p>c) Monitorizar la temperatura de Arturo y de la cuna térmica cada 30´ durante la estabilización</p> <p>d) Analizar la glicemia y función respiratoria</p>	<p>El calentamiento debe hacerse lo más lentamente posible, pues el recalentamiento rápido puede producir vasodilatación periférica y, en consecuencia, hipotensión; esto afectará la perfusión de los órganos vitales, comprometiendo aún más al lactante.</p> <p style="text-align: right;">(Tamez S. 2003,pág. 29)</p>

## EVALUACIÓN.

En el seguimiento realizado se observó el logro del objetivo planteado ya que mantuvo rangos de temperatura entre 36.5 a 37.2° c, pero a pesar de que se logró cumplir el objetivo su grado de dependencia no cambia por la estrecha relación de las necesidades vitales afectadas de forma crónica.

<b>Necesidad</b>	Movimiento y postura
<b>Fecha de identificación</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia</b>	Parcial grado 5
<b>Fuente de la dificultad</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad</b>	Alta

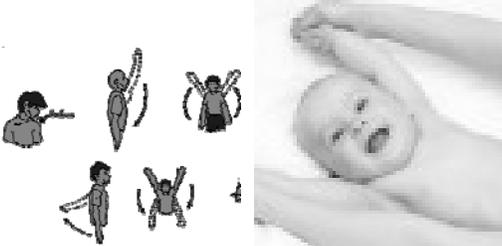
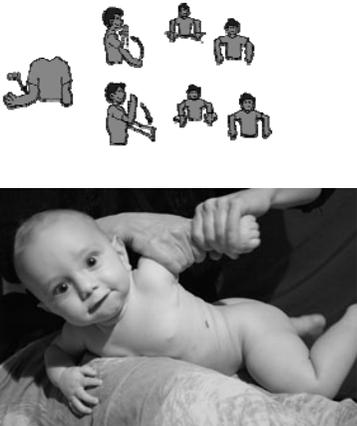
**DIAGNÓSTICO.**

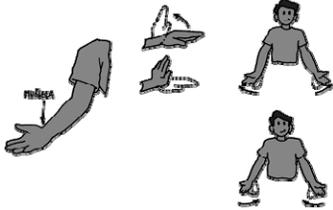
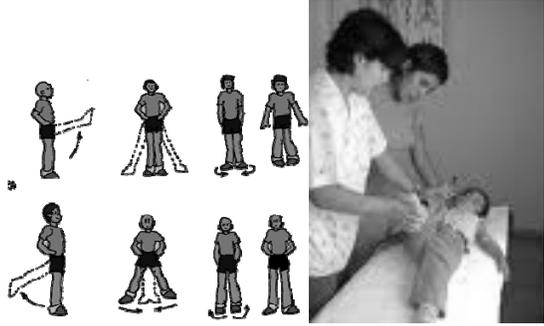
Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular manifestado por limitación de los movimientos, falta de sostén cefálico, fuerza (3/5) en extremidades torácicas y pélvicas.

**OBJETIVO.**

Arturo recuperará su movilidad física mediante ejercicios pasivos realizados por la mamá apoyada por la Enfermera durante su estancia hospitalaria.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Realizar terapia de ejercicios pasivos a Arturo una vez al día. (NIC 1A 0224)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Determinar el estado general de Arturo antes de iniciar la terapia: (NIC 1A, 0224-01)</p> <p>Parámetros de saturación superior a 88% No se encuentre dormido o irritable Fatiga extrema Una hora después o antes de su alimentación</p> <p>2. Establecer terapia de ejercicios pasivos en cada turno en un horario más propicio: (NIC 1A, 0224-01)</p> <p>3. Explicar el fundamento del tipo de ejercicio a realizar con Arturo a los padres. (NIC 1A, 0224-05)</p>	<p>Los ejercicios pasivos son movimientos, articulares, mediante fuerzas externas al paciente producen efectos benéficos en los sistemas músculo-esqueléticos, circulatorio y neurológico.</p> <p>(kozier 2005 pág. 1165)</p>

Intervenciones	Fundamentaciones
<p>4. Vestir a Arturo con una pijama cómoda, y adaptar el aporte de Oxígeno al realizar la terapia evitando que disminuya su suministro. (NIC 1A, 0224-07)</p> <p>5. Elaborar plan de ejercicio acompañada de la mamá, y explicarla paso a paso. (NIC 1A, 0224-10)  Previo al inicio dar un masaje a Arturo en extremidades torácicas y pélvicas con crema corporal  <b>Procedimiento:</b></p> <p>a) Tonificación muscular  Ejercicios en hombros  Realizar Abducción (alejamiento del cuerpo) y aducción (acercamiento) en 10 ocasiones de forma suave</p>  <p>Ejercicios de articulación en codo  Realizar flexión y extensión de la articulación del codo en 10 ocasiones, posteriormente rotación interna y externa (movimientos circulares hacia adentro y hacia afuera) en 10 ocasiones</p> 	<p>El grado de tono muscular depende del grado de activación del sistema nervioso ello significa que para estirar un músculo debemos, en primer lugar, reducir al máximo la tensión muscular, lo cual se logrará mediante el calentamiento previo.</p> <p>El estímulo de estiramiento aplicado a los músculos que intervienen en la totalidad del patrón, estimula por ramificación de los nervios aferentes los grupos de neuronas así como los de su propio músculo.</p> <p>(Hipotonía en: <a href="http://www.neurorehabilitacion.com/hipotonia.htm">www.neurorehabilitacion.com/hipotonia.htm</a>)</p> <p>El ejercicio acelerará el desarrollo, y las manos estimuladas irán adquiriendo destrezas.</p> <p>(“Reflejos de los lactantes” en: <a href="http://www.umce.cl/~cipumce/educacion/preescolar/dad/dad_primeros12meses">www.umce.cl/~cipumce/educacion/preescolar/dad/dad_primeros12meses</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>Ejercicios de articulación de muñecas Realizar flexión dorsal y flexión palmar en 10 ocasiones y posteriormente abducción (alejamiento del cuerpo) y aducción (acercamiento al cuerpo) en 10 ocasiones</p> <p>Ejercicios de articulación de falanges Realizar flexión y extensión de los dedos índice, medio, anular y meñique en 10 ocasiones; posteriormente extensión y flexión del dedo pulgar.</p>  <p>img262.imageshack.us/.../movarttroncoiw6.gif</p> <p>Ejercicios de articulación en caderas Realizar extensión de los miembros pélvicos en 10 ocasiones, posteriormente realizar abducción (alejamiento) y aducción (acercamiento al cuerpo o línea media).</p>  <p>img262.imageshack.us/.../movarttroncoiw6.gif</p>	<p>Desde el nacimiento hasta los 3 a 4 meses de edad la ejercitación del reflejo de prensión va enriqueciendo su conducta y sus conocimientos. El niño, en su fijación ocular sobre sus manos (no sobre ambas, sino sobre una u otra) y recibe las primeras aferencias que le permitirán elaborar imágenes internas fragmentadas de ellas, que irán constituyendo tempranos elementos de su futuro esquema corporal.</p> <p>(“Reflejos de los lactantes” en: <a href="http://www.umce.cl/~cipumce/educacion/preescolar/dad/dad_primeros12meses">www.umce.cl/~cipumce/educacion/preescolar/dad/dad_primeros12meses</a>)</p> <p>El ejercicio ayuda al fortalecimiento de los músculos además controlan el movimiento en una articulación haciéndola más flexible aumentando el rango de movimiento.</p> <p>(Kozier 2005 pág. 1169)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p data-bbox="142 302 794 401">Ejercicios de rodilla. Realizar extensión y flexión en 10 ocasiones de la articulación de la rodilla.</p>  <p data-bbox="412 657 794 680">img262.imageshack.us/.../movarttroncoiw6.gif</p>   <p data-bbox="142 1129 794 1302">Ejercicios de tobillo Realizar dorsiflexión y plantiflexión (movimientos del pie hacia arriba y abajo) en 10 ocasiones; posteriormente inversión y eversión (movimientos a los lados hacia fuera y hacia adentro) en 10 ocasiones.</p>  <p data-bbox="142 1625 524 1648">img262.imageshack.us/.../movarttroncoiw6.gif</p>	<p data-bbox="816 336 1474 508">Cuando no hay movimiento articular, los tejidos colágenos (conjuntivos) de las articulaciones se anquilosan (permanecen rígidos). Se desmineralizan los huesos, el calcio se deposita en las articulaciones provocando rigidez y dolor al movimiento.</p> <p data-bbox="1230 512 1474 535">(Kozier 2005 pág. 1168)</p> <p data-bbox="816 1117 1474 1218">Cuando los músculos no se contraen se atrofian (se reducen de tamaño) y pierden la mayor parte de su fuerza y de su función.</p> <p data-bbox="1230 1190 1474 1213">(Kozier 2005 pág. 1169)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>6. Platicar con Arturo durante el desarrollo de la terapia (NIC 1A, 0224-10)</p> <p>7. Suspenderla si existe irritabilidad o dificultad respiratoria en Arturo. (NIC 1A, 0224-10)</p> <p>8. Utilizar únicamente la terapia pasiva descrita para No aumentar el desgaste calórico en Arturo (NIC 1A, 0224-10)</p> <p>9. Permitirle a la mamá que exprese sus dudas y posteriormente realice ella la terapia guiándola paso a paso.</p> <p>10. Proporcionar un ambiente tranquilo a Arturo posterior a la terapia, permitirle a la Mamá que lo cargue y acaricie (NIC 1A, 0224-11)</p> <p>11. Colocar a Arturo en una postura correcta : (NIC 1C, 0840-06)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cabeza erguida en posición de equilibrio, sin torcer el tronco,</li> <li>● Pelvis en posición neutral</li> <li>● Extremidades inferiores alineadas de forma que el peso del cuerpo se reparta adecuadamente.</li> </ul>	<p>A los lactantes menores les gusta escuchar la voz de sus padres su nombre, de esta forma se estimula su desarrollo y favorece la comunicación. (Escobar 2001 pág. 124)</p> <p>En el niño con broncodisplasia, el excesivo desgaste de energía, la interrupción de los periodos de sueño y estímulos excesivos supone una agresión importante, altera su situación fisiológica y psíquica y consume tiempo, oxígeno y calorías para recuperarla. (Morgan K. 1997 pág. 14)</p> <p><b>Postura correcta</b> Una postura correcta se define como la alineación simétrica y proporcional de los segmentos corporales alrededor del eje de la gravedad. La postura ideal de una persona es la que no se exagera o aumenta la curva lumbar, dorsal o cervical; es decir, cuando se mantienen las curvas fisiológicas de la columna vertebral.</p> <p>Una mala postura con el cuerpo inclinado hacia delante o exageradamente derecho, dificulta la respiración y puede redundar en problemas como lumbago, escoliosis y lordosis; además de comprimir los órganos de la digestión y provocar molestias digestivas. (“Postura corporal” en <a href="http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4666.htm">www.terra.com/salud/articulo/html/sal4666.htm</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>12. Cuando Arturo esté despierto, con sus padres, ponerlo en decúbito ventral por unos 20 minutos por turno vigilando su saturación de oxígeno para contrarrestar cualquier signo de descompensación.</p>	<p>La posición de decúbito ventral ayuda a desarrollar los músculos del abdomen, de la espalda y del cuello y ayuda a contrarrestar las deformidades ocasionadas por mantener una sola posición</p> <p>("Postura corporal" en <a href="http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal4666.htm">www.terra.com/salud/articulo/html/sal4666.htm</a> )</p>

## Evaluación

Durante el seguimiento de Arturo no se realizaron todas las intervenciones, el objetivo se logró parcialmente manteniendo el mismo grado de dependencia (grado 5) debido a la relación existente entre las necesidades de oxigenación y alimentación e hidratación las cuales repercuten en su movilidad

Necesidad	Recreación
Fecha de identificación.	20 de Octubre 2008
Nivel de dependencia.	Transitoria grado 6
Fuente de la dificultad.	Fuerza
Tipo de prioridad.	Media

## DIAGNÓSTICO

Dependencia en la necesidad de recreación relacionado con falta de estimulación por los cuidadores primarios manifestado por indiferencia al medio.

