



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO:

LACTANTE MENOR CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
TERMORREGULACION.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERIA INFANTIL PRESENTA:
LIC.MARIA GUADALUPE JIMENEZ ZAMORA

ASESORADO POR:
MTRA. MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA



MEXICO DF.

2010



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.

AGRADECIMIENTO

He llegado al final de una meta y en mi han quedado marcadas huellas profundas de éste recorrido como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por el apoyo moral y estímulos brindados con infinito amor y confianza y por infundir en mi, ese camino que inicio con toda la responsabilidad que representa el término de mi especialidad:

Mami GUILLE por tu mirada y aliento.

Papi GERA por tu trabajo y esfuerzo.

HERMANOS por su alegría.

Maestros por sus palabras y sabios consejos; por ello y más mi trofeo es también vuestro. "MIL GRACIAS"

EEI. MARIA GUADALUPE JIMENEZ ZAMORA

INDICE

I INTRODUCCION.....	1
II OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	2
III SELECCIÓN Y DESCRIPCION DEL CASO.....	3
3.1 Ficha de Identificación.....	4
3.2 Motivo de Consulta.....	4
3.3 Descripción del caso.....	4
3.4 Antecedentes familiares no patológicos.....	4
3.5 Antecedentes familiares patológicos.....	4
3.6 Antecedentes personales patológicos.....	4
3.7 Antecedentes personales no patológicos.....	4
3.8 Problema de internamiento.....	5
3.9 Mapa familiar.....	6
3. 10 Dinámica familiar.....	7
3.11 Valoración Física.....	8
IV FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	
4.1 Antecedentes (estudios relacionados).....	10
4.2 Enfermería como profesión.....	14
4.3 Paradigmas.....	15
4.4 Virginia Henderson	17

4.5 Filosofía de Virginia Henderson Virginia Henderson.....	18
4.6 Necesidades básicas.....	22
4.7 Proceso de enfermería.....	27
4.8 Relación del Proceso de Enfermería y Filosofía de Virginia Henderson.....	50
Consideraciones Éticas.....	52
DAÑOS A LA SALUD (fisiopatología).....	59

Concepto

Tipos

Síntomas

Diagnostico

Complicaciones

Hidrocefalia a presión normal

Manejo de Catéter interventricular

V METODOLOGIA

VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Valoración de Enfermería.....	63
Jerarquización de necesidades.....	65
Plan de intervenciones.....	72

Diagnósticos

Objetivos para el paciente

Intervenciones de enfermería
Fundamentación de las intervenciones
Evaluación de las intervenciones

VII PLAN DE ALTA.....	105
VIII CONCLUSIONES.....	108
Sugerencias.....	109
IX BIBLIOGRAFIA.....	110
X ANEXOS.....	112

INTRODUCCIÓN

Debido a que enfermería va progresando hacia un desarrollo integrador y que forma parte de un conocimiento y tecnología sobre el cuidado para dar una mejor atención a la persona, familia y comunidad; se ha hecho importante tener una especialización en enfermería como parte de una disciplina independiente.

El presente estudio de caso de la especialización de enfermería infantil con el uso de una metodología como proceso de aprendizaje del cuidado holístico, en un marco adoptado a la filosofía de Virginia Henderson, se enfoca en un paciente lactante menor del servicio de Neurocirugía en el Instituto Nacional de Pediatría teniendo como priorización la insatisfacción de la necesidad de termorregulación. Este está integrado de acuerdo al proceso enfermero, utilizando un método sistemático y organizado que contiene:

Una valoración realizada en base a una historia clínica de enfermería con la recolección de información objetiva y subjetiva del niño, así como una valoración física y datos relevantes sobre el caso.

Detección y jerarquización de necesidades insatisfechas, planeando objetivos bien delimitados para cada uno de los problemas encontrados.

Realización de Diagnósticos como respuesta a un problema que concierne a su Salud física, psicológica, social o espiritual. Seguido de una planificación de intervenciones específicas y organizadas para cada alteración encontrada.

Se describe la ejecución de las intervenciones de enfermería realizadas. Así mismo la evaluación en relación a todo el proceso de enfermería en donde se describe el nivel de dependencia alcanzado por el niño.

En la última parte de este trabajo se enuncia el plan de alta en donde se le dan las recomendaciones pertinentes al cuidador primario después del egreso hospitalario incluyendo plan de medicamentos, cuidados específicos, continuación de la consulta externa y la rehabilitación física.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de caso de un lactante menor con alteración de la necesidad de termorregulación basada en la Filosofía de Virginia Henderson utilizando como herramienta la metodología del proceso de enfermería, en el Instituto Nacional de Pediatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valorar las necesidades básicas en un lactante menor del servicio de neurocirugía con padecimiento de Hidrocefalia a través del método clínico para identificar las necesidades alteradas y sus manifestaciones de dependencia.
- Elaborar diagnósticos de enfermería real, potencial y de bienestar de acuerdo a la valoración realizada, utilizando el formato PES.
- Elaborar un plan de intervenciones especializadas que contribuyan al bienestar físico, emocional y espiritual de Alexis.
- Realizar intervenciones de enfermería que describan el rol de enfermería encaminados a la autonomía profesional.
- Evaluar el logro y la independencia alcanzada de acuerdo a los cuidados de enfermería y resolución de problemas detectados.
- Proporcionar un plan de alta con la finalidad de brindar continuidad al cuidado que contribuya a mejorar el estado de salud de Alexis.

III SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

B.L.ALEXIS masculino de dos meses dos días, mexicano, nació el 27 de febrero del 2008, con domicilio en Xochimilco Fco. Javier Mina Tepepan número 16020, casa prestada, habitan cuatro personas, con todos los servicios intra y extra domiciliarios, padre de 32 años de edad con secundaria incompleta, su ocupación artesano no cuenta con seguridad social, madre Sandra de 31 años secundaria incompleta se dedica al hogar.

Tel.: 55553408

F. Ingreso al INP: 29/04/08

DX Neuroinfección más Hidrocefalia.

SEGUIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

29-04-08	Neuroinfección por neumococo Hidrocefalia secundaria
29-04-08	Ventriculotomía precoronal
1-05-08	Ventriculitis por enterobacter Cloacae
4-05-08	PO Catéter central
9-05-08	Recolocación de ventriculostomía
10-05-08	Recolocación de ventriculostomía
12-05-08	Recolocación de ventriculostomía
4-05-08	Colocación de catéter subclavio
7-06-08	Retiro y colocación de ventriculostomía precoronal derecha
1-07-08	Gastroenteritis probable etiología infecciosa Desnutrición crónica agudizada
7-08-08	PO Colocación de sistema de derivación ventrículo peritoneal.

DATOS DE IDENTIFICACION

B. L. ALEXIS

SEXO: MASCULINO

FN: 27/02/2008

EDAD: 7 MESES

PROCEDENCIA: DF

PESO: 6,950 KG

CARACTERISTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Alexis fue producto de GIII por cesárea a las 34 SDG por ruptura prematura de membranas de 14 horas de evolución, peso 2,160 Kg. talla de 45 cm ignora apgar, respiro y lloro espontáneamente al nacer.

Su desarrollo de acuerdo a la edad; al mes come sin atragantarse, existe contacto visual, e intentaba enderezar la cabeza a los 2 meses.

Vacunado de acuerdo a edad, BCG y SABIN pero no muestra cartilla, Quirúrgicos, oncológicos, alérgicos, Negados.

ANTECEDENTE FAMILIARES PATOLOGICOS

Abuela diabética, resto interrogado y negado

ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS

Originarios del DF, habitan casa prestada de material perdurable, con cuatro cuartos (cocina, baño, y dos habitaciones), todos los servicios intradomiciliarios (luz, drenaje, agua, teléfono etc.) y extra domiciliarios, calle pavimentada, lámparas y transporte (microbús), zoonosis negativa, alimentación tres veces al día, papillas de frutas y verduras todos los días complementando con leche, baño diario y cambio de ropa.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

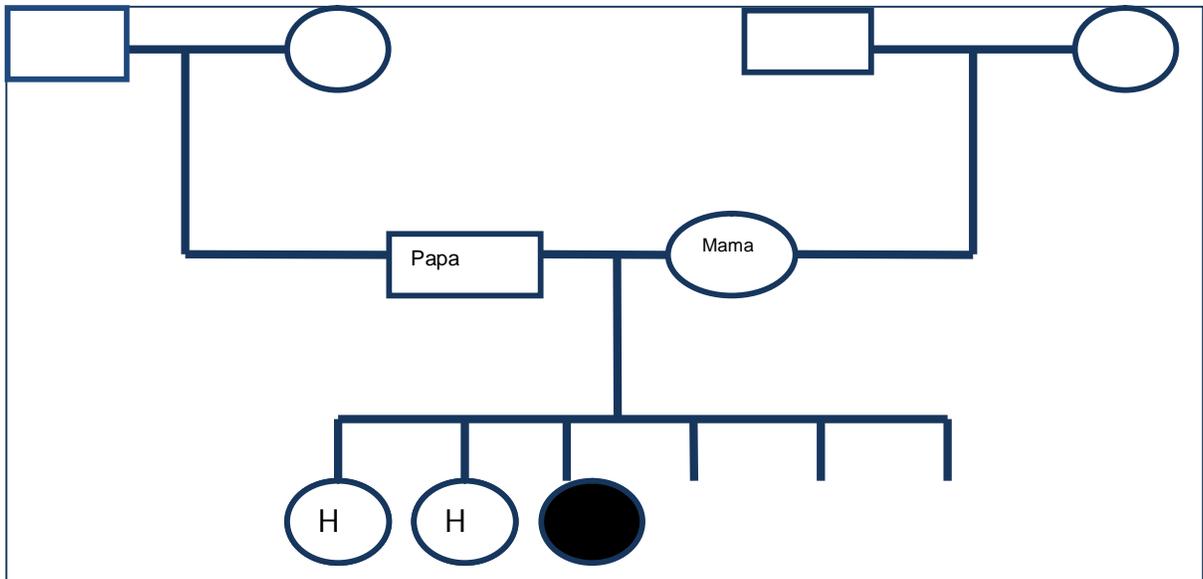
Hospitalización durante 8 días después de nacimiento con tratamiento antimicrobiano.

PROBLEMA O MOTIVO DE INTERNAMIENTO

7/08/08 Inicia con problemas irritabilidad, rechazo al alimento y vomito en proyectil en 4 ocasiones, refiriendo la madre además que curso con incremento de PC aproximadamente de 2 cm con fontanela anterior abombada por lo que decide traerlo a recibir atención médica de urgencias; en la pre-hospitalización se recibe a los 7 meses corroborando los datos de: irritabilidad, somnolencia, fontanela abombada y tensa, entre otro datos con buena coloración, hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible, con extremidades con tono y fuerza respetadas sin datos de focalización o lateralización, pulsos presentes llenado capilar al seg., se realizan exámenes paraclínicos y TAC de cráneo simple para valoración por cuadro de hidrocefalia aguda y valorar sitio de colocación de válvula, Se realiza intervención quirúrgica de urgencia.

Se recibe de quirófano en el servicio de neurocirugía lactante menor en buenas condiciones, generales, hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, herida quirúrgica limpia sin datos de sangrado, neurológicamente integro: sin depresión de estado de alerta, pupilas simétricas, normoreflexicas.

Mapa Familiar.



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades
Mama	31	Femenino	Sec. incompleta	Mama	Ninguna
Papa	32	Masculino	Secundaria incompleta	Papa	Ninguna
Marco	12	Masculino	Secundaria	Hermano	Ninguna
Luis	11	Masculino	Sexto primaria	Hermano	Ninguna

Paciente



DINAMICA FAMILIAR

La familia es nuclear, se encuentra integrada por mama, papa y dos hermanos; uno actualmente se encuentra cursando la primaria y el otro la secundaria. El papa va a visitar a Alexis por las tardes ya que trabaja por la mañana, mama está con el niño por las mañanas. Los dos se han intercalado para cuidar a Alexis, sus redes de apoyo han sido médicos de la familia que han orientado en todo momento.

Sus hermanos quieren mucho a Alexis y el se tranquiliza mucho al estar con ellos, le gusta mucho la música y todos jugaban con el cuando estaba en casa después de su primera hospitalización. La situación para la mama es muy complicada ya que tiene que dejar a sus otros hijos durante el día para estar en el Hospital con Alexis y la verdad también le preocupa dejarlos, sobre todo al niño de la primaria.

VALORACION FISICA GENERAL

Lactante menor masculino de 7 meses, somnoliento responde a estímulos, Glasgow de 10 puntos, PESO: 6,950KG, PA: 39, PC: 47, T/A 169/77, FR 65x', FC 162 x', SATO2 80% posterior 89% con oxígeno.

Cráneo asimétrico PC de 47cm, válvula recolocada del lado derecho fontanela anterior abombada, heridas quirúrgicas limpias y cubiertas cabello con buena implantación, presencia de red venosa.

Cara bien alineada con facies de irritabilidad, ojos en puesta de sol, nistagmus, pupilas isocóricas con respuesta lenta a la luz, tabique nasal bien alineado y sin desviaciones, cavidad oral con presencia de incisivos y pequeña lesión en la lengua por roce con dientes, buena implantación de pabellones auriculares, oídos permeables membranas timpánicas sin alteraciones.

Piel con presencia de dermatitis por contacto por el benjuí, extremidades superiores multipuncionadas con presencia de hematomas, extremidades inferiores con piel marmórea, enrojecimiento en puntos de presión (talones), con valoración de escala de Braden de 13 puntos.

Cuello cilíndrico, céntrico, tiroideos y ganglios linfáticos normales, tráquea central desplazable sin dolor, no masas palpables, pulsos presentes.

Tórax anterior simétrico, colocación de catéter subclavio derecho, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.

Tórax posterior Columna vertebral en línea media, Campos pulmonares sin ruidos agregados, con presencia de leve tiraje intercostal y retracciones xifoideas, Silverman de 2 puntos, SAO2 80% sin oxígeno y 89% con oxígeno, llenado capilar al seg.

Extremidades: Superiores Integras, presenta espasticidad e hiperreflexia, además de empuñamiento de manos.

Abdomen blando depresible con peristalsis disminuida, sin presencia de visceromegalias.

Genitales: De acuerdo al sexo, Tanner 1, testículos descendidos en bolsa escrotal.

Extremidades Inferiores: en posición de tijera con espasticidad e hiperreflexia, piel marmórea, piel enrojecida por presión en talones de 3cm de diámetro.

VALORACION NEUROLOGICA

Lactante menor masculino de 7 meses, somnoliento, Glasgow de 10, con facies de irritabilidad, llanto a la manipulación, dentro del campo visual ojos con presencia de nistagmus en puesta de sol, pupilas isocóricas con respuesta lenta a la luz, en la amplitud de movimientos oculares sin respuesta, al presentar sonidos no se encuentra respuesta a ellos, extremidades superiores con espasticidad e hiperreflexia, presencia de empuñamiento de manos, extremidades inferiores en posición de tijera.

VALORACION DE VANEDELA

Se realiza la valoración según esta escala entre los 4 y 8 meses donde se observa en cuanto a la alimentación no come solo, existe un rechazo al alimento, mantiene empuñamiento de manos no es capaz de sostener objetos en la mano, no hay encuentro visual con el cuidador primario, a la presencia de objetos no hay un seguimiento de este, con disminución de sostén cefálico, tampoco fuerza en los brazos para realizar enderezamiento, no vocaliza; solo existe llanto.