## OBJETIVO

Arturo logrará la independencia en la necesidad de recreación mediante el desarrollo de actividades lúdicas durante su estancia hospitalaria.

Intervención	Fundamentación
<p><b>1. Fomentar el desarrollo psicomotor del niño (NIC5 Z- 8274)</b></p> <p>a) Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias: ( NIC 5Z-8274;01)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de prematurez</li> <li>- Dependencia del O<sub>2</sub></li> </ul> <p>b) Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores (NIC 5Z-8274;02)</p> <p>c) Enseñar a los cuidadores las características de desarrollo normal y las conductas relacionadas con ello (se realizara esquemáticamente con la escala de Denver) (NIC 5Z-8274;04)</p> <p>d) Mostrar a los cuidadores las actividades que promuevan su desarrollo (NIC 5Z-8274;05)</p> <p><b>TACTO.</b> Su mejor caricia es piel con piel</p> <p>Las zonas más sensibles de su cuerpo son: cara, palmas de las manos, plantas de los pies, columna vertebral y área genital</p> <p>Los textiles de diferentes texturas pueden ser grandes estimulantes</p> <p>prefiere sonidos sopranos y alegres que bajos y malhumorados</p> <p>Le gusta escuchar la voz de sus padres su nombre, arrullos, canciones, música clásica, ruidos de papel al arrugarlo, campanas, risas, latido del corazón</p>	<p>En esta etapa los elementos con que cuenta para aprender mediante el juego son sus sentidos: olfato, gusto, oído y tacto; por medio de ellos prueba y compara.</p> <p style="text-align: right;">(Escobar 2001 pág. 124)</p> <p>Mostrar interés en el paciente aumenta la confianza, de los padres fomentando la comunicación resolviendo dudas de esta forma se facilita la educación encaminada a la mejor calidad de vida del paciente ( Kozier 2005 pág. 460)</p> <p>Durante los primeros años de la vida, el niño es totalmente dependiente del cuidador primario para la independencia de sus necesidades elementales.</p> <p>De los conocimientos que tengan los padres dependerá el grado de crecimiento y desarrollo del niño.</p> <p style="text-align: right;">(Escobar 2001 pág. 124)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>VISION.</b> Ve claramente a 25 cm de su cara, prefiere ver figuras tridimensionales (cubos y cilindros) prefiere los círculos</p> <p>Si hay demasiados detalles se distrae o se duerme</p> <p><b>AUDICIÓN.</b> Localiza los sonidos desde el nacimiento,</p> <p>e) Abrazar o mecer y con solar al niño, especialmente cuando este angustiado (NIC 5Z-8274;06)</p> <p>f) Cantar y conversar con el niño (NIC 5Z-8274;07)</p> <p>Se incluye una canción que puede ser utilizada con el paciente</p> <p><b>ARRORRÓ MI NIÑO</b>  Arrorró mi niño,  arrorró mi sol,  arrorró pedazo,  de mi corazón.  Este niño lindo  ya quiere dormir;  háganle la cuna  de rosa y jazmín.  Háganle la cama  en el toronjil,  y en la cabecera  pónganle un jazmín  que con su fragancia  me lo haga dormir.  Arrorró mi niño,  arrorró mi sol,  arrorró pedazo,  de mi corazón</p>	<p>El tacto es el sentido más desarrollado en los primeros meses, sentir el calor humano fortalece su seguridad contribuyendo a su crecimiento y desarrollo.</p> <p>(Escobar 2001 pág. 126)</p> <p>“El canto materno mejora el estado de ánimo del niño, y contribuye a su crecimiento y desarrollo facilitando la alimentación, el sueño e incluso el aprendizaje”</p> <p>Las canciones infantiles cantadas a los bebés con el fin de acunarles y tranquilizarlos son deliciosas melodías con letras sencillas que provocan en los bebés sensación de seguridad y de amor, ayudándoles a conciliar el sueño.</p> <p>(Escobar, 2001 pág. 125)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p><b>2. Realizar estrategias sobre Terapia de juego o diariamente (NIC 3Q- 4430)</b></p> <p>Actividades</p> <p>a) Disponer de un ambiente libre de interrupciones: (NIC 3Q-4430;01)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijar alarmas del monitor con parámetros apropiados a la condición del paciente</li> <li>• Organizar los procedimientos a realizarse con el paciente para disminuir interrupciones</li> </ul> <p>b) Dar tiempo suficiente para permitir un juego efectivo, siendo este mínimo 30 minutos por turno (NIC 3Q-4430;02)</p> <p>c) Explicar las actividades de juegos a la familia: (NIC 3Q-4430;05)</p> <p>Estimulación táctil por el cuidador primario</p> <p>Estimulación auditiva se realizara con una sonaja o música clásica</p> <p>Estimulación visual se realizara con un móvil de 2 colores</p> <p>d) Proporcionar a los padres una lista de objetos adecuado para la estimulación del desarrollo psicomotor de Arturo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La estimulación táctil mediante el tacto o telas de diferentes texturas</li> <li>• La estimulación auditiva se realizara con una sonaja, o música clásica de acuerdo a las posibilidades de los padres</li> <li>• La estimulación visual se realizara elaborando un móvil con 2 colores con figuras tridimensionales</li> </ul>	<p>Durante los primeros meses de vida, los intereses lúdicos del niño son meramente sensoriales, ejercitando los esquemas sensorio-motores</p> <p>La estimulación táctil le produce gratas sensaciones, para el bebé la madre constituye el primer juguete del bebé.</p> <p style="text-align: right;">(Escobar .2001 pág. 125)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>f) Supervisar las sesiones de la terapia de juego (NIC 3Q-4430;09)</p> <p>g) Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos: (NIC 3Q-4430;10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar las intervenciones realizadas</li> <li>• Alteraciones encontradas en el paciente (retraso en el desarrollo psicomotor, )</li> <li>• Efectos en el paciente (tranquilidad, irritabilidad)</li> </ul>	<p>El registro de las intervenciones realizadas con el paciente, da evidencia del trabajo</p> <p>( Alfaro, 2003 pág. 230 )</p>

### **Evaluación.**

El logro del objetivo planteado fue completo, durante los seguimientos posteriores (7), se observó más interacción de los padres con Arturo, además mejoró su interés a estímulos externos, ocasionalmente se vio más sonriente.

El desarrollo del plan de intervenciones de esta necesidad concientiza al dirigir la práctica profesional de forma más integral abarcando aspectos tan descuidados como este tan esencial en la vida infantil.

<b>Necesidad.</b>	Eliminación
<b>Fecha de identificación</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad</b>	Media

**DIAGNOSTICO.** Riesgo de Dependencia de la necesidad de eliminación urinaria relacionado con falta de fuerza física para la regulación hídrica.

**OBJETIVO.** Arturo evitará la dependencia en la necesidad de eliminación urinaria durante su estancia hospitalaria mediante el desarrollo de actividades preventivas.

Intervenciones	Fundamentación
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Monitorización de la eliminación urinaria en Arturo cada 2 horas (NIC 4V, 6680)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Evaluar color, temperatura y perfusión tisular (NIC 4V, 6680- 02)</p> <p>2. Realizar una valoración focalizada de la necesidad de Eliminación urinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración céfalo-caudal</li> </ul> <p>Cabeza. Características de la fontanela</p> <p>Cara. Forma, presencia de edema</p> <p>Ojos. Edema o hundimientos</p> <p>Nariz. Lubricación, secreción</p> <p>Boca. Hidratación, saliva filante, espesa, labios húmedos.</p> <p>Abdomen: perímetro abdominal</p> <p>Inspección. Observar contorno ((un abdomen prominente puede sugerir retención de líquidos, tumores, organomegalia o ascitis), observar color y estado de la piel, cicatrices, estomas, movimientos intestinales (las ondas peristálticas visibles casi siempre indican obstrucción intestinal), puede observarse globo vesical.</p>	<p>Mediante la observación y el registro continuo de los parámetros fisiológicos se valora el estado actual del paciente, su evolución y la repercusión de la terapéutica en su hemodinámica.</p> <p style="text-align: right;">("Exploración del Sistema cardiovascular" en: <a href="http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap12.pdf">www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap12.pdf</a>)</p> <p>Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resulta del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces y también por la espiración y la espiración pulmonar.</p> <p style="text-align: right;">(Riopelli, 1997, pág. 19)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>Auscultación. Escuchar los ruidos intestinales ( se escuchan entre 5 y 6 por minuto)</p> <p>Palpación. El intestino impactado o con estreñimiento se siente de consistencia dura.</p> <p>Percusión. Timpanismo en caso de acumulo de gases.</p> <p>Genitales. Observar integridad, permeabilidad, presencia de secreciones</p> <p>Extremidades. Edema, calambres, temblores.</p> <p>3. Valorar el gasto urinario (1-3 ml/kg/h) y el gasto fecal (10g/Kg/h máximo) cada 2 horas</p> <p>Intervención 2 Interdependiente</p> <p><b>Monitorización de líquidos en Arturo de forma continua (NIC 2N, 4130)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Llevar un registro preciso de ingresos y egresos (NIC2N, 4130-4)</p> <p>2. Tomar la densidad urinaria por turno (NIC2N, 4130-6)</p>	<p>Un gasto urinario de 1 a 3 ml/kg/h, es un buen indicador de un volumen intravascular adecuado. Si es menor puede indicar hipovolemia, perfusión renal pobre por activación de los mecanismos compensatorios para preservar corazón y cerebro, o secreción inadecuada de hormona antidiurética. La eliminación urinaria disminuye antes que aparezcan alteraciones en la PA o se desarrolle taquicardia significativa</p> <p style="text-align: right;"><small>(“Monitoreo hemodinámico en pediatría” en <a href="http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL28NO4/monitoreo.html">colombiamedica.univalle.edu.co/VOL28NO4/monitoreo.html</a> - 45k)</small></p> <p>El agua es un nutriente no energético (a calórico), pero fundamental para que nuestro organismo se mantenga correctamente estructurado y en perfecto funcionamiento. El balance de agua corporal representa la diferencia neta entre el consumo y las pérdidas de líquido.</p> <p style="text-align: right;"><small>(“Balance de Líquidos” en <a href="https://groups.google.es/group/ECCPN/browse_thread/thread/3dbf79094f5a1a56">groups.google.es/group/ECCPN/browse_thread/thread/3dbf79094f5a1a56</a>)</small></p> <p>La densidad urinaria mide la concentración de partículas en la orina, ayuda a evaluar el equilibrio hídrico y la concentración de orina del cuerpo. Los valores normales están entre 1.002 y 1.028</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Observar las mucosas, turgencia de la piel y llenado capilar (NIC 2N, 4130-12)</p> <p>4. Mantener una ingesta de líquidos adecuada, únicamente fórmula 30ml cada 3 horas</p> <p>5. Administración de antieméticos indicados en Arturo oportunamente</p> <p>Espironolactona 1mg vía oral cada 12 horas  Hidroclorotiazida 1mg vía oral cada 12 horas</p>	<p>Los requerimientos de agua en lactantes es de 80-100ml por kilo de peso al día, los cuales son cubiertos en su totalidad con la fórmula</p> <p style="text-align: right;">("Requerimientos" en:  <a href="http://www.arrakis.es/~aibarra/dietetica/Enfermeria/requerim.htm">www.arrakis.es/~aibarra/dietetica/Enfermeria/requerim.htm</a> - 60k)</p> <p>La espironolactona es un diurético que inhibe los efectos de la aldosterona sobre los túbulos renales distales estimula la secreción de sodio, cloro y agua y reduce la secreción de potasio.</p> <p>La hidroclorotiazida es un diurético tiazídico aumentan la excreción de sodio, cloruros y agua, inhibiendo el transporte iónico del sodio a través del epitelio tubular</p> <p>("Vademecum en: <a href="http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/h008.htm">www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/h008.htm</a> - 35k)</p>