IV FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

ANTECEDENTES

Se realizo una búsqueda de fuentes primarias y secundarias que sustentaran el estudio de caso, para ello se incluyeron 8 artículos que se encontraron de interés:

LA REVISION SISTEMATICA DEL MANEJO DEL NIÑO CON FIEBRE

Realizada por Margaret Graham en el 2004 muestra: La evidencia sistemática la cual informa de la efectividad de la administración del paracetamol y de las medidas directas para reducir la fiebre. Se sugiere que exista un beneficio clínico mínimo de aplicación de la técnica de esponja como rutina en los climas templados. Solo se observaron pequeños descensos de la temperatura, a menudo a costa de la comodidad del niño. Sin embargo en algunas circunstancias, tales como temperaturas ambientales elevadas y humedad, o en situaciones donde se necesita la reducción de la temperatura de manera inmediata, la técnica esponja puede estar justificada.

Este artículo fue de gran importancia para mi estudio de caso ya que maneja una evidencia del tratamiento de la fiebre el cual debe individualizarse y basarse en conocimientos actuales sobre efectividad y riesgos derivados de las intervenciones. Los cuidados de enfermería deben centrarse en el niño y en los padres no en el termómetro. Centrar los cuidados en la educación del cuidador primario es particularmente importante ante el incremento de los niños atendidos de manera ambulatoria.¹

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

El conocer las características epidemiológicas y clínicas, así como la evolución de la enfermedad invasiva en la población infantil de la Comunidad Valenciana articulo de M. Goecochea; fue muy importante ya que durante el período estudiado en este, la infección neumocócica se presento sobre todo en los niños menores de 2 años, así como en los mayores de esta edad con antecedentes de problemas de salud. En estos últimos se ha encontrado una mayor mortalidad. Por ello sería conveniente introducir la enfermedad neumocócica en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, lo que nos permitiría disponer de estimaciones más precisas de su evolución y valorar si la vacuna es la solución a los problemas que plantea esta bacteria en la actualidad. Ya

¹ Margaret Graham, [Nursing Management of Fever in Children](http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php). The Johanna Briggs Institute, No5, Vol.5, 2004, pg. 6
<http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php> (pp.5)

que la infección por neumococo es una de las causas de una neuroinfección.¹

LA DISFUNCION DEL SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL: IMPLICACION DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Luque Oliveros nos habla de la función de los profesionales facultativos de enfermería en un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, que es prioritario para la rapidez de la resolución de los pacientes que acuden con distintas patologías. En este caso la demora del tratamiento de una hidrocefalia que puede desembocar en la muerte de un paciente. Por ello, en el Hospital Virgen del Rocío, se centran en la preparación diaria a través de sesiones clínicas y el esfuerzo personal. Ya que se requiere un alto nivel de formación para prestar asistencia hospitalaria en una unidad como su propio nombre refleja: Servicio de cuidados críticos y urgencias.³

EFFECTOS DEL MASAJE EN EL RECIÉN NACIDO Y EL LACTANTE

Desde siempre se ha sabido que la interacción madre-hijo ha sido fundamental para el neurodesarrollo de los niños y este estudio es un claro ejemplo de ello, por eso importante comprender un poco más este proceso y determinar el efecto del masaje en el lactante. Sobre todo debido a que sus resultados fueron: mejor ganancia de peso, mejor desarrollo neurosensorial, periodos de alerta prolongados, aumento del tono vagal y motilidad gástrica, efectos analgésicos. También, mejor organización del sueño, disminución de hormonas del stress y recepción precoz de alimentos por vía oral, menos días de hospitalización y se observó una interacción madre hijo positiva. Demostrando así que el masaje infantil tiene múltiples beneficios para el niño, su madre y su interacción.⁴

LOS CUIDADORES FAMILIARES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DE GRANADA

La hospitalización afecta a la dinámica de las relaciones familiares y obliga a cambios en la representación de los roles habituales. El papel de los cuidadores adquiere toda su relevancia en la medida que satisfacen las necesidades del enfermo. Debido a ello este estudio se hace relevante para el cuidado de Alexis ya que esta dada principalmente por el cuidador primario y por ello se hace

² M. Goicoechea Sáez. Enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de la Comunidad Valenciana Gaceta Sanit v.17 n.6 Barcelona España nov.-dic. 2003

³ Luque Oliveros M. La disfunción del sistema de derivación ventriculoperitoneal: implicación de enfermería de urgencias. Enfermería Global No 15, febrero del 2009, pp. 1-18.

⁴ Márquez Duran F. Efectos del masaje en el recién nacido y lactante. Índice de enfermería, Vol. 16, Santiago Chile, 2007.

necesario establecer un nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores, además de reconocer su presencia y actividad dentro de la institución sanitaria.⁵

CÓMO AFRONTAR MEJOR LAS PÉRDIDAS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Astudillo en su artículo nos dice: Las crisis son parte de la vida. Para afrontar una pérdida es necesario crear un espacio para la renovación realista que pase por el reconocimiento del problema y de nuestras propias fuerzas. Sólo cuando las expectativas acerca de nosotros mismos y de los demás se acerquen a la realidad, nos desilusionaremos con menos facilidad y quedaremos más satisfechos. Necesitamos aceptarnos tal como somos, sujetos perfectibles que podemos mejorar con la adquisición de buenos hábitos como el humor para tomarnos menos en serio algunas de nuestras cosas, la aceptación de la ayuda de otros para evitar el aislamiento y el cultivo de una red social de apoyo, porque los índices de enfermedad aumentan cuando el hombre se ve privado de la compañía de sus familiares y amigos. Los que han pasado por una crisis, particularmente por un duelo, ven la vida de otra forma, sienten que deben procurar vivir el presente de la mejor manera posible, cultivar la amistad y los afectos porque en la aflicción éstos no sólo previenen y amortiguan su impacto, sino que son su principal tratamiento.⁶

EL CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL

En el ejercicio de las profesiones sanitarias siempre ha habido quienes creían que lo importante era tratar a todos los pacientes hasta sus últimas consecuencias, pero también quienes han defendido que lo importante era tratar y cuando esto no era posible, cuidar a las personas hasta el final. Entre éstas se encontraba Cicely Saunders, fundadora del movimiento de los *hospicios*. Ella defendía que en la fase terminal de la enfermedad, cuando el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor y por lo tanto, muy impactante también para la familia y el equipo que le trata, el objetivo debe cambiar y ser sustituido por el cuidado como única meta. Ese cuidado debe virar hacia proporcionar confort al enfermo y a la familia. Porque en esta fase, cada acción positiva realizada sobre uno de ellos es tomada como algo también positivo por el otro.

⁵ Quero Rufian A. Los cuidadores, familiares, en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada, *Índex de Enfermería*, Vol. 14, No 48-49 2005.

⁶ Astudillo W. Como afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos. *Revista Sociedad Española del dolor*, Vol. 14, octubre 2007.

El equipo salud debe transformarse en un equipo cuidador. El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que debemos tener los cuidadores durante la fase final de la vida.⁷

SERVICIOS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL DOMICILIO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS

Los servicios de enfermería especializada en el domicilio para niños y adolescentes con enfermedades agudas y crónicas pueden potencialmente reducir el ingreso y la estancia hospitalaria, mejorar la asistencia sanitaria en la comunidad y reducir el estrés para las familias en el momento de la enfermedad de sus hijos. Según lo que Buisan nos comenta en su valioso documento el cual da pauta a un objetivo más de la enfermería especializada“.⁸

⁷ Buisan D., Cuidados del paciente Terminal, Sist. San. Navarro, Vol. 30, Madrid 2007

⁸ Cooper C, Servicios de Enfermería Especializada en el Domicilio para niños y adolescentes con enfermedades Agudas y crónicas. Cochrane No 1 2010. www.biblioteca-cochrane.com

ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

En los últimos años, la Enfermería profesional ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica, ha comenzado a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas; a fomentar el desarrollo académico de las personas que ejercen en el ámbito profesional; a aplicar su propia teoría a la práctica y a utilizar ésta para enriquecer aquella. Si bien, los progresos realizados para alcanzar el control sistematizado de su propia experiencia han sido lentos y aún no se ha logrado de forma definitiva, sí ha empezado a surgir una imagen clara de desarrollo científico que esta profesión debe alcanzar.

Entre las numerosas definiciones de enfermería que existen, quizás la más conocida y citada deba su origen a *Virginia Henderson*,⁹ al afirmar que "La función singular de la Enfermería es asistir al individuo enfermo o sano en la realización de actividades que promuevan la salud o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia con la mayor brevedad posible".¹⁰

CORRIENTES DEL PENSAMIENTO

Kerouac y colaboradores en el pensamiento enfermero plantean las grandes Corrientes de pensamiento, o maneras de comprender el mundo, llamados paradigmas por Kuhn y Capra. Estos pensadores han precisado tres paradigmas dominantes del mundo occidental, que han influido en todas las disciplinas, incluida enfermería.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACION

Se sitúa entre 1850 y 1950. Este paradigma ha inspirado dos orientaciones enfermeras:

- Centrada en la salud pública, en el entorno de las enfermedades transmisibles.
- Centrada en la enfermedad.

⁹ Feliú B. y Estrada R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. La Habana: Editorial WALSDUD; 1997, http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm.

¹⁰ Duran E M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. Rev. Role de Enferm 1999; 22(4): 45-9., http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

La salud se entiende como la ausencia de enfermedad. Los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica. La intervención hacer para el control de la enfermedad mediante procedimientos y tareas delegadas.

PARADIGMA DE LA INTEGRACION

A partir de 1950, esta nueva corriente de pensamiento ha inspirado la orientación hacia la persona. Intervenir significa actuar con la persona. El cuidado va dirigido a mantener la salud en todas sus dimensiones: físicas, mental y social.

La salud y enfermedad son entidades distintas que están en interacción dinámica. El entorno interactúa con la persona en forma de estímulos positivos o negativos. El paciente pasa a ser cliente.

La enfermera incorpora conceptos como globalización, necesidades y relación de ayuda. Adopta un proceso sistemático, basado en un modelo conceptual que transforma la actividad enfermera hacia el ser humano entendiendo como un todo integrado en su contexto.

Se produce el reconocimiento de una disciplina enfermera, distinta de la disciplina médica y se inician los conocimientos propios aplicados a la practica.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACION 1975.....

El paradigma dominante en la actualidad, es el de transformación, ya que es base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Intervenir significa estar con la persona. El cuidado va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define.

La enfermera le acompaña en sus experiencias de salud, siguiendo su ritmo y su camino. Crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona, a la vez que ella desarrolla su propio potencial, en una atmosfera de mutuo respeto.

METAPARADIGMA

Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. El meta paradigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales de la meta paradigma enfermero son:

La persona.

El entorno.

Los cuidados enfermeros.

El concepto de salud.

SALUD:

Según la OMS es un estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición aporta elementos innovadores importantes ya que:

- Modifica el punto de vista tradicional que entendía la salud como la ausencia de enfermedad o lo contrario a la enfermedad e incorpora la idea de estado positivo, de bienestar.
- Ofrece una visión holística, global e integral de la salud al establecer que es un estado que depende de factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales reflejando el interés como persona que funciona a todos los niveles.
- El nivel de salud no es un estado absoluto, sino un proceso dinámico y continuo de adaptación del individuo al entorno físico y social que lo rodea para mantener su bienestar. Es un modo de vida a través del cual la persona desarrolla todas sus capacidades y potencialidades físicas, mentales y sociales con el fin de conseguir la armonía, el bienestar.
- Multidisciplinar dada su complejidad, en el logro de la salud resulta necesaria la participación de múltiples disciplinas en las que se encuentra enfermería.
- Es una cualidad imposible de medir, una percepción individual que esta en relación con el entorno, no solo con influencias medioambientales, sino también con otras personas: familia, compañeros de trabajo, amigos.

PERSONA

Desde una perspectiva enfermera deben estar presentes los conceptos de:

- Holísmo: Entender a la persona como un todo formado por componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, unificando todas las partes de modo que el desequilibrio de una afecte a todo el individuo.

- Individualidad: Cada individuo es un ser único y diferente, no solo por su herencia genética, sino por sus expectativas vitales y sus interacciones con el entorno.
- Homeostasis: Tendencia del cuerpo a mantener un estado de equilibrio a la vez que cambia continuamente mediante mecanismos autorreguladores y compensadores. Afecta tanto la dimensión fisiológica como psicológica.

ENTORNO

Son las variables que influyen sobre el estado de salud de la persona, sobre sus creencias, sus conductas y sus prácticas saludables estos pueden ser externos o internos.

- Factores internos:

Biológicos: raza, sexo, herencia genética, edad, etapa de desarrollo.

Psicológico: Emociones y auto concepto.

Cognitivos e intelectuales: valores, estilo de vida, creencias religiosas.

- Factores externos:

Dimensión cultural, el entorno físico y geográfico, el nivel de vida, las redes de apoyo familiar y comunitario.

CUIDADO

Es una actividad ligada a la supervivencia de los seres vivos. Representa un conjunto de actos cuya finalidad es conservar la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida. Son acciones:

- Programadas.
- Integrales, individualizadas, holísticas.
- Dirigidas al individuo sano o enfermo, familia y comunidad.¹¹

¹¹ Almazar Martínez P. Metodología de los cuidados de Enfermería, 1era edición, edit. DM, Murcia 1999.

VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hammer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto, contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

FUENTES TEÓRICAS:

En The Nature of nursing identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra:

ANNIE W. GOODRICH: Era decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

CAROLINE STACKPOLE: Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

En 1988 recibió de la Asociación Americana de Enfermería (ANA), una mención especial por sus contribuciones a la investigación, formación y profesionalidad en enfermería a lo largo de su vida.

Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Inicialmente lo que llevo a Virginia Henderson a realizar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaban insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesada en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años en enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial-para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se da en una publicación de 1956 en el libro *the nature of nursing*, en el que define la función propia de enfermería de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.¹²

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo 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 ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Según el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son:

***Necesidad fundamental:** Necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico social y espiritual y de asegurar su desarrollo.

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.

¹² Cárdenas Jiménez M, *Antología De Teorías Y Modelos De Enfermería*, UNAM posgrado, 1 era edición, junio 2006 pp.206/208.

*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. El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual. Cuando se trata de un enfermo, consiste en satisfacer por sí mismo cualquiera de sus necesidades. Virginia Henderson ha escrito que toda persona tiende a la independencia y la desea. Para convertirse de ello, basta ver a un niño pequeño que se desarrolla normalmente como exige que lo dejen comer o andar solo, o considerar al adolescente que reclama su independencia a voz en grito. E. Deci y R. M. Ryan (1987, p, 1024-1037) escriben, por otra parte, que el desarrollo humano se caracteriza por un movimiento continuo hacia una mayor autonomía. Este movimiento depende del desarrollo progresivo de la persona y la lleva a intentar ser el principal agente causal de su comportamiento y no solo un peón que otros manipulan. Es pues, normal que la persona cuidada tienda hacia la independencia y la autodeterminación.

* 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 paciente.

Niveles de dependencia: Existen diferentes grados de dependencia /independencia. El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades. Estos niveles están divididos en 6 de los cuales existe un nivel 0 el cual es el de la independencia que representa dos aspectos: lo que la persona realiza por sí misma para satisfacer sus necesidades de modo aceptable y lo que realiza también de manera independiente, pero con la ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o de un tratamiento.

Los otros cinco niveles señalan lo progresivo de la dependencia de la persona, que va desde la prestación de una pequeña ayuda a que otra persona tenga que encargarse por completo de ella.¹³

¹³ Phaneuf M. La aplicación de los cuidados enfermeros, editorial Mc. Graw Hill Interamericana, México 1999 pp. 15-18

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA				
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por sí misma sus necesidades de modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

* 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.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción de la filosofía de Virginia Henderson.

V. Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Paciente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y apartar 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 un componente biológico, psicológico, sociocultural y espiritual, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento las cuales son:

NECESIDADES BASICAS

1.- Necesidad de respirar.

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2.- Necesidad de beber y comer.

Es la ingestión y absorción del agua y nutrientes necesarios para la vida. Para que una persona funcione en su nivel óptimo, debe consumir las cantidades adecuadas de alimentos que contengan nutrientes esenciales para la vida humana.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

3.- Necesidad de eliminar

Es la necesidad de expulsión de las sustancias nocivas o inútiles producidas por el metabolismo o por ciertas funciones: eliminación urinaria intestinal, sudor, lágrimas, menstruación y loquios.

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.¹⁴

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Esta dada por el sistema neuromuscular el cual permiten el cambio de posición del cuerpo y de los miembros así como una buena alineación de los segmentos corporales, aunando a esta la circulación y glucosa que se convierte en energía por medio del ciclo de creps.

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5.- Necesidad de dormir y descansar.

Es la suspensión de las actividades y del estado de conciencia que permite recuperar las fuerzas del organismo.

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.

Necesidad del ser humano que da protección del cuerpo con vestido, calzado etc., en función del clima, de las normas sociales y del propio pudor.

¹⁴ Ibidem pp. 31-37

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Es una actividad dada por el hipotálamo donde se trata de que el cuerpo mantenga el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Aplicación de los cuidados de higiene esenciales para la salud, atención a la apariencia personal y preservación de los tejidos que recubren el cuerpo.

Términos que debemos valorar: faneras, tegumentos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9.- Necesidad de evitar los peligros:

Donde todo individuo debe protegerse contra las amenazas, las agresiones, negligencias a fin de mantener la integridad física, social, psicológica y espiritual.

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10.- Necesidad de comunicar:

Todo individuo debe mantener relación con los demás. Comunicarse es un proceso dinámico y verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Actitud de fe, practicas de valores religiosos o de una filosofía de vida.

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral religión, ritual espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse:

Todo individuo debe tener una actividad o empleo del tiempo de forma eficaz y enriquecedora, para un desarrollo personal y una capacidad de autonomía.

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y Crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13.- Necesidad de recrearse:

Es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14.- Necesidad de aprender:

Es donde el ser humano debe adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de nuevos comportamientos.

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

El paciente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de

dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.¹⁵

¹⁵ [El modelo conceptual en cuidados de enfermería pp18-22 www.cuidadosdeenfermeria_virginia Henderson.htm/](http://www.cuidadosdeenfermeria_virginia.com/Henderson.html)

PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero es el método que aplica la base teórica al ejercicio de la profesión, sirve de guía para el trabajo práctico permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones; proporciona las bases para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los individuos, la familia y la comunidad, exige del profesional capacidades consultivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos.

Los objetivos del proceso enfermero se encaminan a cambiar el modelo de actuación de la Enfermería de un modelo automático a uno responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda calificada, lo que mejora la calidad de la atención de manera personalizada.

El modelo utilizado antes de aplicar el proceso enfermero se caracterizaba por cumplir solamente los tratamientos médicos (acciones dependientes), la insuficiente actuación de acciones interdependientes y nula actuación de acciones independientes. La palabra independiente ha sido interpretada como "no integración" al equipo de salud. Esta interpretación errónea debe ser combatida con fuerza, si se considera la realidad de que al paciente, además de aplicarle el tratamiento médico indicado debe brindársele confort, mostrar interés por sus problemas y preocupaciones y apoyarlo en todo momento que le haga falta.

Para lo anteriormente expuesto es necesario que el personal de Enfermería desempeñe el papel que le corresponde, con la consecuente incorporación de los valores humanistas e integrales de su profesión. La Enfermería se nutre de otras ciencias y acumula habilidades, experiencias e información alrededor del trabajo en cualquier medio, especialmente en la comunidad, lo que la convierte en un ente transformador y útil dentro del grupo de trabajo.¹⁶

¹⁶ Duran E M. *La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad*. Una reflexión desde la ética. Rev. Role de Enferm 1999; 22(4): 45-9.http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

CARACTERISTICAS:

- Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y valuación.
- Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico total e integrado (que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar).
- Es intencionado porque se centra en el logro de los objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el del propio enfermero.
- Es dinámica por ser sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y es
- Interactivo por requerir de la interacción humano/ humano con los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Las etapas del Proceso Enfermero son:

VALORACION

Esta fase empieza con la recopilación de aquellos datos del paciente que implican acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería que es una exposición del problema que aqueja al paciente.¹⁷

El primer paso para valorar es recoger información. La recogida de datos se inicia en el primer contacto con el paciente y es un proceso dinámico y continuo que prosigue durante todo el tiempo que se mantiene la relación de cuidados, ya que cualquier situación puede cambiar en poco tiempo y en consecuencia, pueden surgir nuevos datos y nueva información.

Para que sea efectiva debe ser:

- Completa: con todos los datos relevantes
- Sistemática: metódica

¹⁷ Ann Marriner, Proceso de atención de enfermería un enfoque científico, Edit. Manual moderno, Edición primera, México 1983.

- Ordenada: siguiendo un orden.

1. - RECOGIDA DE DATOS

TIPOS DE VALORACION

1. **VALORACIÓN INICIAL:** Se realiza durante la primera entrevista con el paciente y constituye el punto de referencia para conocer a la persona y su situación actual antes de iniciar la intervención. Esta se puede organizar en torno las 14 necesidades de Virginia Henderson, sus interrelaciones y los factores que influyen en cada una de ellas.

El objetivo es:

Conocer hábitos y comportamientos de salud

Determinar las capacidades y recursos de la persona y su entorno que puedan ser utilizados en la planificación de intervenciones.

Identificar los factores individuales (psicológicos, socioculturales y espirituales) que aumentan el riesgo, contribuyen o son la causa de un problema.

2. VALORACION FOCALIZADA

Consiste en reunir información sobre un aspecto concreto de la situación del paciente o bien para determinar el estado de un problema, es una búsqueda centrada en una dirección determinada con el fin de confirmar o descartar un problema, valorar el estado y los cambios del estado de salud.

TIPOS DE DATOS

SUBJETIVOS Son los datos no visibles como sentimientos, opiniones, valores, creencias, actitudes, percepciones o emociones.

OBJETIVOS Datos observables, medibles y cuantificables por el profesional mediante la observación y la exploración física. Se puede ver, oír o sentir.

FUENTES

PRIMARIAS (directas)

El paciente y el cuidador primario, al entrevistarlos la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus pensamientos y sentimientos, su actividad diaria habitual y sus relaciones con la familia y así mismo el cuidador primario brinda esa información.

SECUNDARIAS (indirectas)

Familia: Se realiza un examen del hogar y de la comunidad esta completa la información especialmente en la situación en la que el paciente es niño, en estado de inconsciencia, demencia y desorientación.

Historia Clínica: Facilita informaciones complementarias pues contiene: los registros médicos que incluyen la Historia clínica, el informe de exploración física, el diagnóstico y pronóstico, el plan de tratamiento, las ordenes y las notas de evolución. Los registros médicos también incluyen los informes de estudios diagnósticos, interconsultas, el tratamiento e informes quirúrgicos. Registros sociales suelen incluir información tal como el número de miembros de la familia, ocupaciones e ingresos de la familia, seguro de vida y afiliación religiosa. Registros de desarrollo: antecedentes perinatales hasta la niñez temprana. Resultados de pruebas diagnósticas: son las pruebas diagnósticas que integran gran parte de la información objetiva y cuantitativa acerca del paciente.

Notas de enfermería las cuales deben contener comentarios precisos y objetivos acerca de las desviaciones del paciente con respecto a la conducta normal. Debe contener además, los signos y síntomas del paciente, modificaciones de su estado, sus reacciones a las pruebas y tratamientos, la educación que se logra impartir. Visitas de enfermería estas tratan de identificar los problemas que surgen durante los cuidados de enfermería.

Informes de cambio de turno: contienen un comentario sobre cada paciente.

Bibliografía: Las publicaciones, libros y revistas profesionales.

MÉTODOS DE VALORACIÓN

OBSERVACION

Percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad, es una actividad esencial para:

- Descubrir los cambios físicos y emocionales del paciente.
- Diferenciar lo importante de lo superficial.

Las características de la observación son:

- Selectiva: saber que buscar y buscar lo importante.

- Objetiva: Adecuación a la realidad, imparcial y fiable, independiente, sin que intervenga la subjetividad del observador.
- Ilustrada: debe partir de un cuerpo de conocimientos amplio y de un sistema de referencia que determine la información que hay que recoger.
- Ordenada: Lleva un orden lógico.

Esta se realiza a través de los sentidos como la vista, oído, tacto, olfato.

ENTREVISTA

Es una conversación dirigida entre dos personas con dos objetivos: dar y obtener información, se utiliza en todas las fases del proceso enfermero, su finalidad es:

1. Recoger información para identificar los problemas del paciente.
2. Iniciar la relación enfermera-paciente, creando un clima de confianza y respeto, una relación terapéutica.
3. Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
4. Motivar al paciente a participar activamente en todo el proceso de cuidados.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Antes de iniciar una entrevista, la enfermera revisa la información existente en la historia clínica diagnóstico y tratamiento médico, datos biográficos (edad, sexo, nombre, dirección, etc.). Posteriormente prepara un esquema de la información que debe obtener y programa el momento más adecuado para realizarla, en función de variables como el estado de bienestar del paciente.

Algunos profesionales prefieren los registros de entrevistas estructuradas en preguntas cerradas. Una entrevista no estructurada, con preguntas abiertas requiere más preparación para obtener la información necesaria en un tiempo razonable. La entrevista semiestructurada parece la solución intermedia y la más adecuada.

CARACTERISTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR

Desde la perspectiva de la relación asistencial, un buen entrevistador debe desarrollar habilidades como:

1. Empatía o capacidad para comprender los pensamientos y emociones de la persona y ser capaces de transmitírselo. Tiene una doble dimensión verbal y

no verbal, en especial no verbal, puesto que se trata de comprender sentimientos y emociones.

Los juicios de valor o las expresiones como “no pasa nada” o “eso le pasa a muchos”, indican el deseo de no hablar del tema y falta de interés, es decir, conductas poco empáticas.

2. Calidez de la relación entendida como la proximidad entre paciente y enfermera, como el clima que rodea el encuentro, expresada generalmente a nivel no verbal. La expresión facial relajada, cierta proximidad física o una mirada directa, son algunas de las formas no verbales que favorecen un ambiente cálido.
3. Concreción o la capacidad del entrevistador para conseguir una comunicación eficaz, utilizando un lenguaje claro de forma que ambos protagonistas saben de lo que hablan.
4. Respeto, considerado como la capacidad del entrevistador para transmitir al usuario que se interesa por su problema partiendo de la aceptación de sus creencias y valores. Supone ver a cada paciente como un ser único.

La entrevista es un proceso complejo con dos aspectos inseparables:

- Interpersonal

Por el que dos personas entran en relación, intercambian ideas, opiniones, y sentimientos.

- Técnico

El profesional utiliza sus conocimientos en la búsqueda de la información necesaria para identificar los problemas.

TECNICAS PARA ENTREVISTAR

El éxito de la entrevista depende, en gran medida, del tipo de preguntas utilizadas

-Las preguntas abiertas permiten respuestas largas, de varias palabras.

-Favorecen la comunicación y el dialogo entre enfermera y paciente, invitan a conversar, a descubrir, a profundizaren la percepción del cliente.

-Pueden descubrir el grado de importancia que da a un problema, o la falta de información sobre un aspecto concreto.

-Son muy útiles para iniciar la entrevista o cambiar de tema.¹⁸

LA EXPLORACION FÍSICA

Para que la valoración física sea completa debe ser ordenada. Se debe establecer el orden que le resulte más fácil de asimilar y mantenerlo siempre para reforzarlo con la experiencia y la repetición.

POR APARATOS Y SISTEMAS CORPORALES

- Respiratorio: ruidos respiratorios, frecuencia respiratoria y ritmo, simetría y profundidad de los movimientos respiratorios, tos, expectoración, dolor, disnea, fatiga, etc.
- Cardiocirculatorio: Frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, tensión arterial, etc.
- Neurológico: Orientación en tiempo y espacio, integridad de los sentidos, marcha (vacilante, rápida, arrastre), coordinación de movimiento, etc.
- Gastrointestinal: Estado de los dientes y las encías, prótesis dentarias, ruidos intestinales, distensión abdominal, dolor, hemorroides, características de los heces (color, consistencia) frecuencia, etc.
- Genitourinario: Característica de la orina, cantidad, dolor, molestias asociadas ala micción, presencia de sangre, etc.
- Musculo esquelético: Tono y fuerza muscular, amplitud de movimientos, posición adoptada (inmovilidad, rigidez), dolor, etc.
- Piel: Coloración de piel, mucosas y uñas, temperatura, integridad (cicatrices, quemaduras, alergias, lesiones), limpieza de piel, etc.

MÉTODOS DE EXPLORACION FISICA

El desarrollo de las capacidades necesarias para realizar una valoración física requiere práctica, conocimientos y tiempo.

Las técnicas básicas utilizadas en la valoración física son 4:

- Inspección

¹⁸ *Ibidem* pp.55-59

Es el examen visual que permite determinar las características físicas observables.

- Palpación

Consiste en la utilización de las manos, del tacto, para “sentir el cuerpo”. Con esta técnica se aprovecha la alta concentración de terminaciones nerviosas existentes en las yemas de los dedos.

Permite explorar todas las zonas accesibles del cuerpo: pulso cardiaco, características de la piel; temperatura turgencia, grosor y humedad. Es posible palpar órganos y masas corporales, su consistencia, tamaño y forma.

Durante la palpación se deben observar las expresiones faciales que nos informan del nivel de incomodidad que provoca la exploración. La efectividad de la palpación depende en gran medida del grado de relajación del paciente. Puede favorecerse la relajación con una posición cómoda, o manteniendo la intimidad cubriéndole con su sabana.

- Auscultación

Técnica que consiste en escuchar los sonidos que se producen en distintos órganos del cuerpo como los ruidos cardiacos, pulmonares o intestinales. La mayoría de ellos solo pueden oírse con la ayuda de un fonendoscopio.

Para identificar los sonidos anormales es necesario estar familiarizado previamente con los normales y aprender las zonas donde el sonido se escucha con más intensidad. Con la auscultación valoramos características de los sonidos como frecuencia, (número de vibraciones por minuto) intensidad, (fuerza o suavidad de un sonido) duración, timbre (descripción subjetiva del sonido como silbido, chasquido, gorgoteo, etc.).

- Percusión

Consiste en golpear suavemente con los dedos sobre una superficie corporal, para producir un sonido audible. Permite determinar el tamaño y la forma de los órganos internos y si un tejido contiene líquido, aire o es sólido.

En la percusión indirecta se interpone el dedo medio o índice entre el cuerpo y el dedo que golpea. Los ruidos obtenidos dependen de la densidad de los tejidos subyacentes.

Pueden ser:

Mate: sonido que se produce al percutir en tejidos sin aire, densos como son grandes masas musculares, huesos o cavidades ocupadas por líquidos o sólidos.

Timpánico: sonido que se produce al percutir en órganos que contiene aire, es un ruido semejante al que produce un tambor.

LA COMUNICACIÓN

La observación, la entrevista y la exploración física son distintas formas de comunicación. La comunicación está presente siempre en la relación enfermera-paciente y precisa de un estudio más profundo por ser un proceso extremadamente complejo.

2.-VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Validar es verificar la información para determinar si responde a los hechos. Consiste en analizar los datos con el fin de identificar posibles vacíos de información o incongruencia.

Resulta un paso necesario para estar seguros de que los datos obtenidos son reales y completos, para saber que las interpretaciones o inferencias que hagamos a partir de ellos son correctas.

La validación tiene como finalidad evitar:

- La omisión de información relevante.
- Realizar interpretaciones incorrectas.
- Llegar a conclusiones precipitadas.

TECNICAS DE VALIDACIÓN

La validación puede realizarse de las siguientes formas:

- Revisando los propios datos pasa un tiempo, cuando no esté segura de la validez de los mismos. Por ejemplo, tomando nuevamente la temperatura, (dato objetivo), o volviendo a preguntar al paciente que le describa el tipo de dolor (dato subjetivo).

No es necesario revisar todos los datos.

Pueden aceptarse como ciertos los datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medición precisa como la tensión arterial, la temperatura, la talla y el peso, como:

- Pidiendo la otra persona que recoja los mismos datos cuando no esté segura de su medición.
- Comprobando que no existen factores transitorios que alteren la precisión de los datos. Por ejemplo, cuando el paciente ha realizado algún tipo de ejercicio puede estar aumentada la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal, o la tensión arterial.
- Revisando los datos extremadamente anormales y/o críticos. Por ejemplo, una frecuencia cardíaca de 150 l/m, o una tensión arterial de 70/40 mm. Hg, deben medirse nuevamente.
- Comprobando la congruencia entre los datos objetivos y subjetivos. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y apoyan entre sí. Cuando proporcionan información contradictoria o están enfrentados hay que reunir información adicional.¹⁹

3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Una vez reunidos y validados los datos, el siguiente paso es organizarlos. Sería como colocar en su lugar los datos que hemos recogido.

Agruparlos en categorías de información de forma que tengan sentido, que puedan verse las relaciones entre ellos. Clasificar la información ayuda a identificar los problemas de salud, las causas probables y las capacidades del paciente.

Cualquier sistema utilizado para organizar los datos debe mantener un enfoque enfermero. Los patrones de funcionamiento humano nos conducirán a diagnósticos enfermeros. Cuando se organiza la información por funcionamiento de órganos y sistemas corporales identificamos problemas médicos.

La complejidad del ser humano nos puede llevar a recopilar una cantidad de datos enorme. Cuando analizamos toda la información recogida, podemos deducir que algunos de los datos resultan irrelevantes, otros son indicadores de “normalidad” y otros, indican “anormalidad”.

Tras organizar los datos en grupos de información, tenemos una impresión inicial de los patrones de funcionamiento “normal” que sugieren los datos, es una imagen inicial del problema y podemos concretar los datos que faltan para identificarlo mediante una recogida de datos focalizada.

¹⁹ *Ibidem* pp.62-65

2.-REGISTRO DE LOS DATOS

Aunque la valoración finaliza con la identificación de patrones, queda por comentar un aspecto que requiere una atención especial por su capacidad para condicionar influir la calidad de los cuidados prestados.

A lo largo de la entrevista se recoge gran cantidad de información que puede ser olvidada parcial o totalmente sino se anota rápidamente. No confíe en su memoria. Si realiza sus anotaciones en el registro de enfermería lo antes posible evitara omisiones y/o errores de información.

Un requisito fundamental es registrar la información recogida con objetividad. Un informe subjetivo, bien sea verbal o escrito, puede provocar omisiones, errores y/o confusiones importantes.

ANOTACIÓN

Anotación es con precisión y exactitud los datos relevantes, no su interpretación. Durante la valoración se recogen los datos sin llegar a conclusiones ni hacer interpretaciones puesto que la información es parcial.

Inferir es suponer, dar significado a la información. Una inferencia es la deducción lógica hecha a partir de la interpretación de los datos objetivos y subjetivos. Son juicios subjetivos que están condicionados por los conocimientos, valores y experiencias de la enfermera. Cuando se realizan inferencias a partir de una información incompleta, se pueden cometer errores importantes²⁰

DIAGNOSTICO

El diagnostico es la segunda etapa del proceso, el eje central, el paso previo y necesario para la planificación y ejecución de los cuidados enfermeros.

En la etapa diagnostica se analiza la información recogida y organizada para establecer las conclusiones sobre el funcionamiento positivo (recursos), los problemas y los factores que suponen un riesgo de problemas.

Es sin duda, la contribución más relevante de los últimos años para la definición de la disciplina enfermera por que supone la ruptura con el modo de hacer tradicional: justifica nuestra actividad independiente largamente reclamada.

Ha sido considerada por la mayoría de las autoras, como la etapa más polémica y la más difícil. El proceso diagnostico es un función intelectual de análisis,

²⁰ Ann Marriner, Proceso de atención de enfermería un enfoque científico, Edit. Manual moderno, Edición primera, México 1983, pp. 66-70

síntesis y razonamiento que depende, en gran medida, de los conocimientos y la experiencia de la enfermera.

El diagnóstico de enfermería. (DdE) nace de la necesidad que un grupo de enfermeras americanas y canadienses sienten de elaborar una terminología propia para describir los problemas de salud, identificados y tratados por los profesionales.

Un diagnóstico es esencialmente un juicio, una declaración, que identifica la existencia de un problema, después de haber realizado una valoración. Es un término utilizado por muchos profesionales pues, “diagnosticar no es patrimonio de nadie, si no obligación de todos.”

Sin embargo, la Real Academia Española (1994), reduce el término al campo de la Medicina, asociándolo únicamente al concepto de enfermedad:

Diagnosticar: hacer el diagnóstico de una enfermedad

Diagnosis: identificación de una enfermedad

En función de nivel de decisiones, la enfermera puede identificar tres tipos de problemas:

- Problemas que resuelve el médico: los diagnósticos médicos.
- Problemas que resuelve la enfermera: los diagnósticos enfermeros.
- Problemas que resuelve en colaboraciones: los problemas interdependientes.

La diferenciación entre ellos resulta esencial para comprender en toda su magnitud cual es el campo de actuación enfermero, cuales son los problemas que resuelven las enfermeras independientemente y por tanto, que problemas deben ser capaces de identificar.

TIPOS DE PROBLEMAS/ NIVEL DE DECISION

Existe el diagnóstico enfermero, médico y el problema interdependiente donde el Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales; ya que proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos planteados.

PROCESO DIAGNOSTICO

El razonamiento para llegar a identificar los problemas, sigue los siguientes pasos:

- 1.- Analizar los datos
- 2.-Generar hipótesis provisionales
- 3.-Establecer el diagnostico diferencial
- 4.- Identificar el problema
- 5.-Identificar la etiología.

ERRORES EN EL RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Gordon clasifica los errores de diagnostico como:

- Errores por **omisión**: no diagnosticar un problema.
- Errores por **comisión**: diagnosticar un problema que no existe.
- Ambos tipos de errores pueden producirse en el momento de la recogida, organización e interpretación de los datos:
 - ❖ Cuando la enfermera basa su juicio en **uno o dos datos** puede interpretar erróneamente el significado de la información. No es posible llegar a una generalización partiendo de una **observación aislada** del comportamiento del cliente.

Los diagnósticos se basan en patrones, en el comportamiento a lo largo del tiempo, no en un incidente aislado.

- ❖ La **interpretación sesgada** es otra fuente de error.

Es la tendencia personal a inclinar el juicio en una dirección determinada y se basa en estereotipos y en ideas extraídas de la experiencia personal. Por ejemplo la idea de que la enfermedad es un castigo, o la de que las personas de razas no siguen hábitos higiénicos adecuados.

COMPONENTES DE LAS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS (NANDA)

Los diagnósticos enfermeros aceptados por la NANDA para su validación y puesta en práctica, se componen de:

1. ETIQUETA

Proporciona el nombre aun diagnostico.

- Es un término o frase que representa un patrón de claves (datos) relacionadas
- Pueden incluir calificativos como alterado, deficiente, aumentado, disfuncional, deteriorado, excesivo, inefectivo etc.
- Junto a ella se incluye el año en que se aprobó y en algunos casos otra fecha que indica el año de revisión.

2. DEFINICION Proporciona una descripción clara y precisa del problema, aclara su significado, y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

3.

4. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Conjunto de signos y síntomas (claves) que se agrupan como manifestaciones de un diagnostico enfermero.

- Aparecen en los diagnósticos reales y de salud, no en los de riesgo.
- En función de la frecuencia con que aparece un diagnostico se denomina

Críticas:

*Mayores: que estén presentes entre un 80 y 100% de los casos.

*Menores si proporcionan evidencias de apoyo al diagnóstico, aunque puedan no estar presentes.

5. FACTORES RELACIONADOS

Son las condiciones y/o circunstancias, que causan o contribuyen al desarrollo, mantenimiento de un diagnóstico enfermero, se utiliza como la etiología de un diagnóstico real.

6. FACTORES DE RIESGO

Son los factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad, ante una situación no saludable, son la etiología de los diagnósticos de riesgo.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

❖ Diagnóstico real

- Describe la respuesta actual de un individuo, familia o comunidad a problemas vitales.
- Es un problema que existe que está presente, en el momento de realizar la valoración enfermera.
- Esta apoyado por características definitorias(los signos y síntomas que le dan validez)

❖ Diagnóstico de riesgo

- Describe las respuestas humanas a problemas vitales/ estados de salud, que pueden aparecer en un individuo, familia o comunidad, vulnerables de desarrollar el problema; está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
 - Se detecta la existencia de uno o más factores de riesgo, pero aun no hay signos y síntomas que indiquen la aparición del problema.
- ❖ Diagnostico de salud
- Es un enunciado que describe las respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que presentan el potencial de avance a un nivel más elevado. Apartar de un nivel aceptable de salud, el individuo desea mejorar su nivel de salud.

FORMULACION DE LOS DIAGNOSTICOS:

DIAGNOSTICO REAL: se formula en tres partes. Gordon propone utilizar el formato PES:

PROBLEMA+ ETIOLOGIA+SIGNOS Y SINTOMAS

PROBLEMA: es el enunciado de la respuesta del paciente, la etiqueta.

ETIOLOGIA: son los factores que contribuyen o son la causa del problema, los factores etiológicos.

SIGNOS Y SINTOMAS: los datos objetivos y subjetivos, las características definitorias.

Las tres partes anteriores se unen con las frases “relacionado con” para establece la relación existente entre la primera y la segunda parte y “manifestado por” para identificar los datos que apoyan el diagnóstico.

DIAGNOSTICO DE RIESGO: Es un problema potencial (de riesgo), no hay características definitorias (signos y síntomas) y por lo tanto se formulan en dos partes:

PROBLEMA + ETIOLOGIA

DIAGNOSTICO DE SALUD

Se enuncian en una parte al no existir factores relacionados (siempre seria el mismo, el deseo de lograr un mayor nivel de salud).

DIRECTRICES PARA ESCRIBIR LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

- Use términos que describan la respuesta del usuario, no sus necesidades.

- Redacte los diagnósticos en términos correctos desde el punto de vista legal.
- No emita juicios de valor en la descripción de los diagnósticos.
- Las partes del diagnóstico no deben decir lo mismo.
- No debe incluir el diagnóstico médico. Re-nombrado, ni formularlo con terminología biomédica.
- No debe reflejar problemas o actividades de la enfermera.²¹

PLANEACIÓN

Consiste en elaborar las estrategias más adecuadas dirigidas a resolver, prevenir o controlar los problemas identificados en la etapa diagnóstica. Es un proceso dinámico, sometido a una evaluación continua para determinar su idoneidad y efectividad. La finalidad de la planificación es triple:

*Asegurar la calidad y continuidad de los cuidados.

*Unificar los criterios de todo el equipo de salud sobre que hacer y como actuar.

*Proporcionar información de los objetivos y las actividades programadas a todo el equipo de salud.

Se debe priorizar el orden de resolución de los problemas y establecer los objetivos que esperamos conseguir. El resultado final es la redacción de un plan de cuidados individualizado y completo, en función de las necesidades, los recursos y las capacidades de cada persona. La secuencia a seguir en la planificación es:

○ *FIJAR PRIORIDADES*

Es determinar el orden en que los problemas identificados, se deben abordar. Al fijar prioridades, la enfermera establece la diferencia entre los problemas más urgentes y aquellos que pueden ser tratados en un segundo tiempo.

Jerarquizar no significa abordar un problema y esperar a que se resuelva para empezar a tratar el siguiente. En general, se trabaja en varios problemas a la vez, obteniendo cierto nivel de progreso en cada uno de ellos. Sin embargo, en ocasiones, intentar resolver todos los problemas a la vez puede ser poco eficaz o poco realista.

Para jerarquizar es necesario tomar en cuenta:

LA IMPORTANCIA OBJETIVA: Es el orden de importancia que establece la enfermera en función de criterios profesionales, basados y fundamentados en los conocimientos científicos sobre los cuidados y los diagnósticos de enfermería. Generalmente el orden de prioridad se establece en función del criterio profesional de la enfermera.

²¹ ibidem pp. 96-111

IMPORTANCIA SUBJETIVA: Es el orden de importancia que la persona le otorga a sus problemas en función de sus experiencias, sus deseos y sus sentimientos.

Teniendo en cuenta la interrelación de las dimensiones y la unicidad de la persona, es difícil establecer una jerarquía de problemas que sea real y adecuada para esa persona, contando únicamente con el criterio de la enfermera. Si el paciente no está de acuerdo con el criterio profesional, difícilmente tendrá éxito el plan de cuidados.

CRITERIOS PROFESIONALES PARA PRIORIZAR

Se debe estudiar el listado completo de los problemas, para obtener una visión global de la situación de forma que al analizarlos conjuntamente, la enfermera podrá establecer en qué orden de importancia se van a abordar.

**Prioridad 1*

Problemas reales o potenciales que constituyen una amenaza para la vida de la persona.

**Prioridad 2*

Problemas reales o potenciales que para la persona-familia sean prioritarios ya que pueden impedir centrar la atención necesaria para resolver otros problemas.

**Prioridad 3*

Problemas que son causantes y/o contribuyentes de otros, cuya resolución ayude a mejorar otros.

**Prioridad 4*

Problemas que pueden abordarse conjuntamente por tener una misma causa.

**Prioridad 5*

Problemas con una solución sencilla que sirvan como factor de motivación para la resolución de otros problemas más complejos.

○ ESTABLECER OBJETIVOS

Una vez determinadas las prioridades, el siguiente paso es establecer los objetivos. Los objetivos son un componente esencial de la planificación, un paso previo a la prescripción de las actividades.

Al consultar la bibliografía podemos encontrar la denominación resultados esperados, referido a los objetivos. Se utilizan indistintamente en este texto, puesto que ambos términos describen los resultados finales que esperamos alcanzar con las actividades programadas.

UN OBJETIVO es un enunciado que describe una respuesta favorable a los cuidados de enfermería. Al redactarlos se establecen los nuevos comportamientos que esperamos observar tras llevar a cabo el plan de cuidados, es decir son la meta y el fin de las actividades de enfermería.

Importancia de los objetivos:

Los objetivos son necesarios en la planificación de cuidados porque describen los resultados positivos esperados, los comportamientos que manifiestan que se ha resuelto un problema.

- ✓ Son los instrumentos necesarios para la evaluación, ya que el éxito del plan de cuidados se mide en función de los objetivos conseguidos.
- ✓ Dirigen y seleccionan las actuaciones porque antes de saber qué hacer, debemos saber que queremos conseguir.
- ✓ Son un factor de motivación muy importante, tanto para el paciente como para la enfermera, porque les proporciona información de los progresos que se van haciendo en un tiempo concreto más o menos largo.
- ✓ Sirven para medir el grado de eficacia de las actuaciones enfermeras, la calidad de los cuidados y por tanto los costes que los servicios de enfermería suponen para la institución sanitaria

Tipos de objetivos:

* Objetivos finales(a largo plazo)

Requieren de un periodo de tiempo largo para su consecución. Generalmente coinciden con los objetivos del alta, “resultados esperados o “criterios de resultados”

Conseguir un objetivo final es resolver el problema enunciado en el diagnóstico, por tanto se redacta uno para cada uno.