## EVALUACIÓN.

Arturo se mantuvo en independencia en la necesidad de Eliminación durante los seguimientos, manteniendo su gasto urinario en rangos normales con el apoyo de diuréticos, fomentando a la mamá la importancia de la administración de medicamentos, de esta forma se logra el cumplimiento del objetivo, pero el riesgo es continuo por su padecimiento crónico que repercute en el balance hídrico.

<b>Necesidad</b>	Seguridad y protección
<b>Fecha de identificación</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad</b>	Media

**DIAGNOSTICO.** Riesgo de infección a cualquier nivel relacionado con múltiples factores (enfermedad crónica respiratoria, desnutrición de tercer grado, acceso venoso periférico).

**OBJETIVO.** Arturo evitará procesos infecciosos mediante medidas preventivas realizadas por el personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Proteger a Arturo contra infecciones (NIC 4V 6550)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Observar los signos y síntomas de infección (NIC 4V, 6550-01)</p> <p>Signos comunes de una infección son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fiebre o hipotermia</li> <li>· Dolor o dolor aumentado</li> <li>· Edema y / o sensibilidad de un área afectada</li> <li>· Secreción o flujo con o sin un olor fétido</li> <li>· Irritabilidad</li> </ul> <p>2. Mantener normas de asepsia en la línea vascular periférica de Arturo : (NIC 4V, 6550-03)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar técnica estériles durante su uso</li> <li>• Preparar medicamentos con técnica estéril</li> </ul>	<p>Los procesos infecciosos son la principal complicación que afecta a los pacientes crónicos, retrasando más su crecimiento y desarrollo.</p> <p>(WIECK L. y cols. 1988 .pág. 458)</p> <p>En un número importante de casos la puerta de entrada de la infección es la contaminación de la conexión entre el equipo de infusión y el catéter al ser manipulado por el personal sanitario durante los cambios del sistema de infusión.</p> <p>(“Infecciones asociadas a catéter en: <a href="http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/ojeda/ojeda.html">www.uninet.edu/cin2000/conferences/ojeda/ojeda.html</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Extenuar las medidas de seguridad en el cuidado de la vía aérea: (NIC 4V, 6550-05)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos</li> <li>• Uso de cubrebocas</li> <li>• Mantener técnica estéril durante la aspiración de secreciones</li> <li>• Supervisar la esterilidad del circuito de oxígeno (nebulizador)</li> </ul> <p>4. Poner en práctica las precauciones estándar : (NIC 4V, 6550-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lavado de manos. Antes y después de cualquier procedimiento, antes de y después de retirarse guantes.</li> <li>❖ Guantes. Se usan limpios no estériles cuando existe contacto con fluidos corporales y retirarlos antes de tocar superficies ambientales</li> <li>❖ Bata. Debe ser limpia no estéril para la manipulación exclusiva de Arturo, se utiliza para realizar procedimientos que pueden producir salpicaduras, debe cubrir brazos y antebrazos y alcanzar el cuello y rodillas.</li> <li>❖ Lentes y protección facial. Se recomienda para la protección de mucosa conjuntival, nariz y boca durante procedimientos que pueden ocasionar salpicaduras.</li> <li>❖ Cuidados de artículos y equipos de asistencia de Arturo. Deben ser desinfectados y de su uso individual (termómetro, estetoscopio, brazalete de presión)</li> </ul>	<p>La displasia broncopulmonar es un proceso pulmonar crónico de carácter progresivo, con gran susceptibilidad a presentarse infecciones respiratorias de las vías aéreas.</p> <p style="text-align: right;">(Morgan K. 1997 pág. 14)</p> <p>Las precauciones estándar son el resultado de la combinación de las precauciones universales y las precauciones para sustancias corporales. Son medidas que buscan proteger a pacientes, familiares y trabajadores de la salud, de infecciones que pudieran adquirir a través de las diferentes vías de entrada durante la ejecución de actividades y procedimientos cotidianos en la atención del paciente.</p> <p style="text-align: right;">(Rev. Enferm IMSS 2002 ;10 (1):27-30)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>5. Promover el cuidado de la piel en Arturo con apoyo de su mamá: (NIC 4V, 6550- 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la movilización</li> <li>• Lubricar la piel después del baño</li> <li>• Realizar cambio de pañal de forma frecuente</li> </ul> <p>6. Extenuar las medidas de precaución durante la alimentación (sonda orogastrica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener técnica estéril</li> <li>• Aspirar secreciones preferentemente antes de la alimentación</li> <li>• Rectificar la correcta instalación de la sonda orogastrica</li> <li>• Vigilar la velocidad de infusión de la leche</li> <li>• Mantener el flujo de Oxígeno continuo</li> <li>• Verificar la posición semifowler en Arturo</li> </ul> <p>7. Vigilar y promover el lavado de manos en la familia de Arturo</p>	<p>La piel intacta y sana constituye la primera barrera defensiva del cuerpo. (Kozier ,2005 ,pág. 768)</p> <p>La broncoaspiración es el estado en que el paciente presenta secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sustancias sólidas y/o líquidas en los conductos traqueobronquiales, produciendo una alteración del intercambio gaseoso y un alto riesgo de infección. El 80% de las broncoaspiraciones ocurren en pacientes con riesgo. (La función respiratoria en <a href="http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función_respiratoria_sistema">http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función_respiratoria_sistema</a>)</p>

## EVALUACIÓN.

Durante el seguimiento del plan de intervenciones se contó con el material necesario y la necesidad de seguridad y protección de Arturo se mantuvo libre de infecciones cumpliéndose el objetivo planteado, a su egreso se reforzaron las medidas higiénicas para el cuidado en casa, su necesidad se mantuvo en independencia.

<b>Necesidad</b>	Descanso y sueño
<b>Fecha de identificación</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad</b>	Mediana

**DIAGNÓSTICO.** Riesgo de Dependencia en la necesidad de descanso y sueño relacionado con ambiente hospitalario con estímulos sonoros, visuales y sensitivos continuos.

**OBJETIVO.** Arturo mantendrá su patrón de sueño acorde a sus necesidades fisiológicas mediante la organización de las actividades del ambiente hospitalario durante su estancia en este.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Mejorar el sueño en Arturo: (NIC 1F, 1850)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Observar y registrar el número de horas de sueño de Arturo (NIC 1F, 1850-05)</p> <p>2. Comprobar el esquema de sueño y observar las circunstancias físicas y/o ambientales en Arturo (apnea, dolor, vía aérea obstruida, molestias, ansiedad, ruido) que interrumpen su sueño. (NIC 1F, 1850-06)</p>	<p>El sueño ejerce efectos fisiológicos sobre el sistema nervioso y otras estructuras corporales, es necesario para la síntesis de proteínas, que permite se produzcan los procesos de reparación, también durante el sueño. No REM se produce el máximo nivel de hormona de crecimiento.</p> <p>Los lactantes duermen de 12 a 14 horas diarias, se despiertan cada 3 o 4 horas comen, y después vuelven a dormir. Al cuarto mes la mayoría duerme toda la noche estableciendo un patrón de siestas durante el día.</p> <p>(Kozier, 2005, pág. 1220)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, cama) y su necesidad de Oxígeno para favorecer el sueño de Arturo: (NIC 1F, 1850-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantener un aporte de Oxígeno adecuado de forma continua verificando fugas continuamente</li> <li>▪ Mantener a Arturo en posición semifowler</li> <li>▪ Ajustar las alarmas del monitor a los parámetros aceptables para Arturo</li> <li>▪ Apagar las luces cuando no se estén utilizando</li> <li>▪ Retirarle el brazalete de la presión después de utilizarlo</li> <li>▪ Acondicionar su cuna térmica con sábanas y pijamas suaves, evitando arrugas</li> </ul> <p>4. Implementar hábitos en Arturo antes de dormir para facilitar el sueño como, ser mecidos cantarle una canción, por su mamá. (NIC 1F, 1850-11)</p> <p><b>Din dan, din don dan</b> Din dan, din don dan, campanitas sonarán. Din dan, din don dan, que a los niños dormirán Dindilín dandalán dandalán dan, las estrellas brillarán. Cierra los ojos y duérmete ya, porque la noche muy pronto vendrá. Dan, dan, dan.</p> <p>5. Facilitar las siestas en Arturo durante el día (NIC 1F, 1850-12)</p>	<p>El ambiente puede favorecer o dificultar el sueño, cualquier cambio en el nivel de ruido, temperatura, nivel de luz puede tener dificultades para dormir. (Kozier 2005 pág. 1223)</p> <p>El síndrome de muerte súbita del lactante ocurre con más frecuencia en bebés que se acostaban a costados boca abajo. Por tanto, en la actualidad, se recomienda acostar a los bebés preferentemente <b>de lado o boca arriba</b>, por lo menos durante los 6 primeros meses de vida además de un colchón firme.</p> <p>(Postura recomendada en: <a href="http://www.elbebe.com/index.php/es/cuidados/el-sueno/la-mejor-postura">www.elbebe.com/index.php/es/cuidados/el-sueno/la-mejor-postura</a>)</p> <p>Las canciones de cuna son parte de la transmisión cultural oral de las tradiciones. Son melodías que se cantan en voz baja o susurrando, suaves y dulces, que sirven para ayudar a calmar y hacer dormir a los niños. (Canciones de cuna <a href="http://www.educared.org.ar/enfoco/imaginaria/biblioteca/?p=2-158k">www.educared.org.ar/enfoco/imaginaria/biblioteca/?p=2-158k</a>)</p> <p>La vinculación padres/niños es condición esencial para el buen desarrollo de los pequeños. Los estímulos sensoriales proporcionados a través de las primeras conductas de apego le estimulan el desarrollo de las capacidades favoreciendo una buena vinculación. A este respecto, las canciones de cuna forman parte importante de las relaciones que se establecen entre la madre y su hijo. (La música desde la cuna <a href="http://www.filomusica.com/filo39/cuna.html">www.filomusica.com/filo39/cuna.html</a> 15k)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>6. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos durante el día (NIC 1F, 1850-13)</p> <p>7. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. (NIC 1F, 1850-14)</p> <p>8. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia de Arturo (NIC 1F, 1850-15)</p> <p>Intervención 2 Independiente</p> <p><b>Cuidado ambiental en Arturo (NIC 4V, 6480)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Proporcionar una cuna y un entorno limpio y cómodo en Arturo (NIC 4V, 6480-9)</p> <p>2. Disponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales en Arturo</p> <p>3. Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos en lo posible</p>	<p>La intensidad de la luz son factores externos que intervienen en la regulación del ciclo sueño-vigilia</p> <p>(Kozier 2005 pág. 1223)</p> <p>El ambiente puede favorecer o disminuir el sueño. La ausencia de los estímulos usuales o la presencia de estímulos no familiares pueden impedir el sueño.</p> <p>(Kozier, 2005 pág. 1223)</p>

### Evaluación.

Durante el seguimiento del presente plan de intervenciones Arturo se mantuvo en Independencia en la Necesidad de Descanso y sueño mostrándose tranquilo sin irritabilidad llevándose en su totalidad las intervenciones planeadas, fortaleciendo la relación con su mamá al proponerle que lo arrulle y cante. A su egreso se insistió sobre la postura adecuada para dormir en casa de esta forma se logra el objetivo planteado.

<b>Necesidad.</b>	Higiene y aprendizaje
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Conocimiento del cuidador
<b>Tipo de prioridad.</b>	Baja

**DIAGNÓSTICO.** Riesgo de dependencia en la necesidad de higiene relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario.

**OBJETIVOS.** Arturo evitará la dependencia en la necesidad de higiene durante su estancia hospitalaria mediante capacitación a la mamá

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Realizar baño diario a Arturo diariamente (NIC 1F, 1610)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Preparar el material necesario para el baño de esponja: (NIC 1F, 1610-1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jabón. Se recomiendan jabones de glicerina neutros o jabones de avena que tienen la característica de mantener una adecuada hidratación cutánea.</li> <li>• El shampoo debe ser hipoalergénico o en su defecto usar el mismo jabón.</li> <li>• Esponja</li> <li>• Agua tibia entre (30 y 32° c)</li> <li>• Toalla</li> <li>• Ropa limpia</li> </ul> <p>2. La mamá de Arturo participará durante el baño (NIC1F, 1610-3)</p>	<p>Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 2005 pág. 768)</p> <p>La enseñanza mediante el ejercicio práctico facilita el aprendizaje.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2005 pág. 715)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Iniciar el baño explicando paso a paso a la mamá de Arturo (NIC 1F, 1610-4)</p> <p><b>Procedimiento:</b></p> <p>a) Explicarle a Arturo el procedimiento</p> <p>b) Lávese las manos</p> <p>c) Proporcionar intimidad a Arturo, cerrar la puerta de la habitación para que la temperatura sea agradable</p> <p>Empiece el baño lavando el cabello posteriormente por la zona más limpia y continúe bajando hasta los pies.</p> <p>d) Lave la cara: lave los ojos solo con agua y séquelos bien, con una parte diferente cada ojo, lave enjuague y seque la cara, oídos y el cuello</p> <p>e) Lave los brazos y las manos: Lave, enjuague y seque el brazo del paciente elevándolo y sujetándolo por la muñeca y el codo, aplique movimientos largos y firmes de la muñeca al hombro, que incluyan la axila. Repita la operación con la mano y el brazo más próximos, tener cuidado si hay una infusión intravenosa y compruebe el flujo después de mover el brazo.</p> <p>f) Lave el tórax y el abdomen aplicando movimientos largos y firmes</p> <p>g) Lave las piernas y los pies: esponja el miembro más alejado de usted, lave enjuague y seque las piernas con golpes largos, suaves y firmes desde los tobillos hasta la rodilla y el muslo, repita la operación con la otra pierna.</p> <p>h) Lave los pies colocándolos en una palangana de agua prestando atención a los espacios entre los dedos de los pies.</p>	<p>La comunicación es esencial para el cuidado del paciente. (Kozier 2005 pág. 715)</p> <p>El lavado de manos es la medida más simple y eficaz para la prevención de infecciones</p> <p>Las corrientes de aire aumentan la pérdida de calor del cuerpo por convección (Kozier 2005 pág. 774)</p> <p>Al utilizar una parte diferente se evita el contagio de microorganismos de un ojo a otro. Kozier 2005 pág. 774)</p> <p>Los movimientos firmes desde las regiones distales a las proximales favorecen la circulación al impulsar el retorno venoso. (Kozier 2005 pág. 774)</p> <p>Al lavar desde la región distal hacia la proximal favorece la circulación estimulando el flujo venoso. (Kozier 2005 pág. 774)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>i) Lave el dorso y luego el periné: colocar Arturo en decúbito lateral para acceder a la espalda, lave y seque la espalda desde los hombros hasta los glúteos y parte superior de los muslos, verificando integridad de la piel. Efectúe un masaje en la espalda al lavar y terminar el baño.</p> <p>j) Inspeccionar la zona perineal: Lavar y secar el pene, retraer el prepucio suavemente y limpiar el glande con agua, vuelva a colocar el prepucio después de limpiar el glande</p> <p>k) Lave y seque el escroto, limpiar los pliegues posteriores del escroto cuando se limpien los glúteos (el escroto tiende a estar más sucio que el pene por su proximidad al recto)</p> <p>l) Inspeccionar los orificios perineales que se encuentren íntegros, limpiar entre los glúteos y secar perfectamente.</p> <p>Documentar cualquier hallazgo como eritema, fisura, herida cutánea, descarga o secreción y cualquier zona local de dolor.</p> <p><b>Brindar Cuidados de la piel en Arturo:</b> <b>(NIC 2L, 3584)</b> Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lubricar la piel de Arturo con crema hipoalergénica a base de agua (NIC 2L,3584-02)</li> <li>2. Evitar el uso de lociones, talcos o jabones perfumados (NIC 2L, 3584-03)</li> <li>3. Realizar periódicamente el cambio de pañal para evitar el contacto prolongado con la orina y las heces.</li> </ol>	<p>El baño también estimula la circulación, dilata las arteriolas superficiales y aporta más sangre y nutrientes a la piel. (Kozier 2005 pág. 768)</p> <p>La retracción del prepucio es imprescindible para eliminar la secreción que se acumula debajo y facilita el crecimiento bacteriano. Al reponer el prepucio se evita la constricción del pene, que podría causar edema (Kozier 2005 pág. 778)</p> <p>El escroto suele estar más sucio que el pene por su proximidad con el pene por eso le lava después (Kozier 2005 pág. 778)</p> <p>Durante el baño se puede observar el estado de la piel y otras alteraciones, como el edema o el exantema sacro. (Kozier 2005 pág. 779)</p> <p>La piel íntacta y sana constituye la primera barrera defensiva del cuerpo (Kozier 2005 pág. 768)</p> <p>Los lactantes y bebés muy pequeños absorben más productos químicos por la piel irritándola y reseándola. (Kozier 2005 pág. 768)</p> <p>La humedad en contacto prolongado con la piel puede aumentar el crecimiento bacteriano y la irritación. (Kozier, 2005 pág. 768)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>4. Para la higiene durante el cambio de pañal , limpiar a Arturo con óleo calcáreo o aceite común y aplicar la crema que contenga óxido de zinc en caso de irritación</p> <p>6. Cortarle las uñas de las manos de Arturo una vez por semana y de los pies una vez por mes.</p> <p>7. Retroalimentar lo aprendido por la madre</p>	<p>El óxido de zinc forma una capa protectora sobre la piel dañada que disminuye el ardor y el comezón, protege la piel de la humedad. Ayuda a prevenir infecciones. (“Vademecum en: <a href="http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/h008.htm">www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/h008.htm</a> )</p> <p>Los bebés no tienen control de los movimientos de brazos, manos, dedos de las manos, piernas o pies y pueden arañarse la cara de manera inadvertida. Las uñas irregulares o que se extienden más allá de la punta del dedo pueden causar arañazos en la cara y los ojos. Utilizar unas tijeras pequeñas para bebé que tengan puntas romas y redondeadas o cortar uñas para bebés. Las uñas de los bebés crecen con bastante rapidez, es necesario que se deban cortar las de los dedos de las manos al menos una vez por semana; mientras que las uñas de los dedos de los pies sólo requieren ser cortadas un par de veces al mes. (Kozier, 2005 pág. 768)</p> <p>La <i>retroalimentación</i> es un proceso constructivo, formativo, que busca la oportunidad de mejorar señalando fortalezas y debilidades para favorecer el aprendizaje. (“La enseñanza y la retroalimentación” en: <a href="http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_03_ponencia.html">www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_03_ponencia.html</a> - 34k)</p>

## EVALUACIÓN.

Durante el seguimiento del plan de intervenciones de Arturo se pudieron realizar todas las intervenciones, se favoreció la participación activa de los familiares su mamá aprendió a bañarlo lográndose el objetivo planteado, logrando la independencia de las necesidades de higiene y aprendizaje quedando en el nivel 1.

<b>Necesidad.</b>	Comunicación
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Fuerza y Conocimiento del cuidador primario
<b>Tipo de prioridad.</b>	Media

**DIAGNÓSTICO.** Riesgo de deterioro del vínculo padre-hijo relacionado con hospitalización prolongada

**OBJETIVO.** Arturo logrará establecer un vínculo afectivo fuerte con sus padres durante su estancia hospitalaria mediante el fortalecimiento de la comunicación con ellos.