* Objetivos intermedios.(a corto plazo)

Son los resultados que pueden lograrse en un periodo de tiempo corto (horas, turnos, días).

-Permite medir los cambios rápidos en aquellas situaciones agudas y críticas como el dolor o los problemas respiratorios.

-Permite medir el avance hacia el objetivo final. Al poder evaluar los objetivos en poco tiempo, es posible medir el grado de consecución, replantear las actividades. Pueden redactarse en serie, continuados (horas, turno, días....)

-Son muy gratificantes para el paciente y la enfermera porque permiten conocer los logros hacia la resolución del problema. También resultan muy satisfactorios para los estudiantes porque pueden observar los resultados obtenidos con las actividades realizadas durante el periodo práctico.

Formulación de los objetivos:

*Centrados en el paciente: Puesto que el objetivo describe una conducta o un comportamiento del paciente o una parte de él debe ser el sujeto del resultado esperado.

*Breves y claros: La brevedad y la claridad en la redacción facilita la comunicación entre los profesionales implicados en los cuidados. Deben evitarse los términos ambiguos “mucho, poco, bien bueno” que pueden resultar vagos y confusos.

*Medibles: Debe ser determinado cuantitativamente.

*Realistas y alcanzables: La enfermera debe valorar el grado de motivación del paciente, sus recursos, sus capacidades, su nivel de independencia previo y sus limitaciones, para marcar objetivos realistas, teniendo en cuenta los recursos humanos disponibles y la congruencia con otras terapias a las que puede estar sometido el paciente.

Redacción de los objetivos

En la redacción se deben contemplar dos elementos que se quieren observar y servirán de criterios de evaluación.

SUJETO ¿Quién debe lograrlo?

VERBO ¿que debe lograrse? Que comportamiento se desea observar para evidenciar que se ha logrado el objetivo.

CRITERIOS: las condiciones en las que esperamos se cumplan el objetivo:

- ¿Cómo? En función de sus capacidades: solo, o con ayuda
- ¿Dónde? en qué lugar.
- ¿Cuándo? En qué momento
- ¿Cuánto? En qué medida o cantidad.

○ *DETERMINAR ACTIVIDADES*

Las actividades son las acciones específicas que realiza la enfermera o el paciente, para lograr los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

Van dirigidas a:

- 1.- Controlar el estado de salud

2.- Prevenir, resolver o controlar un diagnóstico enfermero o un problema interdependiente

3.- Promover, mantener y restaurar la salud e independencia.

Tipos de actividades:

En función del nivel de independencia, las actividades que realiza la enfermera pueden ser propias y delegadas. Ambos tipos de actuación requieren el juicio clínico de la enfermera.

INDEPENDIENTES

Son las actividades prescritas por la enfermera independientemente para resolver los problemas independientes (diagnósticos de enfermería). Se pueden agrupar en:

- 1) **Valorar:** Esta forma parte de todas las intervenciones que realiza la enfermera. Valora antes de actuar para comprobar que la acción es segura y apropiada, mientras actúa para detectar reacciones adversas, y después de actuar para identificar la respuesta del paciente a la actividad.
- 2) **Asesoría :** La enfermera asesora al paciente y la familia, le ayuda a aceptar los cambios en su vida como consecuencia de una enfermedad crónica o incapacitante, a examinar las alternativas disponibles y a determinar las opciones más adecuadas en la toma de decisiones sobre su salud, proporcionando toda la información necesaria.
- 3) **Enseñar:** La educación y promoción a la salud es una actividad esencial que acompaña a cualquier intervención realizada por la enfermera (para explicar porque se hace), igual que la valoración.
- 4) **Ayudar/ realizar:** Con frecuencia la enfermera ayuda a realizar o realiza las acciones encaminadas a eliminar, reducir o resolver los problemas de salud detectados.
- 5) Ayuda a realizar o realiza las actividades de cuidados que el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo por falta de fuerza o de conocimientos.
- 6) **Supervisar:** Supervisar al paciente, la familia y otros miembros del equipo de enfermería en la realización de las actividades de cuidados. La enfermera delega algunas actuaciones pero es responsable de que la tarea delegada se realice de forma adecuada y de valorar el estado del paciente tras la ejecución.
- 7) **Consultar:** Cuando los problemas identificados por la enfermera requieren la intervención de otro profesional se solicita su ayuda. Con frecuencia se solicita consultas a otros profesionales sanitarios.

DELEGADAS O INTERDEPENDIENTES

Son las actividades que realiza la enfermera para resolver los problemas interdependientes.

o *DOCUMENTAR EL PLAN DE CUIDADOS*

Anotar los cuidados planificados, las órdenes de enfermería es imprescindible para que todos los miembros del equipo de salud conozcan las estrategias a seguir en la resolución de los problemas del paciente. El plan de cuidados es una guía escrita que organiza toda la información y cumple un objetivo unificar criterios.

Las órdenes de enfermería que se redacten en el plan de cuidados deben ser claras y completas, especificando:

- ◆ **Sujeto:** Quien tiene que realizar la acción: el paciente, la familia, la enfermera. Generalmente inicia la orden.
- ◆ **Verbo:** que acción se va a realizar: caminar, comer, curar, toser etc.
- ◆ **Descripción:** Cuando, cuanto, como, donde, con qué frecuencia.
- ◆ **Fecha y firma:** día en que se redacta la orden y nombre de la persona que la indico. La firma hace responsable a la enfermera y tiene valor legal.



TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

El plan tradicional está integrado por tres partes el diagnóstico, los objetivos y las intervenciones.

Planes de cuidados estandarizados

Son guías de cuidados estándar para grupos de pacientes con problemas comunes. Incluyen objetivos, intervenciones y evaluación.

Consisten en un listado de los cuidados sugeridos para un problema concreto. La enfermera selecciona los que considera más adecuados en cada situación. Se emplean para problemas habituales y previsibles, añadiendo las actividades que necesitan una atención especial o son poco frecuentes.

Permiten ahorrar tiempo al no tener que escribir todas las actividades pero se corre el riesgo de utilizarlos de forma incorrecta si no se individualizan.

Plan de cuidados informatizados

Cada vez se están imponiendo más en la atención hospitalaria los ordenadores a pie de cama. Los estudios realizados sobre su utilización concluyen en que son una ayuda valiosa en la provisión de cuidados. Permiten diseñar planes individualizados, actualizar la información y recuperarla impresa de una forma rápida y sencilla.

EJECUCIÓN

Durante la fase de ejecución se realizan las actividades que se programaron durante la etapa de planificación. Será el momento de poner en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridas para conseguir unos cuidados de calidad.

Cada actividad supone un tiempo, más o menos largo, en el que la enfermera se relaciona e interactúa con el paciente. Es un tiempo privilegiado para observarlo, conocerlo, darle apoyo, enseñarle, tranquilizarle o transmitirle confianza.

Un procedimiento habitual como loes la higiene y el cambio de ropa, supone una oportunidad de indudable valor, para recoger información sobre la situación física y mental del paciente y observar los cambios positivos o negativos que van apareciendo.

Algunas de las actividades realizadas de enfermería se delegan a otras personas pero no la responsabilidad. Debe siempre asegurarse de que los cuidados realizados por otros sean:

- Seguros
- Holístico
- Individualizados
- Respetuosos con la dignidad de la persona y potenciándote de la autoestima.
-

La ejecución se realiza a lo largo de tres etapas:

❖ PREPARACIÓN

Valorar antes de actuar para establecer prioridades diarias, nuevos datos pueden indicar nuevas prioridades o estrategias. La valoración es anterior, posterior y simultanea a la ejecución.

*Antes de actuar para conocer si la actividad sigue siendo apropiada y si han apreciado problemas nuevos.

*Durante la acción para controlar las respuestas del paciente y saber si es la adecuada o no y reducir el riesgo de lesión.

*Después de actuar para conocer la respuesta del cliente a las acciones realizadas

No se debe realizar ninguna actividad sin conocer el porqué, el razonamiento científico en el que se basa y las posibilidades complicaciones asociadas a dicha actividad.

❖ EJECUCIÓN

La finalidad de los cuidados es buscar el máximo nivel de independencia y bienestar posibles. Por esta razón se incluyen al paciente y su familia, siempre que sea posible, en la realización de actividades.

Antes de iniciar la intervención, y una vez que tiene preparado el material necesario se siguen dos pasos:

-Lavado de manos

-Explicar al paciente lo que se le va a realizar.

Habilidades necesarias para la ejecución

Capacidades cognitivas e intelectuales que incluyen los conocimientos de las bases científicas que sustentan el cuidado.

Interpersonales, la eficacia de las actividades, puede depender de la capacidad para comunicarse con los demás. Son necesarias para todas las intervenciones enfermeras: valorar, apoyar, enseñar, aconsejar, consultar.

Manuales o técnicas; destrezas.

❖ DOCUMENTACIÓN

Las anotaciones de enfermería son la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido a un paciente a lo largo del día.

Su finalidad es reflejar el estado del paciente, los cambios negativos y los progresos que se van realizando en la consecución de los objetivos, en la resolución de los problemas. Se escriben después de haber realizado una actividad.²²

EVALUACIÓN

Es el último paso del proceso que consiste en determinar si el paciente ha logrado los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Al mismo tiempo, se trata de emitir un juicio sobre la idoneidad de las intervenciones planificadas por la enfermera.

Todo el proceso que se inicio con la valoración se cierra con la evaluación. Esta nos permite:

- A. Conocer los éxitos y los fracasos y reflexionar sobre ellos.
- B. Medir los resultados de las acciones de enfermería.

²² Ann Marriner, Proceso de atención de enfermería un enfoque científico, Edit. Manual moderno, Edición primera, México 1983, pp. 124-157

- C. Mejorar la calidad de los cuidados.
- D. Determinar la forma de mejorar los cuidados.
- E. Elaborar la documentación escrita, base de la investigación enfermera.

La evaluación es:

-*Continua* cuando se realiza durante o después de una actividad, permitiendo llevar a cabo las modificaciones necesarias.

-*Periódica*, hasta que el paciente ha logrado los objetivos y se han resuelto los problemas.

-*Final*, indica el estado del paciente en el momento el alta.²³

²³ Ibidem pp.163-165

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON APLICADA AL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero constituye la base de la práctica profesional, actúa a modo de puente que permite salvar la distancia existente entre la abstracción de la imagen mental que la enfermera tiene de los cuidados y la realidad de su servicio profesional.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- La filosofía de V. Henderson nos dice como deben ser los cuidados enfermeros.
- El proceso describe como deben organizarse.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES	ETAPAS DEL PROCESO
Receptor de los cuidados	Valoración
Fuente de dificultad	Diagnostico
Focos y modo de intervención	Planificación
Rol profesional	Ejecución
Consecuencias esperadas	Evaluación

VALORACIÓN. La conceptualización del receptor de los cuidados orientan sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuales carecen de valor, cuales apuntan a la presencia de un problema propio o indican la posible existencia de un problema que debe ser tratado en colaboración o por otro profesional.

DIAGNÓSTICO: La fuente de dificultad es el elemento del modelo en el que se conceptualizan la causa u el origen de los diagnósticos reales, potenciales o de salud que presenta la persona cuidada y cuya resolución corresponde a la enfermera porque pertenece a su área de competencia, por lo tanto este elemento proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no

desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera, si es afirmativa permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formularlas.

PLANIFICACIÓN Esta parte está guiada por el foco y modo de intervención. Son esos elementos los que dirigen la fijación de prioridades, la determinación de objetivos específicos, la selección de intervenciones y la elección de las actividades susceptibles de modificar las fuentes de dificultad.

EJECUCIÓN El elemento del modelo que describe el rol profesional sirve de guía en esta etapa del proceso, desde el marco de su rol la enfermera determina quién y de qué forma deberá llevar a cabo las actividades planificadas, poniendo siempre que sea posible en primer lugar el protagonismo de la persona y la familia en la toma de decisiones y la participación en sus cuidados.

EVALUACIÓN hace referencia a las consecuencias esperadas, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, lo que permite determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos y el curso de la posterior actuación.²⁴

²⁴ Luís Rodrigo M. T. De la Teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 3era edición, editorial Elsevier Masón, Barcelona 2005.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La utilización del método científico permite y obliga a la vez a reconsiderar los principios éticos, ya que en cada una de las etapas del proceso de enfermería debe tenerse presente que:

- La validez de la ética del cuidado tiene que ver con el valor de la intimidad de la persona como ser único, que toma decisiones desde sus propios ideales, sus mitos, sus símbolos y su propia visión de la realidad.
- La relación entre el que cuida y el que es cuidado se establece en el reconocimiento del ser humano en la otra persona, ya que cada uno proyecta en el otro su inquietud abierta y comunicativa, propia de los seres humanos. La utilización de la otra persona como mero instrumento del cuidado, la desposee de su propia esencia y la convierte en objeto.

Por lo tanto, la ética trata de alcanzar aquello que va más allá de los intereses particulares, y de la condición del hombre como ser vivo, aquello a lo que todos los seres humanos aspiran. Los momentos que está viviendo la humanidad, en los cuales la Enfermería está inmersa, ameritan que se haga una reflexión seria y profunda sobre el rumbo que está tomando la sociedad con los adelantos técnicos y científicos nunca antes desarrollados que pueden ser comunicados con la rapidez de estos tiempos en los cuales los valores humanos, éticos y morales están siendo soslayados. Se hace necesario pues, meditar para poder actuar con responsabilidad profesional.

El valor es un nexo particular de conducta o estado final de existencia y en él intervienen varios factores:

- Necesidades (carencias).
- Intereses (satisfacción de necesidades).
- Fines (cómo se logran).
- Experiencias precedentes.
- Relaciones afectivo-emocionales.

José R. Fabelo refiere que "cada objeto, fenómeno, suceso, tendencia, conducta, idea o concepción, cada resultado de la actividad humana desempeña una determinada función en la sociedad, favorece y obstaculiza el desarrollo progresivo de esta, y adquiere una u otra significación social, y en tal sentido es un valor o un anti valor, un valor positivo o un valor negativo".

El valor es la significación social subjetiva que poseen los objetos y fenómenos de la realidad, atendiendo a sus propiedades funcionales al ser incluidos en la actividad práctica.

La valoración es el reflejo subjetivo en la conciencia del hombre de la significación que para él y su actividad posee los objetos y fenómenos de la realidad objetiva según sus propiedades y características, las cuales se

reflejan en su conciencia mediante el conocimiento. Cada sujeto social conforma su propio sistema de valores, en dependencia del nivel de coincidencia de sus intereses particulares y los generales de la sociedad en su conjunto, pero también en dependencia de las influencias educativas y culturales que recibe y de las normas y principios que prevalecen en la sociedad en que vive.

La calidad en la formación del profesional depende no solo de los conocimientos y habilidades que desarrolla en el currículo universitario, sino también de los intereses y valores que regulan su actuación profesional. El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad constituyen valores esenciales, reguladores de la actuación de un profesional competente, que se reflejan en cada persona de manera diferente, en función de su historia individual, sus intereses y capacidad. Es decir, que no siempre los valores jerarquizados oficialmente por una sociedad como los más importantes son asimilados de igual manera por sus miembros. Esto ocurre porque la formación de los valores en lo individual no es lineal y mecánica, sino que pasa por un complejo proceso de elaboración personal en virtud del cual, los seres humanos en interacción con el medio histórico-social en el que se desarrollan, constituyen sus propios valores. En el sistema de valores a considerar dentro del proceso de atención de enfermería están los valores éticos y bioéticos.