Intervenciones	Fundamentación
<p>Intervención 1 Independiente  <b>Estimular la integridad familiar de Arturo (NIC 5X , 7100)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Establecer una relación de confianza con los padres de Arturo (NIC 5X, 7100-02)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presentarse con los padres de Arturo</li> <li>▪ Mostrar interés y respeto</li> <li>▪ Responder a sus dudas de forma sencilla</li> </ul> <p>2. Detectar en los padres de Arturo sentimientos de culpa: (NIC 5X, 7100-04)</p> <p><b>Signos de sentimientos de culpa:</b></p> <p>Señales físicas (presión en el pecho, dolor de estómago, de cabeza, de espalda)</p> <p>Señales emocionales (nerviosismo, desasosiego, agresividad, irascibilidad)</p> <p>Señales mentales (pensamientos de autoacusaciones y autorreproches) nos alertan de que la culpa está siendo mal administrada.</p>	<p>En el núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse etc, además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.  (Kozier,2005, pág. 467)</p> <p>La situación de la familia ante la enfermedad de un hijo siempre es una gran preocupación aparece la angustia, el estrés, el miedo a lo que va a venir, la desconfianza, los celos, los sentimientos de culpabilidad.</p> <p style="text-align: right;"><i>(La familia y la enfermedad"</i>  en: <a href="http://www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_09.htm">www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_09.htm</a> )</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Determinar la comprensión de los padres de Arturo sobre las causas de su Enfermedad (NIC 5X, 7100-03)</p> <p>4. Facilitar la armonía familiar: (NIC 5X, 7100-15)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir la estancia durante las 24 horas con Arturo en la medida de lo posible</li> <li>• Permitirles y estimular el contacto físico con Arturo</li> <li>• Animar a los padres a que platicuen con Arturo</li> <li>• Permitirle que lo carguen por lo menos 30 minutos por turno</li> </ul> <p>6. Reforzar las actividades que estimulan su desarrollo realizadas en el plan de intervenciones de Recreación</p>	<p>Los lactantes se comunican a través de los sentidos, responden mejor a un tono de voz aguda, suave o agradable y al contacto visual.</p> <p style="text-align: right;">(Tamez S. 2003,pág. 90)</p>

**Evaluación.**

Durante el seguimiento de Arturo se realizaron todas las intervenciones, se cumplió el objetivo planeado y se mantuvo en independencia la necesidad de comunicación.

<b>Necesidad</b>	Vestido y desvestido
<b>Fecha de identificación</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad</b>	Conocimientos
<b>Tipo de prioridad</b>	Mediana

**DIAGNOSTICO.** Riesgo de Dependencia de la necesidad de vestido y desvestido relacionado con conocimientos deficientes de su mamá sobre el vestido adecuado de Arturo en casa.

**OBJETIVO.** Arturo evitará la dependencia en la necesidad de vestido y desvestido a su egreso hospitalario mediante la capacitación de su mamá sobre el vestido adecuado para su edad.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Educación al cuidador primario sobre la Necesidad de Vestido y desvestido. (NIC 3S, 5562)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Explicarle sobre el tipo de ropa apropiada para Arturo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ropa del bebé debe ser <b>holgada, cómoda y fácil</b> de poner.</li> <li>• Utilizar ropa de algodón en áreas de contacto con la piel</li> <li>• Se debe evitar la angorina y cualquier tejido que suelte pelo que pudiera ser inhalado por el bebé, así como los cordones o lazos.</li> <li>• Si una prenda lleva botones, han de ir por detrás, ser grandes y estar bien cosidos, para evitar que accidentalmente pudieran obstruir sus vías respiratorias</li> </ul>	<p>De los conocimientos que tengan los padres dependerá el grado de crecimiento y desarrollo del niño.</p> <p>(Escobar 2001 pág. 124)</p> <p>La composición del algodón es celulosa casi pura con propiedades únicas de durabilidad, resistencia y absorción.</p> <p>("Propiedades del algodón" en: <a href="http://es.wikipedia.org/wiki/Algodón">es.wikipedia.org/wiki/Algodón</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>2. Como vestir Arturo en casa</p> <p>a) La cabeza del bebé no es redonda, sino ovalada. De ahí que para ponerle una prenda por arriba, primero se introduzca el cuello de la prenda por la <b>parte posterior de la cabeza</b> y después se estire, pasándola por delante de la cara del bebé.</p> <p>b) Para vestirlo <b>por los brazos</b>, el adulto introduce dos dedos a través de la manga, saca la mano del bebé y estira la manga a lo largo del brazo, procurando que las manos del bebé estén cerradas. De lo contrario, es fácil que alguno de sus dedos se enganche con la manga.</p> <p>c) Para desvestirlo, se tira suavemente de su brazo por dentro de la prenda hasta sacar su mano por la sisa. Se debe seguir el mismo proceso para introducirle una prenda por las piernas si ésta no tiene abertura con corchetes. Cuando se viste al bebé con <b>prendas de una sola pieza</b>, primero se pone la parte superior de ésta y después se introducen las piernas.</p> <p>2. Lavado de la ropa de Arturo</p> <p>Su ropa debe lavarse con un detergente líquido para prendas delicadas y aclararse cuidadosamente.</p> <p>No utilizar suavizantes ni blanqueadores.</p> <p>Lavar por separado la ropa de Arturo</p>	<p>Durante los primeros años de la vida, el niño es totalmente dependiente del cuidador primario para la independencia de sus necesidades elementales.</p> <p>(Escobar 2001 pág. 124)</p> <p>La piel del lactante tiene las mismas características estructurales que la del adulto, pero es inmadura, tiene todos sus elementos desarrollados, pero su espesor total es menor, debido a que el estrato cornificado de la epidermis no es tan grueso como en la piel del adulto; en consecuencia, es mucho más sensible a la irritación, la deshidratación y la penetración de sustancias eventualmente tóxicas.</p> <p>(“Vestuario del lactante” en: www.medwave.cl/atencion/infantil/FUDOCII2003/3/4.act - 33k)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3.. Como abrigar a Arturo</p> <p>a) En lugar de una sola prenda de mucho abrigo, vestirlo con varias prendas de menor grosor, ya que entre ellas se formarán capas aislantes y el bebé se sentirá más arropado. Si la temperatura sube, se le podrá quitar una de las prendas sin tener que cambiarle toda la ropa.</p> <p>b) Cuando hace calor, es preferible vestir al bebé con prendas de algodón que compensan las variaciones de temperatura. Una ranita de manga corta resulta suficiente.</p>	<p>Abrigar al niño con sentido común, evitando temperaturas extremas, ya que el sudor o el frío aumentan las irritaciones.</p> <p>La mejor manera de averiguar si necesita más abrigo es tocándole las piernas, los brazos o el cuello. La pérdida de color en las mejillas también puede indicar que el bebé está pasando frío.</p> <p><i>("Cuidados del bebé" en: <a href="http://www.elbebe.com/index.php/es/cuidados/la-ropa/como-lavar/como-lavar-la-ropa-del-bebe">www.elbebe.com/index.php/es/cuidados/la-ropa/como-lavar/como-lavar-la-ropa-del-bebe</a>)</i></p>

### Evaluación.

Se logró el objetivo del plan de intervenciones encaminado a la enseñanza de la madre, por el riesgo existente ya que Arturo desde su nacimiento ha estado hospitalizado y su madre es primigesta con poca experiencia para el cuidado en casa, logrando la independencia de la necesidad de vestido y desvestido.

<b>Necesidad</b>	Valores y Creencias
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Independencia
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Ninguna
<b>Tipo de prioridad.</b>	Baja

**DIAGNÓSTICO.** Disposición del cuidador primario para aumentar el bienestar espiritual manifestado por Fe y esperanza.

**OBJETIVO.** El cuidador primario logrará aumentar su bienestar espiritual por medio de la expresión de sus creencias y valores durante su estancia hospitalaria de Arturo.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Apoyo espiritual al cuidador primario (mamá) de Arturo (NIC 3R, 5420)</b></p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratar a la mamá de Arturo con dignidad y respeto (NIC3R, 5420-04)</li> <li>2. Facilitar el uso de la oración y rituales religiosos (NIC 3R, 5420-15)</li> <li>3. Proporcionar una presencia plena y trascendente (NIC 3R, 5420-16)</li> </ol>	<p>El bienestar espiritual proporciona fuerza y esperanza y da sentido a la vida. (Kozier,2005,pág.1101)</p> <p>Reconocer y respetar las necesidades espirituales de la persona es un rol de apoyo importante para el personal de Enfermería. (Kozier,2005,pág.1101)</p> <p>La presencia terapéutica de los profesionales de Enfermería proporciona bienestar y mitiga el sentimiento de soledad y temor en el familiar. (Kozier,2005,pág.1101)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>4. Alentar la asistencia de servicios religiosos para que visiten a Arturo si lo desea (NIC 3R, 5420-17)</p> <p>5. Expresar simpatía con los sentimientos espirituales del familiar (NIC 3R, 5420-18)</p>	<p>La clarificación de creencias y valores ayudará a que las personas fundamenten las decisiones en sus valores más importantes, como aquellos que son de naturaleza espiritual.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier,2005,pág.1101)</p> <p>Los familiares tienen derecho de recibir cuidados que respeten sus propios valores espirituales y religiosos.</p> <p style="text-align: center;">(Kozier,2005,pág.1101)</p>

**Evaluación.**

Durante el seguimiento de Arturo se realizaron las intervenciones planteadas, el cuidador primario mantuvo en Independencia su necesidad, encontrando fortaleza en la oración.

<b>Necesidad</b>	Realización
<b>Fecha de identificación.</b>	20 de Octubre 2008
<b>Nivel de dependencia.</b>	Riesgo
<b>Fuente de la dificultad.</b>	Fuerza
<b>Tipo de prioridad.</b>	Media

**DIAGNOSTICO.** Riesgo de dependencia en la necesidad de realización relacionado con enfermedad crónica que limita su desarrollo y crecimiento.

**OBJETIVO.** Arturo evitara el riesgo de dependencia en la necesidad de realización mediante la enseñanza del cuidador primario durante su estancia hospitalaria sobre su cuidado.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Intervención 1 Independiente</p> <p><b>Educación del cuidador primario de Arturo (NIC 3Z,5568)</b></p> <p>Acciones:</p> <p>1. Fomentar la comunicación con los padres de Arturo mediante las siguientes estrategias: (NIC 3Z, 5568-02)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse respetuosamente con los padres</li> <li>• Uso de comunicación no verbal (actitud y postura de interés y compromiso)</li> <li>• Fomentar la confianza en ella misma aceptado lo que piensa y siente</li> <li>• Usar lenguaje sencillo.</li> <li>• Elogiar sus logros</li> <li>• Responder sus dudas</li> </ul>	<p>La educación sanitaria capacita al cuidador primario y/o a la familia para asumir los cuidados del niño haciendo posible la independencia y lograr una mayor autonomía del sistema sanitario.</p> <p style="text-align: right;">("Funciones de Enfermería" en: web.usal.es/~acardoso/temas/<b>funciones</b>.htm )</p> <p>La comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo.</p> <p style="text-align: right;">(Rev Enferm 2002;10 (2): 93-102)</p> <p>El Examen del Desarrollo Infantil de la Población de Denver ofrece un camino de asesoramiento sencillo y eficaz sobre el estado del desarrollo psicomotriz del niño durante los 6 primeros años de vida.</p> <p style="text-align: right;">("Desarrollo psicomotriz del niño" en: <a href="https://s3.amazonaws.com/ppt-download/valor-psicomotriz-pediatria-metodo-denver0.pdf">https://s3.amazonaws.com/ppt-download/valor-psicomotriz-pediatria-metodo-denver0.pdf</a>)</p>

Intervenciones	Fundamentación
<p>3. Vigilar la aparición de signos y síntomas que sugieran alteración de la visión o la audición, valorando la reacción de niño ante los ruidos, colores y formas a distancias diferentes.</p> <p>4. Explicar la importancia de cubrir las necesidades básicas de Arturo al cuidador primario complementando la información con las intervenciones de todas las necesidades.</p>	<p>En niño estimulado ha demostrado el efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades, logrando incrementar el cociente intelectual en forma significativa al mejorar la estimulación.</p> <p style="text-align: right;"><i>(“Estimulación psicomotriz en: <a href="http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm">www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm</a> )</i></p> <p>Existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor. Estos son: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna. Las neuronas requieren de oxígeno y glucosa para vivir y desarrollarse.</p> <p style="text-align: right;"><i>(“Estimulación psicomotriz en: <a href="http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm">www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm</a> )</i></p>

## EVALUACIÓN.

Durante el seguimiento de Arturo se complementó con las intervenciones de cada uno de los planes de las diferentes necesidades, para lograr el objetivo, considero que la enseñanza se cumplió pero la necesidad aun continúa en riesgo debido a su enfermedad crónica por lo que el objetivo no se pudo cumplir.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERIA INFANTIL

## PLAN DE ALTA

Nombre. Yael Arturo Herrera López                      Edad. 4 meses                      Sexo. Masculino

Fecha de Ingreso. 10 septiembre 2008                      Fecha de egreso. 20 de Noviembre del 2008

### 1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar

Evitar cambios bruscos de temperatura  
Evitar exponer a Arturo con personas enfermas  
Prevenir el suministro de oxígeno para evitar que Arturo se quede sin su aporte  
Administrar los medicamentos a Arturo de forma estricta para evitar complicaciones

### 2. Orientación dietética

Continuar con la formula indicada "Leche de inicio" en casa cada 3 horas 1 onza y media (45ml)  
Prepararla con agua hervida vertiendo primero las medidas del polvo y posteriormente agregar el agua hasta la medida indicada agregando los triglicéridos indicados .7 ml  
No iniciar otro tipo de comida hasta que sea indicado por el gastroenterólogo o nutrición

### 3. Medicamentos indicados

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
Espirinolactona	1mg	cada 8 horas 8-16-24 hrs	oral
Hidroclorotiazida	1mg	cada 12 horas 10-22 hrs	oral
Polivisol	.5ml	cada 24 horas (antes de la primera leche)	oral
Pulmicort	1disparo	cada 12 horas 8-20 hrs	inhulado

#### **4. Registro de signos y síntomas de alarma: (Que hacer y donde acudir cuando se presenten)**

Acudir al hospital más cercano en caso de:

Fiebre continua que no se quite con el baño o medicamento

Que tenga dificultad para respirar: respire muy rápido, se hunda mucho su pecho para respirar, se queje al respirar, presente sudoración abundante, su piel se ponga morada

Cambios de coloración de la piel que se ponga morada o muy pálida

Que se encuentre muy dormido que difícilmente despierte

Presencia de sangrado por boca o en evacuación u orina

Que vomite continuamente, presente distensión abdominal o no evacue por más de 2 días

Que no orine por más de 12 horas, ojos hundidos, llanto sin lágrimas

Presencia de crisis convulsivas

#### **5. Cuidados especiales**

La necesidad de Oxigenación en Arturo es la más alterada por lo que usted debe mantenerlo con sus puntas nasales en casa, a 1 litro por minuto cuidando que su boboteador siempre se mantenga con agua al nivel que marca para que el oxígeno siempre salga humidificado y no seque la vía respiratoria

La posición siempre debe ser semisentado en un ángulo de 30° para que respire mejor,

Movilizar a Arturo cada 2 horas mínimo de forma lateral

El oxígeno es altamente inflamable por lo que es necesario mantener a Arturo lejos de áreas donde exista combustión (como la cocina)

+ Se elabora un críptico con información relacionada con el padecimiento y los cuidados en casa necesarios para el lactante (ver anexo 4).

### III. RESULTADOS

#### ANALISIS DE VARIABLES

El objetivo principal de este trabajo fue identificar las necesidades básicas de un lactante menor con alteración de la necesidad de oxigenación, realizar un plan de intervenciones basado en diferentes tipos de diagnóstico de Enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades básicas del lactante; reconociendo las fuentes de dificultad que afectaron dichas necesidades.

De acuerdo con lo anterior y posterior a los seguimientos se concluyó el estudio de caso encontrando que las variables en este caso las 14 Necesidades que contempla Virginia Henderson en su propuesta filosófica evolucionaron de la siguiente manera:

Al ser un lactante que depende totalmente del cuidador primario para cubrir sus necesidades las intervenciones fueron dirigidas al aprendizaje de la madre sobre los cuidados que necesita para lograr su independencia.

En este caso el lactante padece una enfermedad pulmonar que afecta principalmente la necesidad de Oxigenación y como necesidad prioritaria repercute en el resto las necesidades, el grado de dependencia fue de 5 en su valoración inicial y su grado de dependencia se mantuvo en 4 debido a la cronicidad de su padecimiento, sin embargo se involucró al cuidador primario garantizando así una mejor calidad de vida.

En cuanto a la necesidad de Alimentación e hidratación logró un incremento continuo de peso en las primeras 2 semanas posterior a esto su incremento se detuvo, manteniendo el mismo grado 5 de dependencia encontrándose muy por debajo de su percentil para la edad, debido al excesivo gasto de energía necesario para cubrir su necesidad de oxigenación que se encuentra en dependencia.

La necesidad de termorregulación se encontró en dependencia, debido a la estrecha relación con otras necesidades vitales como la Necesidad de Oxigenación y Alimentación e hidratación, encaminando las intervenciones al aprendizaje del cuidador primario sobre datos de alarma en el control térmico, repercutiendo de forma favorable en la termorregulación del lactante.

En cuanto a la necesidad de Movimiento y Postura se identificó en dependencia grado 5, manteniéndose en el mismo grado después de las intervenciones realizadas debido a la repercusión con la necesidad de Oxigenación, pero se amplió la información al cuidador primario sobre la importancia de la movilidad y una postura adecuada, que a futuro disminuirán el grado de dependencia del lactante.

Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna y externa para mantener su integridad física y psicológica; esta necesidad es cubierta por su familia y persona responsable a su cuidado, por lo que las intervenciones realizadas en el lactante se dirigen a extenuar las precauciones estándar en cada uno de los cuidados brindados y enseñanza a la familia, debido a que se mantiene continuamente en riesgo esta necesidad por la estrecha relación con necesidades vitales que se encuentran en dependencia.

El cuidador primario (madre) se involucró en el cuidado de cada una de sus necesidades; en cuanto a la necesidad de eliminación esta se mantiene en riesgo por su estrecha relación con la necesidad de Oxigenación pero fue determinante la enseñanza sobre las señales de alarma tanto en el hospital como para su cuidado en casa.

Una de las principales necesidades en el lactante es la Comunicación mediante un vínculo madre-hijo, el cual se encontraba en riesgo por la hospitalización y la inexperiencia de los padres. Todas las intervenciones realizadas propiciaron y

Ayudaron a lograr la independencia de esta necesidad, sentir el cariño y amor son esenciales para fortalecer su desarrollo y crecimiento.

También se realizó participación activa de la madre en las necesidades de higiene ya que aprendió a bañarlo, recreación de una forma sencilla logrando hacer sonreír a Arturo más continuamente, descanso y sueño en el que también se vio involucrada la participación del personal concientizando la importancia del cubrir todas las necesidades de nuestros niños, aunque no se tubo comunicación con el personal de los tres turnos la participación de la mamá fue fundamental, logrando la independencia de estas necesidades.

Su necesidad de Realización se encuentra en riesgo debido a que existe dependencia de sus necesidades vitales, las intervenciones realizadas en conjunto para el resto de las necesidades a largo plazo lograrían la independencia de esta necesidad.

Al ser un lactante con una enfermedad crónica no se logró su independencia, pero la participación de los padres ayudaron a mejorar su calidad de vida.

#### IV. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería apoyado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson permite el desarrollo de una práctica más independiente con conceptos y visión propia, propicia durante su aplicación un pensamiento crítico, analítico y reflexivo, que le lleva a ejercer su quehacer diario de una manera científica, lógica, sistemática y efectiva consolidando la identidad profesional.

El Proceso de Atención de Enfermería junto con la propuesta filosófica de Virginia Henderson es fácilmente aplicable al área de la Enfermería Infantil logrando dar resultados para proporcionar cuidados especializados a un lactante con dependencia en la necesidad de Oxigenación.

Es importante referir que la Enfermera logró identificarse con el niño y con su familia aplicando intervenciones de ayuda y acompañamiento para el paciente como para sus cuidador primario, de esta manera satisfacer sus necesidades básicas logrando los objetivos planteados al inicio para la realización del presente estudio de caso.

En cuanto a los instrumentos utilizados considero son muy útiles para la recolección de información como para su organización además de estar adaptados a la propuesta de V. Henderson facilitando así el trabajo.

## V. SUGERENCIAS

Difundir la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería bajo la perspectiva de Virginia Henderson como guías para proporcionar cuidados en el Área Infantil.

Diseñar una hoja de Enfermería con las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería que incluya la valoración de las 14 necesidades.

Presentar en foros los estudios de caso realizados por los alumnos de la especialidad, promoviendo una visión de Enfermería más independiente, compartir los conocimientos y fomentar con ello el desarrollo académico del resto del personal.

Para futuras generaciones sugiero que se enfatice en la parte teórica la valoración focalizada de **todas** las Necesidades para que puedan contar con mayor información que les haga hacer una valoración más detallada.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfaro L. Aplicación del proceso enfermero. México: Masson. 2003
- Anton A .Ética y Legislación en Enfermería. España: Masson. 2000
- Dirección General de Profesiones. CODIGO DE ÉTICA, para las Enfermeras y Enfermeros en México. 2000.
- Deacon O´ N. Cuidados Intensivos Neonatales. 2ª Edit. México: Mc Graw Hill. 2001.
- Fernández F., Novel M.El modelo de Henderson y el Proceso de atención de Enfermería. México, D.F.: SALVAT.2000
- García G. El proceso Enfermero y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso. 1997.
- GRIFFITH Y Chistens en. Proceso at ención enfermería. Manual Moderno. México. 1993.
- Iyer W., Taptich B. y Bernocchi D. Proceso diagnóstico de Enfermería. 3º Edit. México: McGraw-Hill Interamericana.1997.
- Kozier B. Fundament os de Enfermería. México: Interamericana- McGraw-Hill. 1999.
- Luis R., Fernández F., y Navarro G. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Hender son en el siglo XXI. Barcelona España: Masson.1998.
- Morgan K. Cuidados de Enfermería en Pediatría. España: DOYMA.1993.
- Riopelle L., Grondin L., y Phaneuf M. Cuidados de Enfermería Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana. 1997.

## REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS

- Cruz López Luz María. Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único. Enfermería Cardiología 2006; 14 (2): 56-61
- Chávez García Claudia. Método de enfermería y el modelo de Henderson en un paciente con estenosis mitral y accidente cerebrovascular. Enfermería Cardiológica.2007; 15 (1) :14-18
- Chávez García Claudia. Estudio de caso de un individuo con lupus eritematoso generalizado en una unidad de cuidados intensivos. Enfermería Cardiología.2007; 15 (2): 54-61
- Guallart Monterde Mercedes. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Prétermino. Enfermería Clínica. 2003; 8(2): 40-52
- Gallardo Añorve Araceli. Estudio de caso con síndrome de Down y coma mixedematoso. Enfermería Cardiológica. 2005; 13 (1-2): 37-43
- Flores Montes Imelda. Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis. Enfermería Cardiológica. 2006; 14 (3)
- Gálvez González María. El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.
- Elorza Puyadena. Valoración y diagnóstico de enfermería de las personas con esclerosis múltiple, un estudio transversal. Evidentia.2007; 4 (14)
- Leo Azyadet Parra Basurto. Proceso atención de enfermería a un paciente con estenosis pulmonar. Enfermería Cardiológica. 2003; 11( 2) : 66-71
- Lugo Escobedo Diana. Adulto mayor con patología cardiovascular y neurovascular. Enfermería Cardiológica. 2003; 11 (1): 18-25
- Ortiz Jiménez Felipe. Cuidados de suplencia en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos deficientes. Evidentia. 2007; 4 (15)

- Ruiz Gordillo Laura. Proceso atención de Enfermería en una paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Enfermería Cardiológica, Aceptada para publicación agosto 2007.
- Solís Mohedano María Eugenia. Proceso Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxígeno. Desarrollo Científico.2008; 16(9):414-417
- Sierra Pacheco Magdalena. Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena. Enfermería Cardiológica. 2005; 14 (1): 16-23

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Canciones de cuna en:  
[www.educared.org.ar/enfoco/imaginaria/biblioteca/p=2](http://www.educared.org.ar/enfoco/imaginaria/biblioteca/p=2) – 158
- La función respiratoria en  
[http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función\\_respiratoria\\_sistema](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/función_respiratoria_sistema)
- Moreno R. “Auscultación Pulmonar” en:  
<http://escuela.med.puc.cl/publ/modrespiratorio/Mod5default.htm>
- “Manual de técnicas y procedimientos” En  
<http://www.monografias.com/trabajos14/manual-técnicas/manual-tecnicas2>
- Pérez F., Cantoral D. “El consentimiento informado como garantía constitucional desde la garantía del derecho mexicano”. En  
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/re>.
- Vademecum en: [www.iqb.es/cbasicas/farma04/h008.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/farma04/h008.htm)-35k

**VII.**

**A**

**N**

**E**

**X**

**O**

**S**



## ANEXO 1

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERIA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 6 años

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Nombre. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo. \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Edad del padre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

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

Escolaridad del padre \_\_\_\_\_ Escolaridad de la madre \_\_\_\_\_

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

Procedencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Diagnóstico medico \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

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

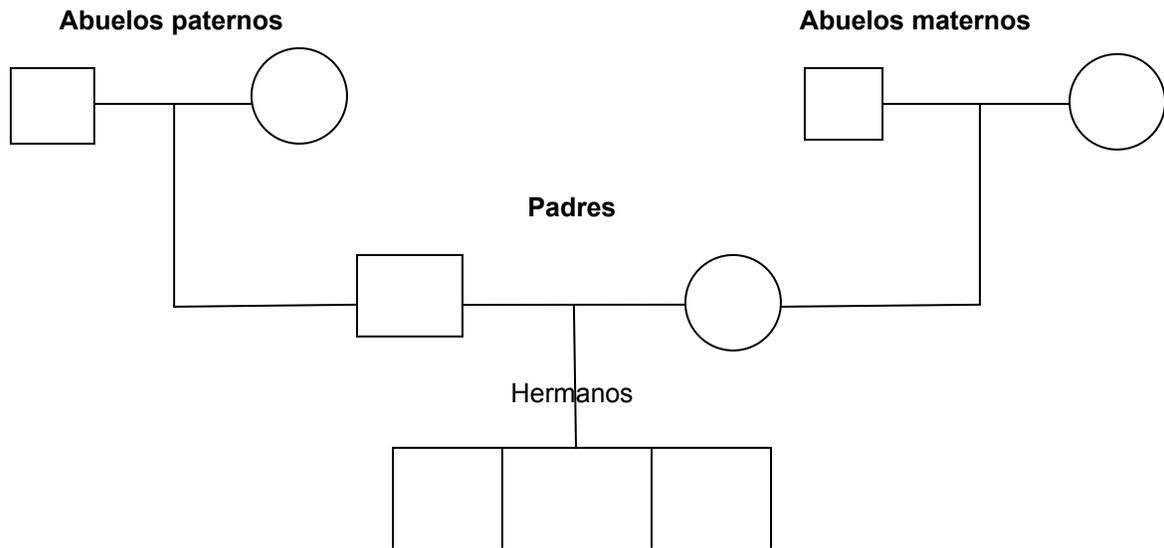
Características de la vivienda: Propia \_\_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_ Tipo de construcción \_\_\_\_\_

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

Disposición de excretas: \_\_\_\_\_ Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

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

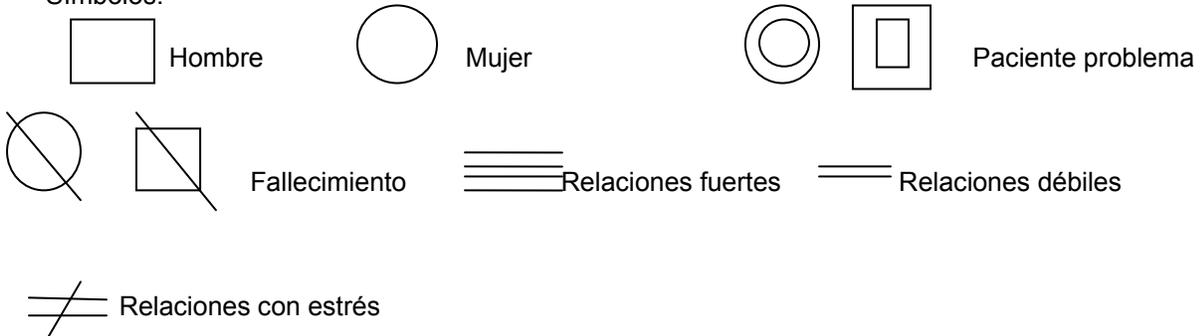
## MAPA FAMILIAR



Descripción de la familia incluyen do los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones efectivas de la Familia nuclear y extendida:

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relación Afectiva	Enfermedades

Símbolos:



Orientación de la hospitalización. ¿Se han explicados los siguientes aspectos?

Horarios de visita. \_\_\_\_\_ Normas sobre barandales de camas y Cunas. \_\_\_\_\_

Permanece en el servicio. \_\_\_\_\_ Informes sobre el estado de salud del niño. \_\_\_\_\_

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

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Talla al nacer. \_\_\_\_\_ Lloro al nacer. \_\_\_\_\_

Respiro al nacer. \_\_\_\_\_ Se realizaron maniobras de reanimación. \_\_\_\_\_

Motivo de consulta/hospitalización. \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? \_\_\_\_\_

El niño es alérgico. \_\_\_\_\_ Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades

Básicas. \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

Peso. \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ Torácico \_\_\_\_\_ Braquial \_\_\_\_\_

El niño es alimentado con: Leche materna \_\_\_\_\_ Biberón \_\_\_\_\_ Vaso \_\_\_\_\_

¿Considera que el niño tiene poco \_\_\_\_\_ buen o mucho \_\_\_\_\_ apetito?

¿Cuáles son los alimentos y bebidas preferidas del niño?

En el desayuno \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_ Los alimentos que le disgustan son \_\_\_\_\_

Tiene dieta especial. \_\_\_\_\_ Alergias alimentarias.: \_\_\_\_\_

Con quien acostumbra comer \_\_\_\_\_ Tiene problemas en mucosa oral \_\_\_\_\_

Cuáles son sus hábitos en las comidas \_\_\_\_\_

Estado y cantidad de piezas dentarias \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

### ELIMINACIÓN

Evacuaciones. \_\_\_\_\_ Orina. \_\_\_\_\_

Consistencia de las heces. Formada \_\_\_\_\_ Pastosa \_\_\_\_\_ Blanda \_\_\_\_\_ Líquida \_\_\_\_\_

Color. Amarilla \_\_\_\_\_ Verde \_\_\_\_\_ Café \_\_\_\_\_ Negra \_\_\_\_\_ Blanca \_\_\_\_\_

Olor. Ácida \_\_\_\_\_ Fétida \_\_\_\_\_ Moco. \_\_\_\_\_ Sangre \_\_\_\_\_ Restos alimento \_\_\_\_\_

Dolor al evacuar \_\_\_\_\_

Orina. Color. \_\_\_\_\_ Sangre \_\_\_\_\_ Sedimento \_\_\_\_\_ Pus \_\_\_\_\_ Con sangre \_\_\_\_\_

Sedimento. \_\_\_\_\_ Pus \_\_\_\_\_ Dolor al orinar \_\_\_\_\_ Edema palpebral \_\_\_\_\_

Edema \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Hábitos \_\_\_\_\_ Sudoración \_\_\_\_\_

Descripción de genitales \_\_\_\_\_

### OXIGENACION

Signos vitales. Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ irregular \_\_\_\_\_

Aleteo nasal \_\_\_\_\_ Retracción xifoidea \_\_\_\_\_ Disociación toracico abdominal \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios \_\_\_\_\_ Lado derecho \_\_\_\_\_ Lado izquierdo \_\_\_\_\_

Respiración asistida \_\_\_\_\_ Secreciones bronquiales \_\_\_\_\_

Humidificación y oxigenación \_\_\_\_\_

Tiene dificultad para respirar. Cuando come \_\_\_\_\_ Camina \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Coloración de la piel: Color. \_\_\_\_\_ Integridad \_\_\_\_\_ Diaforesis \_\_\_\_\_

Petequias \_\_\_\_\_ Rash \_\_\_\_\_ Escoriaciones \_\_\_\_\_

### REPOSO Y SUEÑO

Horas de sueño. \_\_\_\_\_ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete \_\_\_\_\_

A qué hora se duerme \_\_\_\_\_ A qué hora se levanta \_\_\_\_\_ Cuantas horas duerme

Con luz \_\_\_\_\_ Con música \_\_\_\_\_ Otras costumbres \_\_\_\_\_

¿Con quién duerme? \_\_\_\_\_ Tiene cuarto separado \_\_\_\_\_

Despierta en la noche \_\_\_\_\_ En sonámbulo: \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas \_\_\_\_\_

Duerme siesta \_\_\_\_\_ En que horario \_\_\_\_\_

Valoración Neurológica. Actividad: Activo \_\_\_\_\_ Letargo \_\_\_\_\_ Tranquilo \_\_\_\_\_

Dormido \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: Dolorosos \_\_\_\_\_ Calor \_\_\_\_\_ Frío \_\_\_\_\_