Los dilemas éticos surgen cuando todo lo que técnicamente puede ser realizado, no siempre debe ser realizado. Como consecuencia se requiere una conducta ética para abordar las situaciones donde esta contradicción surja. Algunos aspectos destacables de esta orientación ética son:

- Escuchar al paciente
- Facilitar la empatía
- Ponerse en el lugar de la persona cuidada
- Favorecer la autonomía

La autonomía es la capacidad de autogobierno, de decidir en libertad como un derecho personal y social. Buscar el respeto interno y externo, respetar la voluntad de ser uno mismo responsable de su decisión. El desarrollo de la autonomía de los pacientes favorece la relación enfermero-paciente, pero presenta varias limitaciones:

- *La competencia.* La capacidad de los pacientes de estar conscientes de su situación, poder recibir información y elaborarla. No se cumple en pacientes graves, niños pequeños o personas con algún tipo de demencia.
- *La limitación asistencial.* Todo enfermo necesita ser cuidado, siente inseguridad y miedo, tiene una disminución de su capacidad de ser autónomo.
- *La limitación legal.* La autonomía llevada al extremo termina por ser postura defensiva, falta de confianza, legalista. Esto entorpece la acción de

enfermería, la transforma en una relación rígida, como un contrato de negocios entre un comprador y un vendedor.

- *La limitación cultural.* Las personas que tienen muy poco conocimiento del mundo tecnológico, a pesar de ser actualmente competentes, no logran darse cuenta en forma real de las situaciones médicas a que se enfrentan.

El mejor ejemplo de respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, como doctrina de acción. El consentimiento informado es un compromiso personal, un acuerdo mutuo, está en relación con el paciente y se fundamenta en la confianza.

Otro principio ético a considerar en el desempeño profesional de la Enfermería es el de la "no maleficencia" (ante todo no hacer daño). Formula una obligación básica, no hacer daño dentro de lo posible. El actuar de Enfermería puede causar daño, lo que se reconoce, y se plantea tratar de evitarlo o disminuirlo. La inexistencia de maleficencia se considera como actitud básica en cualquier acuerdo de relación humana o biológica. Existen diversas formas de daño físico, como la incomodidad, el dolor, etc., y es fundamental tratar de evitarlas. Otra posibilidad de daño es la capacidad para afectar emocional y moralmente al paciente, intervenir en su intimidad o en su privacidad.

La beneficencia es otro elemento de la ética presente. Un aforismo muy antiguo dice "curar a veces, aliviar con frecuencia, confortar siempre". Esto refleja una actitud muy enraizada en el ser humano como algo existencial, el ser benefactor, porque sin darse cuenta ayuda tratando de sanar, sin un razonamiento previo. Es innato tratar de hacer el bien al otro. La Enfermería es primariamente beneficiante, lleva implícita los principios de la caridad, la compasión, la bondad y la entrega, como las mejores cualidades del ser humano. La beneficencia torna una postura activa y obligatoria en estos principios.

Otro principio ético fundamental es el **de la justicia**. Para ser justos debe darse a cada cual lo que corresponde, con la gran dificultad de lograr saber qué le corresponde a cada uno. Se trata de llegar a la igualdad, a la equidad, como un camino que nunca se termina y siempre se busca. La forma en que se ha desarrollado la justicia, o qué es lo justo, ha variado según el contexto ideológico en que se realiza, la justicia en Medicina se plantea en 2 grandes ámbitos:

A escala personal, con el logro de un trato igualitario y valorativo, igualdad en la forma de relacionarse, sin preferencias ni coerción.

En el ámbito social y político, en el que se plantean interrogantes acerca de cómo repartir los recursos de salud, tema de permanente debate, sobre todo en los países más pobres.²⁵Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se

²⁵ http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_.htm

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 sin 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.

Confiabledad.- 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 ya 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.²⁶

En cuanto a la relación con el proceso enfermero:

Etapas de Valoración

²⁶ Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, diciembre del 2001, http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

1. Respetar la individualidad del paciente (su sistema de valores) al realizar la entrevista y el examen físico de enfermería bajo condiciones de privacidad.
2. Saber escuchar (durante la entrevista).
3. Actuar con justicia (realizar una adecuada clasificación de la información y dar prioridad a los aspectos más importantes) sobre la base de una adecuada valoración.

Etapa de Intervención

1. Respetar los principios de "no maleficencia" y beneficencia al realizar las acciones dependientes de enfermería (cumplimiento de las indicaciones médicas), las interdependientes (en colaboración con psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales y tecnólogos de la salud) y las independientes, para cuya realización deberán ser cuidadosamente seleccionadas las alternativas. En todos los casos deberá mostrarse pericia y prudencia, previendo los recursos necesarios para cualquier emergencia que pueda presentarse.
2. Respetar la autonomía del paciente, antes de cualquier acción de Enfermería deberá informarse al paciente sobre la técnica o procedimiento a emplear, sus riesgos y beneficios, y sobre todo, esperar a tener su consentimiento para proceder a actuar.
3. Actuar con justicia al jerarquizar al paciente más necesitado, o al dar satisfacción de la necesidad más urgente, así como tener siempre disponible los recursos materiales necesarios para enfrentar cualquier urgencia.

Etapa de Evaluación

1. Respetar la autonomía del paciente, tomando en consideración su criterio en relación con el alcance de las expectativas trazadas y recordar siempre que las expectativas son del paciente, y que el personal de enfermería sólo se suma a ellas y contribuye con su competencia y desempeño a su más rápido alcance.

Se estima que la responsabilidad primaria de la profesión es realizar el proceso de atención de enfermería dentro de la relación terapéutica y afirma que ello plantea 4 problemas éticos.

- Naturaleza de la relación que existe entre la persona que brinda atención de salud y el paciente.
- Consentimiento informado.
- Determinación de la calidad de vida.
- Definición de la participación ética al tomar decisiones.

En los aspectos anteriores queda evidenciado que el personal de Enfermería es responsable de respetar siempre al ser humano con el propósito de ayudarlo. La Enfermería tiene tanto que ver con la asistencia de los seres humanos, que no resulta sorprendente que esta profesión esté preparada para actuar como agente de cambio.

La responsabilidad profesional del personal de Enfermería consiste en aplicar en todo ámbito, los principios de protección de la humanidad, deben como defensores de los seres humanos, ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte.

El respeto al ser humano es el fundamento de las relaciones humanas y constituye un deber moral de cada hombre que, en el caso de los profesionales de la salud en Cuba adquiere una connotación mayor, porque la propia sociedad les ha asignado un importante encargo: la protección de la salud de grandes masas. La meta del profesional de Enfermería es el fomento de la salud, lo cual produce cambios para fomentar el bienestar.²⁷

²⁷ Lic. Omayda Urbina Laza, ³El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista, Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Educ. Med Super;17(3) Cuba, 2003, http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

DAÑOS A LA SALUD

HIDROCEFALIA

El líquido cefalorraquídeo se produce principalmente en los plexos coroideos del sistema ventricular situados en los ventrículos laterales y en el tercer y cuarto ventrículo. En el niño normal, se produce unos 20ml de LCR por hora y el volumen total es aproximadamente de 50ml en lactantes y de 150ml en el adulto. Normalmente el LCR pasa a través de los agujeros de Monro, desde los ventrículos laterales, hacia el tercer ventrículo, a continuación, atraviesa el estrecho acueducto de Silvio, que en el niño mide 3mm de largo por 2mm de diámetro y llega al cuarto ventrículo abandonando el cuarto ventrículo a través de los agujeros laterales de Luchka y el agujero central de Magendie, accediendo a la base cerebral.²⁸

La hidrocefalia es un trastorno congénito (que es el resultado de malformaciones congénitas del sistema nervioso, como consecuencia de infecciones intrauterinas, las cuales causan inflamación del recubrimiento ependimario del sistema ventricular o las meninges en el espacio subaracnoideo, lo que luego ocluye las vías del LCR) o adquirido (después del nacimiento a causa de alguna infección como meningitis bacteriana) en el que hay una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo dentro de los ventrículos cerebrales.²⁹

CLASIFICACIÓN

Se clasifica de acuerdo a diferentes criterios:

- a. Según la localización del acumulo de líquido, como la interna (dilatación de los sistemas ventriculares) y externa (dilatación de los espacios subaracnoideos hemisféricos)
- b. Según el momento de instauración, aquí se separa la congénita de la adquirida.
- c. Según la causa radique o no en la alteración primaria en la dinámica del LCR, hablando de hidrocefalia activa o pasiva.

d. De acuerdo con la patogenia:

Hidrocefalia obstructiva o no comunicante, cuando el líquido no puede abandonar las cavidades ventriculares debido a una obstrucción a nivel de alguna de sus intercomunicaciones.

²⁸ Richard E Beckman, Tratado de Pediatría Vol. II, 15 edición, edit. Mac Graw Hill, Madrid 1997, pp.2092-2095

²⁹ Michel Crocetti, Compendio de Pediatría, segunda edición, edit. Mac Graw Hill, Philadelphia, 2006, pp.605-606

Hidrocefalia comunicante, si el LCR puede circular libremente por los ventrículos y salir de su interior, pero no se puede reabsorber debido a un bloqueo en las cisternas basales o espacios subaracnoideos o bien por un defecto primario en la reabsorción, también puede ser que la causa radique en la hiper producción de LCR.

Hidrocefalia constrictiva caracterizada por la obliteración del bulbo, de la parte inferior del cerebelo, disminuyendo la salida del LCR del interior del 4 ventrículo.

Hidrocefalia normotensiva con circulación invertida, se define por la presencia de dilatación ventricular, con ángulo del cuerpo calloso < 120 grados, tensión del LCR normal.

ETIOLOGIA

Hidrocefalia obstructiva o no comunicante: en sus causas congénitas se encuentra:

- Atresia de los agujeros de Monro.
- Obstrucción de acueducto de lo cual existe varios tipos (1- gliosis del acueducto, 2- ahorquillamiento del acueducto, 3-estenosis verdadera).
- Síndrome de Dandy Walker es una dilatación tetra ventricular.
- Malformaciones vasculares.
- Quistes aracnoideos de fosa posterior.

Dentro de las causas adquiridas se encuentran:

- La estenosis del acueducto secundaria a inflamaciones ventriculares.
- Los tumores infratentoriales que representan la localización más frecuente durante la infancia.
- Las hemorragias ventriculares.
- *Lesiones y tabicamientos ventriculares secundarios a ventriculitos* y los raros cuerpos extraños o heridas ventriculares.

Hidrocefalia comunicante: entre las causas congénitas se incluyen: Inflamaciones leptomeningeadas, lisencefalia tipo II, agenesia de vellosidades aracnoideas, enfermedades de depósito y del mesenquima.

En las adquiridas destacan la meningitis y meningoencefalitis, así como las hemorragias subaracnoideas espontáneas o traumáticas que condicionan aracnoiditis.

Hidrocefalias constrictivas su etiología más frecuente es la malformación de Arnold-Chiari tipo 2, que acompaña al mielomeningocele, otras posibles causas son la impresión basilar.

Hidrocefalia normo tensa: puede estar relacionada con traumatismos craneales moderados con hemorragias subaracnoideas, con mielomeningoencefalitis y con intervenciones quirúrgicas.

Hidrocefalias pasiva o ex vacuo: representan acumulación lícuares compensatorias, cuando existen diferentes atrofas cerebrales.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Está determinada por la:

- Edad
- La rapidez de crecimiento ventricular.

Los síntomas de aumento de la presión intracraneal durante el periodo neonatal y la lactancia se diferencian de los correspondientes al niño de más edad debido a que, al estar sin concluir la osificación craneal y las fontanelas abiertas, las suturas se separan entre si, al aumentar la presión en el interior de la cavidad craneal, motivo por el cual en este margen de edad, faltan los signos clásicos de aumento de la presión intracraneal. Cuanto más rápido sea la alteración en la dinámica del LCR, más fácilmente aparecerán manifestaciones clínicas. Los casos de instauración lenta pueden cursar con muy escasos síntomas o de un modo asintomático, como ocurre en ocasiones con las hemorragias ventriculares neonatales y con las disrafias del eje medio craneo espinal.

Durante el periodo neonatal y la lactancia, la clínica viene marcada se da por el crecimiento anormal del cráneo como signo más frecuente. El Aspecto del paciente con desproporción cráneo facial. La piel que cubre al cráneo esta atrófica y tensa, con circulación venosa epicraneal muy marcada. Desplazamiento hacia abajo y atrás de los pabellones auriculares, convirtiéndose el orificio auditivo externo en una hendidura vertical. Mirada en sol poniente, por desplazamiento de los globos oculares hacia abajo. Agrandamiento y abombamiento de las fontanelas craneales. Ensanchamiento en forma de canales de las suturas de la bóveda craneal.

Síntomas generales:

- Intranquilidad
- Temblor

- Hipersensibilidad al ruido y al tacto.

Signos neurológicos:

Espasticidad, incoordinación en extremidades, signos de localización neurológica. Pasado el primer año, después del cierre de la fontanela, los vómitos, cefaleas, vértigos y edema de papila. Parálisis de nervios craneales sobre todo el VI par, así como hiperreflexia, ataxia y estrabismo.

DIAGNÓSTICO

Neuroimagen

- Ecografía transfontanelar
- Radiografía simple de cráneo
- Tomografía craneal
- Resonancia magnética

PRONOSTICO

La hidrocefalia en general diagnosticada y tratada de forma correcta salvo algunas excepciones, suele tener un buen pronóstico evolutivo, siempre que sea sometido a controles periódicos, valorando en cada ocasión la valoración clínica neurológica y el estado de funcionalidad del sistema de derivación.

TRATAMIENTO

QUIRURGICO:

En este caso se utiliza la derivación valvular. Cuando la causa radica en una masa que ocupa un espacio como un tumor, en ocasiones se soluciona extirpándolo mientras que en otros es necesario implantar una derivación ventrículo peritoneal. En las hidrocefalias secundarias a hemorragias ventriculares en el recién nacido como una pauta inicial se realizan punciones lumbares de repetición que remueven sangre y proteínas del LCR y disminuye la hipertensión intracraneal.

FARMACOLOGICO

Acetazolamida (25/100mg/Kg./día) e isosorbide que disminuyen la producción de LCR esta ultima contraindicado en recién nacidos por sus efectos secundarios³⁰

³⁰ Cruz Hernández M., Tratado de Pediatría, edición 9a, editorial ergon, Vol. II, Barcelona 2006, pp. 1806-1808

VALORACIÓN POR NECESIDADES

***NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Piel integra rosada, perímetro torácico de 43 cm., presenta taquipnea, FR 65x` hasta llegar a 100x, SAO2 de 80% sin oxígeno y 89% con oxígeno, T/A 169/77, no presenta secreciones, cavidad oro nasal permeable, humidificación con nebulizador.

***NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION**

Alexis presenta cavidad oral con presencia de incisivos y pequeña lesión en la lengua por roce con dientes, abdomen blando depresible peristalsis disminuida, en cuanto a la alimentación no se le dio leche materna ya que la mamá tuvo fiebre, se le dio biberón no podía succionar al inicio pero refiere la mamá que después ella le enseñó, además de la leche, en casa le daba puré de pollo y verduras, su alimento favorito es la manzana. Actualmente en Hospitalización ha tenido problemas ya que presenta regurgitación y come muy poco, se intenta colocación de sonda transpilórica por regurgitación, con tres intentos fallidos por lo que se decide dar por vía oral en ese momento.

***NECESIDAD DE ELIMINACION**

Genitales de acuerdo al sexo y edad según tabla de Tanner en I, orina en pañal, evacuaciones amarillas semilíquidas, se toma labstix el día 21/10/08 siendo negativo para nitritos y leucos.

***NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA**

Alexis presenta espasticidad e hiperreflexia, empuñamiento de manos. Extremidades Inferiores en tijera con espasticidad e hiperreflexia, además de piel marmórea, adecuado llenado capilar, pulsos periféricos presentes.

***NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Es totalmente dependiente por la edad y la patología presente ya que presenta falta de fuerza.

***NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

En esta necesidad se observa irritable con presencia de ojeras, ya que no ha descansado por las noches por las actividades del hospital, un exceso de ruido.

***NECESIDAD DE TERMORREGULACION**

Afectada desde que se inició su valoración ya que Alexis fue intervenido para derivación de LCR y a partir de su regreso inició con fiebre de hasta 38.9°.

*NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Alexis se encuentra muy susceptible sobre todo por los métodos invasivos, (catéter subclavio, sistema de derivación ventricular) infecciones nosocomiales y caídas.

*NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Es incapaz de relacionarse con las personas que lo rodean además se irrita a la manipulación.

* NECESIDAD RELIGION

Los familiares son católicos, pero por la edad Alexis no es capaz de satisfacerla.

*NECESIDAD HIGIENE

Su higiene es adecuada se le realiza baño diario de tina además se cuida su vestido y limpieza cuando lo requiere.

*NECESIDAD DE RECREACION

Esta necesidad está insatisfecha ya que se encuentra irritable además por su patología no ha tenido un desarrollo adecuado a la edad y sus extremidades se encuentran espásticas.

*NECESIDAD APRENDIZAJE

Se encuentra afectada debido a la hospitalización.

*NECESIDAD REALIZACION

Esta necesidad está afectada ya que es totalmente dependiente Alexis.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

NECESIDAD ALTERADA: TERMORREGULACION

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<p>-Fiebre de 38.9 C</p> <p>-Piel rubicunda</p> <p>- Taquicardia 162 en respuesta a la fiebre</p> <p>-Irritabilidad</p> <p>-Taquipnea</p>	5	<p>Física: Probable foco infeccioso</p> <p>Psicológico: Irritabilidad ante el manejo</p> <p>Sociológico: El ambiente hospitalario es desagradable para Alexis.</p>	Falta de fuerza	<p><i>Oxigenación:</i></p> <p>Taquipneas y de saturación hasta 80%</p> <p><i>Dormir y descansar:</i></p> <p>Irritabilidad</p> <p><i>Evitar peligros:</i></p> <p>Esta susceptible a infecciones por métodos invasivos.</p> <p><i>Nutrición e Hidratación:</i></p> <p>Perdida de líquidos por vía insensible por alteración de la temperatura corporal 38.9C</p>

NECESIDAD ALTERADA: MOVIMIENTO Y POSTURA

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
-Extremidades superiores e inferiores espásticas e hiperreflexicas	5	<p>Física:</p> <ul style="list-style-type: none"> -edad -Daño neurológico <p>Psicológicos</p> <p>Imposibilidad para realizar actividades de desarrollo físico según su edad.</p>	Falta de fuerza	<p><i>Evitar peligros:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Caídas -Lesión piel <p><i>Dormir y descansar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La rigidez evita una posición cómoda para dormir <p><i>Termorregulación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La inmovilidad evita la producción de calor corporal <p>Recreación:</p> <p>No tiene el desarrollo adecuado de acuerdo a la edad.</p>

NECESIDAD ALTERADA: OXIGENACION

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
-Taquipnea -Frecuencia respiratoria de hasta 65x' -Humidificador Oxigenoterapia -SAT O ₂ de 80% -Valoración Silverman 2 puntos	3	Físicos: -postura -Daño neurológico	-Falta de fuerza	<i>Termorregulación</i> Fiebre 38.9 <i>Evitar peligros:</i> Disminución de la perfusión de oxígeno <i>Movimiento y postura:</i> -La inmovilización evita una buena amplitud de vía aérea <i>Dormir y descansar:</i> -irritabilidad

NECESIDAD ALTERADA: INTEGRIDAD CUTANEA

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<p>-Piel con eritema</p> <p>Enrojecimiento en zonas de presión (talones de miembros pélvicos).</p>	3	<p>Físicos:</p> <p>Alteración de la integridad de la piel</p>	<p>Falta de fuerza</p>	<p><i>Hidratación:</i></p> <p>-Piel fina y susceptible</p> <p><i>Termorregulación</i></p> <p>-Piel rubicunda y miembros pélvicos marmóreos.</p> <p><i>Movimiento y postura:</i></p> <p>-Zonas de presión enrojecida, espasticidad e hiperreflexia.</p> <p><i>Evitar peligros:</i></p> <p>-Métodos invasivos</p>

NECESIDAD ALTERADA: SUEÑO Y DESCANSO

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> -Irritabilidad -Ojeras -bostezos -daño neurológico 	4	<ul style="list-style-type: none"> -Físicos: Ojeras y bostezos -Sociales: Ambiente hospitalario Procedimientos de enfermería durante la noche. 	Falta de fuerza	<p><i>Termorregulación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiebre de 38.9 <p><i>Movimiento y postura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Incomodidad y afección de miembros superiores e inferiores <p><i>Integridad cutánea:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Piel enrojecida en puntos de presión y eritema. <p><i>Vestirse y desvestirse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Exceso de ropa.

NECESIDAD ALTERADA: INTEGRIDAD CUTANEA

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<p>Enrojecimiento y eritema en puntos de presión talones de miembros pélvicos.</p> <p>Miembros superiores e inferiores con espasticidad e hiperreflexia</p>	4	<p>Físicos:</p> <p>Piel enrojecida y con eritema</p> <p>Puntos de presión en talones.</p>	Falta de fuerza.	<p><i>Hidratación:</i></p> <p>-Piel enrojecida</p> <p>Termorregulación</p> <p>Hipertermia</p> <p><i>Movimiento y postura:</i></p> <p>Rigidez, hiperreflexia y espasticidad</p> <p><i>Evitar peligros</i></p> <p>Métodos invasivos.</p>

NECESIDAD ALTERADA: ALIMENTACION E HIDRATACION

MANIFESTACION DE DEPENDENCIA	GRADO DE DIFICULTAD	FUENTE DE DIFICULTAD	CAUSA DE DIFICULTAD	INTERRELACION Y MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA
<p>Alimentación inadecuada</p> <p>-Alteración en la deglución.</p>	5	<p>-Físicos:</p> <p>Vómitos</p> <p>Alteración hidroelectrolítica.</p> <p>-Sociales:</p> <p>Falta de conocimiento acerca de la forma de alimentación de acuerdo a la edad y enfermedad y su complicación</p>	Falta de fuerza	<p><i>Evitar peligros:</i></p> <p>Alteración hidroelectrolítica</p> <p><i>Movimiento y postura:</i></p> <p>No se logra una Posición correcta para la alimentación</p> <p><i>Integridad de tegumentos:</i></p> <p>Lesión en región bucal.</p> <p><i>Dormir y descansar:</i></p> <p>Cansancio, ojeras y bostezos.</p>

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la temperatura corporal relacionado a probable proceso infeccioso, manifestado por taquicardia y fiebre de 38.9

OBJETIVO Normalizar la temperatura corporal de Alexis en 2 horas por medios físicos durante 30 minutos, y químicos, evitando convulsiones.

CRITERIOS

- ◆ Signos vitales
- ◆ Características de la ropa
- ◆ Curva térmica
- ◆ Hidratación
- ◆ Escala de Glasgow

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Como sustituta y de ayuda.

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Toma y valoración de signos vitales frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial cada hora mediante monitoreo no invasivo.

INDEPENDIENTE

FUNDAMENTACION

- Los signos vitales constituyen un medio preciso y eficaz para monitorizar el estado clínico del paciente como las respuestas al estrés físico, psicológico y las

intervenciones de enfermería o farmacológicas, además de identificar problemas o evaluar la respuesta a la terapia e indican la eficiencia de las funciones circulatoria, respiratoria, neurológica y endocrina del organismo.(Potter Vol. I, 2002:25-30).

- * Retirar exceso de ropa como medio físico de durante dos horas por el día.

INDEPENDIENTE

- El cuerpo se adapta a los cambios de temperatura mediante la conservación o la pérdida de calor , dependiendo de la naturaleza de la alteración térmica por ello retirar el exceso de ropa favorece la pérdida de calor corporal a través de radiación o convección.(IBIDEM:27)

El equilibrio entre el calor perdido y el calor producido o termorregulación está regulado de manera precisa mediante mecanismos fisiológicos y conductuales.(Fundamentos de enfermería, Perry, 2002:685

- * Baño con agua tibia dejando a Alexis durante un minuto, en el momento que tenga temperatura de más de 38 grados.

INDEPENDIENTE

- El frío tiene efectos de vasoconstricción lo cual determina la cantidad de flujo sanguíneo y de pérdida de calor de la

piel.(IBIDEM:30)

- * Realizar una curva térmica cada 24 horas, chequeando y graficando cada hora la temperatura axilar de Alexis.

INDEPENDIENTE

- * Durante la comida se le brindan jugos, agua y frutas en papilla.

INDEPENDIENTE

- La curva térmica es una forma cuantitativa de poder llevar un control estadístico de picos febriles durante 24 horas para una valoración más precisa de la temperatura.(Fundamentos de la Practica de Enfermería, Houghton,2007:225-227)
- El aumento de la temperatura corporal provoca deshidratación, (hipernatremia).Lo cual puede conducir a diaforesis y aumento de la perdida impredecible de líquidos. La fiebre también causa el aumento en el metabolismo, produciendo mas desechos metabólicos y aumento de la perdida de orina y taquipnea, resultado de un aumento de la perdida de líquidos a través de los pulmones. También la fiebre hace que aumenten las necesidades calóricas. (Enfermería Fundamental conceptos, procesos y practica, Kozier, 1993:1128).
- El lugar de residencia, el

- * Se proporciona un ambiente a una temperatura de 21 grados a Alexis para evitar el aumento de calor corporal.

INDEPENDIENTE

- * Antipiréticos como medio químico, dar paracetamol a 10mg X Kg. de peso.

INTERDEPENDIENTE

- * Toma y valoración de laboratorios (BH, química, hemocultivo, LCR etc.) de control por la mañana para identificar la causa de fiebre.

INTERDEPENDIENTE

clima, la calefacción y la climatización constituyen factores importantes para la modificación del calor corporal(Potter,2002:686)

- Para el confort humano, la temperatura ambiental deseable depende en gran parte en las necesidades del individuo y en varios otros factores. Según el observatorio de salud pública de West Midlands, Gran Bretaña, 21°C (70 °F) es la temperatura ambiental recomendada para la mayoría del hogar, excepto en el dormitorio, donde se recomienda una temperatura ambiental de 18 °C (64 °F).

- Los antipiréticos son fármacos que reducen la fiebre , incluyendo compuestos corticoides y compuestos no esteroides, que reducen la fiebre aumentando la pérdida de calor(Potter,2002:104)

- La toma de muestras sanguíneas son un medio para saber si el paciente cursa con una infección que este provocando la fiebre, estas se obtienen coincidiendo con pautas de temperatura cuando la producción de antígenos por parte del organismo es

- * Uso de medidas de precaución estándar, en cada procedimiento realizado con Alexis.

INDEPENDIENTE

- * Vigilancia de estado de conciencia por medio de la escala de Glasgow y medidas preventivas para evitar convulsiones cada 24 horas.

INDEPENDIENTE

- * Administración de antibióticos según el resultado del agente patógeno causante de la infección con horarios establecidos.

INTERDEPENDIENTE

más predominante.
(IBIDEM: 104).

- Precauciones estándar es una medida en la cual se llevan a cabo acciones para la prevención de infecciones nosocomiales y directas estas son : el uso de bata, guantes, cubre bocas etc.(Planeación de cuidados de enfermería, Carpenito,2003:145)
- El estado de conciencia del paciente es un parámetro para identificar los cambios neurológicos como las convulsiones ya que el centro regulador de la temperatura esta en el hipotálamo. (Diagnósticos de enfermería, Carpenito ,2003:776)
- Los antibióticos son agentes antibacterianos de origen natural, productos de algún microorganismo, como la penicilina, que fue obtenida apartar de ciertos hongos. Cada uno de estos posee un amplio espectro que son activos frente a muchas especies bacterianas y los de espectro reducido solo frente a algunas pocas especies.(Lo esencial en Farmacología, Taylor Magali,2001:190-191)
- Vancomicina es un bactericida, solamente muestra actividad frente a bacterias gram positivas, especialmente frente a

estafilococo.(IBIDEM:191)

EVALUACIÓN

Durante la evaluación de esta necesidad puedo decir que se tomaron diversas medidas para mantener eutermico a Alexis pero durante todas las intervenciones que se realizaron solo se lograba mantenerlo eutermico por unas horas y volvía la fiebre.

NIVEL DE INDEPENDENCIA 4

SEGUIMIENTO:

18/10/08 Primer día con Dicloxacilina

20/10/08 Picos febriles 38.2

Lleva su tercer día con Dicloxacilina

Se toma LCR y histoquímica (no se encontró resultados)

21/10/08 Fiebre de 38.4 hasta 39 cuarto día de dicloxacilina, labstix negativo para nitritos y leucos

PCR Y BH con: Hb 12.2, Hto 36.1, leucos 11,300, N 43%,L 51% Y PLAQUETAS 291ml PCR no hay resultados.

23/10/08 BH reporta: Hb 12.2, Leucos 11,300, Linf 51%, Seg 43%Mon 6% Plaquetas: 291

LCR: micro proteínas 46 glucosa: 59 cel. 8 xantocromico, PCR: 0.5

Persiste fiebre clínicamente sin foco infeccioso.

Se inicia con tratamiento de vancomicina y ceftriaxona

12/11/08LCR Enterococos resistente a vancomicina.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración en la movilización relacionada a deterioro neuromuscular manifestado por la limitación de amplitud de movimiento, espasticidad, hiperreflexia, empuñamiento de manos.

OBJETIVO:

Alexis recuperara la movilidad dentro de los límites impuestos por la disfunción neurológica, en un lapso de 5 días por medio de movimientos determinados por la enfermera y fisioterapeuta.

CRITERIOS

- ◆ Actividad
- ◆ Movimientos: pasivos y activos

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Como sustituya y de ayuda

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Evaluar el nivel de actividad de Alexis.

INDEPENDIENTE

FUNDAMENTACION

- Las discapacidades de tipo físico son aquellas que provocan un trastorno en el movimiento y postura. Las causas de ello son varias: parálisis cerebral, las enfermedades neuromusculares, las alteraciones de nervios periféricos y malformaciones

del SNC (hidrocefalia), las cuales cursan con una falta de fuerza y crecimiento muscular así como la alteración en el funcionamiento músculo-esquelético. (Pediatria, Guía práctica para enfermeras, Garijo Caridad,1995:395)

- * Iniciar movimientos pasivos y activos dentro del arco de movimiento por 15 minutos diarios antes de la siesta.