Reflejos \_\_\_\_\_

Repuesta pupilar \_\_\_\_\_

### VESTIDO

Condiciones de la ropa de vestir. \_\_\_\_\_

Higiene \_\_\_\_\_ Costumbres en el cambio de ropa \_\_\_\_\_

Tipo de ropa necesaria para la hospitalización \_\_\_\_\_ Otros enseres \_\_\_\_\_

Significado del vestido. \_\_\_\_\_ ¿Cómo quien te gustaría vestir? \_\_\_\_\_

Se viste solo \_\_\_\_\_

### TERMOREGULACION

Considera usted que la temperatura de las habitaciones donde duerme el niño es: Templada \_\_\_\_\_ Fría \_\_\_\_\_

Caliente \_\_\_\_\_ ¿Su niño es friolento? \_\_\_\_\_ Está acostumbrado a que le tomen la temperatura: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

### MOVIMIENTO Y POSTURA

A qué edad fijo la mirada \_\_\_\_\_ Siguió objetos con la mirada \_\_\_\_\_  
Se sentó con ayuda \_\_\_\_\_ Se sentó sólo \_\_\_\_\_ Se paró \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_  
Salto \_\_\_\_\_ Sube escaleras \_\_\_\_\_ Camina con ayuda de algún aparato ortopédico \_\_\_\_\_  
Que postura adopta al sentarse \_\_\_\_\_ Al caminar \_\_\_\_\_  
Al pararse \_\_\_\_\_ Al dormir \_\_\_\_\_ Cuando está enfermo adopta una postura especial \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### COMUNICACIÓN

¿Cuánto tiempo tiene en el domicilio actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hermanos son? \_\_\_\_\_  
Hermanas. \_\_\_\_\_ Hay otras personas que viven en casa \_\_\_\_\_ El niño vive con sus padres \_\_\_\_\_  
El niño usa anteojos \_\_\_\_\_ Aparato auditivo \_\_\_\_\_ Algún otro aparato \_\_\_\_\_  
Describa el carácter de su hijo \_\_\_\_\_  
¿Con quien acude el niño si le falta algo? \_\_\_\_\_  
¿Con quién hace la tarea? \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HIGIENE

A qué hora acostumbra el baño \_\_\_\_\_ se baña solo \_\_\_\_\_ con ayuda \_\_\_\_\_  
Cuántas veces se cepilla los dientes \_\_\_\_\_ Cuando se cepilla los dientes \_\_\_\_\_  
Tiene prótesis dental \_\_\_\_\_ Cuando fue la última visita al dentista \_\_\_\_\_  
Se peina solo \_\_\_\_\_

### RECREACIÓN

Tiene alguna preferencia por los juegos \_\_\_\_\_ Objetos \_\_\_\_\_

Mascotas \_\_\_\_\_ Personas \_\_\_\_\_

Menciona los programas de televisión, películas y paseos preferidos por el niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CREENCIAS Y VALORES

¿Cuál es la práctica religiosa de la familia? \_\_\_\_\_

¿Para usted cual fue la causa de la enfermedad (familiar)? \_\_\_\_\_

¿Cuando alguien se enferma, qué hace usted para mejorar el problema? \_\_\_\_\_

¿Por qué te enfermaste? \_\_\_\_\_

### APRENDIZAJE

¿Su niño está acostumbrado a ir a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Le gusta estar en casa? \_\_\_\_\_ En la escuela \_\_\_\_\_

¿Qué grado escolar cursa? \_\_\_\_\_ ¿Cómo considera el aprovechamiento del niño \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

El niño estuvo hospitalizado antes \_\_\_\_\_ A qué edad \_\_\_\_\_

¿Qué información tiene el niño sobre la hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Qué dice el niño sobre la hospitalización? \_\_\_\_\_

¿De qué tema le gustaría tratar con el personal de Enfermería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REALIZACIÓN

¿Qué espera usted de su hija? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas de tus padres? \_\_\_\_\_

¿A quién de la familia imita su hijo? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

El niño forma parte de un grupo social distinto al de la escuela. \_\_\_\_\_

Como padre o tutor, ¿qué sugiere para que el niño se adapte más fácilmente al hospital. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opinión del niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ENFERMERIA INFANTIL**

**ANALISIS**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
JERARQUIA DE NECESIDADES**

Nombre.

Edad

Fecha.

Servicio

Alumna

Necesidad	INDEP.	DEP.	CAUSAS DE LA DIFICULTAD		FORTALEZAS Y DEBILIDADES
		GRADO	F.F. F.C.	F.V.	
					<b>Fortalezas</b>                <b>Debilidades.</b>

CODIGO DE GRADO DE DEPENDENCIA. Total= Dt Temporal= Dtm Parcial=Dp Permanente=Dpr

CAUSAS DE LA DIFICULTAD. Falta de fuerza=FF Falta de voluntad=FV Falta de conocimiento



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

POSGRADO EN ENFERMERIA INFANTIL

JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnóstico de Enfermería	Fecha de resolución



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
POSGRADO EN ENFERMERIA INFANTIL

**PLAN DE INTERVENCIONES**

Fecha	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación



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

**PLAN DE ALTA**

Nombre. \_\_\_\_\_ Edad. \_\_\_\_\_ Sexo. \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso. \_\_\_\_\_ Fecha de egreso. \_\_\_\_\_

**1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar**

**2. Orientación dietética**

**3. Medicamentos indicados**

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Horario</b>	<b>Vía</b>
--------------------	--------------	----------------	------------

**4. Registro de signos y síntomas de alarma: (Que hacer y donde acudir cuando se presenten)**

**5. Cuidados especiales**

## ANEXO 2



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado

### REPORTE DIARIO

Alumno \_\_\_\_\_ Servicio. \_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Valoración de la necesidad de: \_\_\_\_\_

#### Datos Históricos (Interrogatorio)

#### Datos Objetivos.

Peso.            Talla.            F.C.            F.R.            T.A.            Temperatura.

#### Datos Subjetivos

#### Observación general.

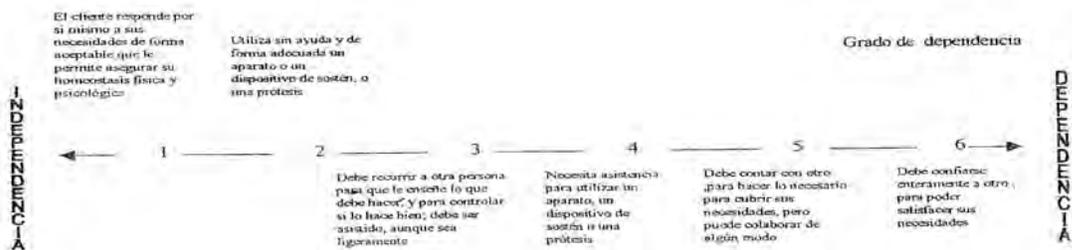
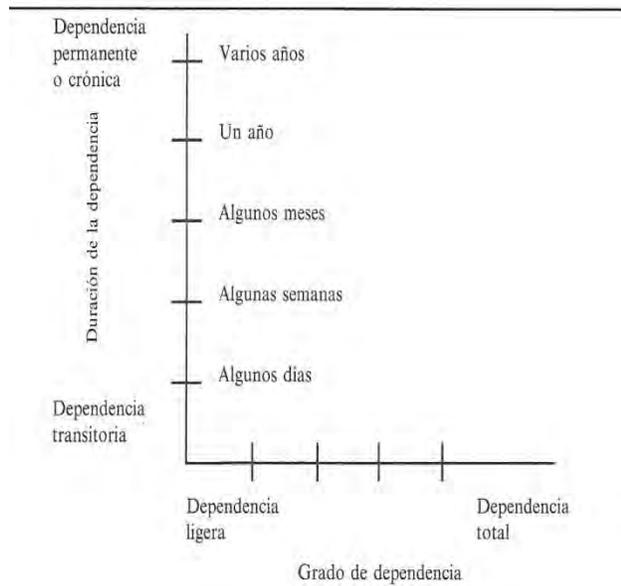
#### Exploración de la necesidad

## FUENTES DE LA DIFICULTAD (fuerza, conocimiento y voluntad)

### Diagnósticos de Enfermería

- 1.
- 2.

### Comentarios:



### ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INFANTIL  
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

#### Consentimiento Informado para estudio de caso

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

\_\_\_\_\_, cuyo objetivo principal es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento.

Los procedimientos consisten en: \_\_\_\_\_ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

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

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

#### Testigos

Nombre. _____	Nombre. _____
Firma. _____	Firma. _____
Domicilio. _____	Domicilio. _____

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

## Precauciones.

Evitar cambios bruscos de temperatura

Evitar exponer al bebe con personas enfermas.

Prevenir el suministro de oxigeno para evitar que se quede sin aporte.

## Medidas de Alarma.

Acudir al hospital más cercano en caso de:

Dificultad respiratoria acentuada, respire muy rápido, se queja al respirar, presente sudoración y/o su piel se ponga morada.

Fiebre continua que no se quite con el baño o medicamento.

Que se encuentre muy dormido que difícilmente despierte.

Presencia de sangrado por boca, evacuación u orina.

Que vomite continuamente, presente distensión abdominal o no evacue por más de 2 días.

Que no orine por más de 12 horas, ojos hundidos, llanto sin lagrimas.

Presencia de crisis convulsivas.

# ANEXO 4

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Especialidad en Enfermería Infantil

## CUIDADOS EN LA BRONCODISPLASIA



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA  
UNAM



## BRONCODISPLASIA PULMONAR

Es una complicación respiratoria crónica frecuente en los recién nacidos prematuros predispuesta por factores como la inmadurez pulmonar y la exposición prolongada al oxígeno, que ocasiona daño en la estructura de las vías respiratorias bajas.



### Signos y Síntomas

Se presentan datos de dificultad respiratoria que se pueden observar a simple vista como:

Hundimiento profundo del pecho para poder respirar y marca profunda de las costillas.



Además de silbido o ronquera al respirar además de coloración morada en labios y manos si no tiene oxígeno suplementario.

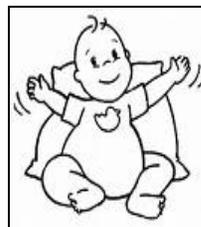
### Cuidados en casa:

La necesidad de respirar es la más afectada por lo que se recomienda:

Mantenerlo siempre con su oxígeno por puntas nasales a 1 litro por minuto.

Mantener el borboteador siempre con agua arriba del nivel mínimo para que el oxígeno salga húmedo y no seque las vías respiratorias.

La posición del bebe siempre debe ser semisentado en un ángulo de 30° para que respire mejor..



Movilizar al bebe mínimo cada 2 horas a los lados.

El oxígeno es altamente inflamable por lo que es necesario mantenerlo lejos de áreas donde exista combustión (como la cocina).



Su nutrición se ve severamente afectada por la gran energía que necesita para poder respirar por lo que es importante:

Continuar con la formula indicada por el nutriólogo con un horario estricto cada 3 horas.

No iniciar otro tipo de alimento hasta que no sea indicado.

Preparar la fórmula con agua hervida vertiendo primero las medidas del polvo y después el agua hasta la medida indicada.