INDEPENDIENTE

- El ejercicio evita la atrofia muscular y las contracturas articulares.(Potter,2002:1544)
- El movimiento equilibrado, suave e intencional dirigido a un objeto es el resultado de un funcionamiento correcto de la corteza cerebral, del cerebelo y de los ganglios basales. Los movimientos voluntarios se inician en la corteza cerebral se encarga de los movimientos, el cerebelo que actúa a nivel inconsciente, escoge y coordina los músculos que participan en los movimientos voluntarios.(Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica, Kozier,2004:1165).
- Ejercicios isotónicos (dinámicos) los músculos se acortan produciendo una contracción muscular y un movimiento. Estos aumentan el tono, la masa y la fuerza muscular, mantiene la flexibilidad articular y activan la circulación. (Ejercicios isométricos(estáticos) producen cambios de tensión

en los músculos, ejemplo extensión de piernas, producen un aumento moderado de la frecuencia y gasto cardiaco.(IBIDEM:1164)

- Ejercicios isocineticos(de resistencia) tensiones o contracciones musculares realizadas contra resistencia.(IBIDEM:1166)

- * Conservar el arco de movimiento funcional en todas las articulaciones.

INDEPENDIENTE

- El movimiento pasivo en un arco particular evita las contracturas dolorosas, también conserva la longitud de los músculos y la flexibilidad de las articulaciones, estimula la circulación y es un elemento de retroalimentación sensorial(IBIDEM:1160)

- * Orientar sobre las técnicas de ejercicios al familiar.

INDEPENDIENTE

- La orientación y educación de los familiares es una forma de promover la educación para la salud en los pacientes.(IBIDEM :824)

- * Interacción con el fisioterapeuta

INTERDEPENDIENTE

- La interacción con otro profesional de la salud potencia el beneficio

adquirido por el
paciente.(IBIDEM: 835)

EVALUACIÓN, Después del tercer día Alexis empezó a recuperar su tono muscular y ha estado menos espástico.

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel de dependencia 3

SEGUIMIENTO

23/10/2008

Signos vitales de 128x`46x`36° y 90/60.

El día de hoy recibe inter consulta de REHABILITACION

Valoración: Se valora cuadriparesia espástica; el objetivo es mejorar el tono evitando reposo prolongado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de alteración del Patrón respiratorio relacionado a deterioro neuromuscular.

OBJETIVO

Lograr que Alexis conserve una oxigenación adecuada por medio de una frecuencia respiratoria de buena intensidad y frecuencia además de una adecuada saturación de oxígeno durante cada turno.

CRITERIOS

- ◆ Patrón respiratorio
- ◆ Frecuencia respiratoria
- ◆ Posición
- ◆ Oximetría de pulso
- ◆ Silverman Anderson
- ◆ Estudios de Laboratorio

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Sustituta y ayuda

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Valoración del patrón respiratorio cada dos horas, monitoreando el ritmo, la profundidad y observando las irregularidades respiratorias.

FUNDAMENTACION

- El oxígeno es fundamental para el mantenimiento de la vida, la sangre se oxigena por medio de mecanismos de ventilación,

INDEPENDIENTE

- * Toma y registro de frecuencia respiratoria y demás signos vitales.

INDEPENDIENTE

- * Auscultar los ruidos respiratorios, observa las áreas de hipo ventilación o la presencia de ruidos agregados

- * Observar si se manifiestan los reflejos de nauseas/deglución y la capacidad del paciente para proteger sus propias vías respiratorias.

perfusión, difusión y transporte de gases respirados. La regulación neurológica y química controla la frecuencia y profundidad de la respiración en respuesta a los cambios en la demanda tisular de oxígeno.(Potter,2001:1147)

- El valorar y registrar la frecuencia respiratoria es un panorama de valoración cuantitativo para evitar las complicaciones de perfusión celular.(Kozier,1994:460)

- El poder identificar los problemas pulmonares, como la obstrucción de las vías respiratorias que pueden obstaculizar la oxigenación puede evitar complicaciones. Marrynynn E. Doenges: Planes de Cuidados de Enfermería, 7ª edición, edit. Mac Graw Hill, Bogotá , 2006)

- La capacidad para movilizar o eliminar secreciones es importante para mantener las vías respiratorias. La pérdida del reflejo de deglución o del de la tos puede indicar la necesidad de aplicar

INDEPENDIENTE	respiración artificial.(IBIDEM: 225)
* Colocar al paciente en semifowler para favorecer la entrada y salida de aire.	<ul style="list-style-type: none"> • Una posición adecuada favorece la inspiración y expiración así como el movimiento adecuado del diafragma para la expansión pulmonar.(Potter,2001:117 4)
INDEPENDIENTE	
* Monitorizar la oxigenación de forma indirecta por medio de un oxímetro de pulso.	<ul style="list-style-type: none"> • La oximetría de pulso es una forma precisa de saber la saturación de oxígeno del paciente identificando una hipo perfusión o hiper perfusión ya que tanto la deficiencia como el exceso causa daño al paciente.(Kozier,1994:446)
INDEPENDIENTE	
* Valoración de la escala de Silverman Anderson.	<ul style="list-style-type: none"> • La escala de Silverman permite estar monitoreando los cambios que pueden indicar una complicación pulmonía (frecuente después de una lesión cerebral). (IBIDEM: 430)
INDEPENDIENTE	
* Toma de gasometría arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Gases arteriales es una muestra de sangre arterial que se toma para evaluar el equilibrio ácido base y la oxigenación, los valores evaluados son: pH., paO₂, PCO₂, HCO₃. (Programa de STABLE, Karlesen
INTERDEPENDIENTE	

EVALUACIÓN, Alexis mejoro la oxigenación en la medida que se logro satisfacer las necesidades que se relacionan con esta y que estaban también alterando el patrón respiratorio.

El seguimiento fue durante dos días donde se llevo una valoración por medio de la escala de Silverman de 0 y la monitorización de la saturación de oxigeno 89%, sin detección de mayor problema.

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración de la integridad cutánea relacionada a colocación de sustancias como benjuí en zona de catéter, manifestado por enrojecimiento y eritema alrededor del sitio de punción.

OBJETIVO

Lograr que la piel de Alexis este intacta y sana, en un lapso de una semana, mediante cuidados especializados.

CRITERIOS

- ◆ Características de la piel
- ◆ Métodos invasivos en la piel

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Sustituta y ayuda

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Inspeccionar la piel, tejidos y membranas mucosas de forma periódica durante el día.

INDEPENDIENTE

FUNDAMENTACION

- La piel es el revestimiento que cubre de manera continua el cuerpo, separando el medio interno del ambiente externo. Esta sirve de barrera física, protege el organismo frente a agresiones químicas,

mecánicas y bacterianas.

Contribuye a la regulación de la temperatura(Potter Voll,2002:1570)

La piel del niño especialmente la del lactante , es más fina y delicada que la del adulto, funciona de manera diferente y reacciona de manera más agresiva ante sustancias.(Potter,Boli,2002: 1572)

- * Eliminar sustancias que irriten y dañen la piel como el benjuí, y no utilizar nada más que el pegamento de la cinta adhesiva.

INDEPENDIENTE

- Los métodos invasivos son un medio que expone al medio interno del organismo con el externo y esto provoca que se esté más susceptible ante infecciones oportunistas.(Diagnósticos de enfermería aplicaciones clínicas, Carpenito,2003:603)

La respuesta de la piel a los antígenos son la dilatación capilar(eritema), la dilatación de las arteriolas(rubor) y el aumento de la permeabilidad capilar(pápula)todo lo cual contribuye al edema, los espasmos y el prurito localizado.(Carpento,2003:604)

El benjuí es una estancia utilizada para la fijación de parches en la piel, la cual provoca irritación cuando se mantiene por tiempo prolongado sobre esta provocando laceraciones y perdida de la continuidad de la piel.(ibídem:605)

- * Evaluar el estado nutricional de Alexis, además de proporcionar una dieta equilibrada, con suficientes proteínas, vitaminas y minerales.

- El aporte elevado de proteínas e hidratos de carbono evita el adelgazamiento de la piel.
- Un balance de nitrógeno positivo y la mejoría del estado nutricional puede ayudar a prevenir el deterioro de la piel y a favorecer la curación.(Marrynynn E. Doenges2006:823).

- * Inter consulta a dermatología

INTERDEPENDIENTE

- La interacción con otro especialista promueve el intercambio de ideas con el fin de un mejor tratamiento para el niño.

- * Mantener hidratada la piel, estricta higiene usando jabón suave, sin detergentes secar con suavidad y meticulosamente, y lubricar con crema Nutricart cada 12 horas.

- La limpieza y lubricación de la piel es fundamental para mantener suave y elástica, y protegerla de un posible deterioro.(Marrynynn E. Doenges2006:823).

INTERDEPENDIENTE

EVALUACIÓN,

Se logro que Alexis tuviera una piel intacta y sana mediante acciones interdisciplinarias e independientes.

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Alteración del patrón de sueño relacionado a realización de procedimientos excesivos por la noche, manifestado por ojeras, cansancio irritabilidad y llanto nocturno.

OBJETIVO:

Alexis recuperara su descanso y sueño en la medida que disminuyan los factores que desencadenan este, en un lapso de 3 días.

CRITERIOS

- ◆ Horas de vigilia / sueño
- ◆ Presencia/ ausencia de llanto
- ◆ Estado emocional

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Ayuda y sustituta

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS	FUNDAMENTACION
--------------------------------------	-----------------------

- * Determinar los hábitos de sueño cotidiano y los cambios que se hayan producido.

INDEPENDIENTE

- Identifica la necesidad de acción y ayuda a determinar las intervenciones adecuadas. (Marrynynn E. Doenges2006:820).

- * Promover medidas que faciliten la relajación.

INDEPENDIENTE

- El reposo y sueño son esenciales para la salud. El reposo implica calma, relajación sin estrés emocional, y estar libre de ansiedad. Y por otro lado el sueño un estado de

alteración de la conciencia en el que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidas, se caracteriza por una actividad física mínima, niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos, orgánicos y disminución de la respuesta ante estímulos externos.(Kozier,2004:1219)

- * Favorecer un ambiente tranquilo con luz tenue durante el sueño.

INDEPENDIENTE

- Algunos estímulos ambientales, como las alarmas o ruidos excesivos harán que el paciente despierte y se exalte. Este puede favorecer o dificultar el sueño.

La fase I del sueño es la más superficial y en las III Y IV el sueño es más profundo, el resultado es que para despertar es necesario ruidos excesivos.

La comodidad por la temperatura o falta de ventilación, la luz dificulta que duerma el paciente.

Las temperaturas elevadas pueden ocasionar una disminución de las fases de sueño III Y IV (Kozier,2004:1220-1223)

- * Proporcionar una cama cómoda y parte de sus propias posesiones como almohada,

- Incrementa la comodidad a la hora de dormir y el apoyo fisiológico y psicológico. (Marrynynn E. Doenges,

manta etc.

2006:820).

INDEPENDIENTE

- La interrupción excesiva de sueño por estímulos relacionados con procedimientos evita que el paciente tenga un periodo de sueño y reposo adecuado.(IBIDEM:1238)
- * Realizar lo menos posible procedimientos de enfermería por la noche
- Las medidas de confort son esenciales para ayudar a que el paciente consiga el sueño y lo mantenga, especialmente cuando los efectos de la enfermedad interfiere en el sueño como:
 - Proporcionar ropa cómoda
 - Ayudar a brindar practicas higiénicas
 - Asegurarse que la ropa de cama este bien estirada, limpia y seca.
 - Ofrecer masaje en la espalda
 - Dar posición adecuada.(IBIDEM:1230-1231)
- * Fomentar las medidas de bienestar a la hora de acostarse.

EVALUACIÓN

Alexis ha continuado irritable ya que por la noche no se queda nadie con el niño y es difícil llevar a cabo las intervenciones deseadas. Nivel de independencia 4

Se revalora la situación que se está dando en cuanto al descanso de Alexis, debido a que es inevitable los procedimiento hospitalarios durante la noche se ha establecido *una intervención especializada, que duerma una siesta durante el día en compañía de la mama ya que se siente más cómodo y tranquilo.*

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionada a enrojecimiento y eritema en puntos de presión (talones).

OBJETIVO

Conservar la integridad de la piel de Alexis en los puntos de presión en un lapso de 2 días tomando medidas inmediatas de seguridad como los cambios de posición valorando escala de Branden.

CRITERIOS

- ◆ Características de la piel
- ◆ Escala de Branden
- ◆ Hidratación
- ◆ Nutrición

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Ayuda y sustituta

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Valoración de la piel cada dos horas por turno reportando por turno las características.

INDEPENDIENTE

FUNDAMENTACION

La piel o sistema tegumentario es el órgano corporal más grande, el cual constituye una sexta parte del peso corporal. Es una barrera protectora contra microorganismos causantes

de enfermedad; es un órgano sensorial del dolor, temperatura y tacto y puede sintetizar la vitamina D. Las heridas del tegumento constituyen un riesgo para la salud y desencadenan una respuesta de cicatrización.(Técnicas y procedimientos básicos, Potter Vol. II,2002:1570)

La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intra capilar, los capilares se ocluyen; y la hipoxia resultante daña los tejidos.(Diagnósticos de enfermería, aplicaciones clínicas, Carpenito,2003:611)

El cizallamiento es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en una dirección y otra capa se mueve en la dirección opuesta. Si la piel se adhiere a la piel y el peso del cuerpo hace que el esqueleto se deslice hacia abajo dentro de la piel, los capilares su epidérmicos pueden acodarse y pellizcarse, disminuyendo así la perfusión del tejido.(Carpenito,2003:611-612)

La fricción consiste en el desgaste fisiológico del tejido si la piel se frota

contra las sábanas de la cama se puede hacer abrasión en la piel.(ibídem:612)

La maceración es el mecanismo por el cual el tejido se ablanda al permanecer mojado o empapado de forma prolongada. Si la piel se empapa, las células se debilitan y la epidermis se erosiona con facilidad.(ibídem:611)

- * Cambios de posición cada dos horas, durante cada turno.

INDEPENDIENTE

- Los cambios de posición son una medida preventiva que evita que la piel y sobre todo las prominencias óseas presionen los tejidos y con ello deterioren la epidermis provocando úlceras por presión.(Potter,2004:1587)

- * Uso de colchón de alpiste.

INDEPENDIENTE

- Reduce el riesgo de abrasiones cutáneas y reduce la presión que puede alterar el flujo sanguíneo a las células. Estimula la circulación de aire a lo largo de la superficie cutánea para disipar el calor y la humedad. (Marrynynn E. Doenges, 2006:820).

- * Valoración de escala de Branden por turno, con las respectivas anotaciones de los cambios de cada 24 horas.

INDEPENDIENTE

- Escala de Branden es una medida que tiene 5 factores: el estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. La puntuación oscila entre 5 y 20 una puntuación baja indica riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión.(ibídem:1583)

- * Estiramiento de sábanas, permaneciendo ropa seca.

INDEPENDIENTE

- Evita lesiones por fricción o abrasión de la piel. (Marrynynn E. Doenges, 2006:824).

- * Mantener la piel limpia y seca sobre todo en la eliminación.

INDEPENDIENTE

- La higiene previene que la piel mantenga desechos que ponen en riesgo de infección la piel y adelgazamiento.(IBIDEM, 2006:824)

- * Favorecer una alimentación adecuada.

INDEPENDIENTE

- La nutrición adecuada (proteínas, vitaminas, minerales)es fundamental para la cicatrización de las heridas, para prevenir las infecciones, para preservar la función inmunitaria y para minimizar la pérdida de la fuerza.(ibídem:612).

EVALUACIÓN

Se logro una piel intacta y con aspecto sano.

La mama de Alexis coopera muy bien en cuanto a las actividades a realizar para un mejor cuidado de su hijo, ella comenta que tiene un colchón de alpiste y en cuanto le dije que era necesario por el riesgo de la alteración de la piel ella lo trajo al hospital. Aun con estas medidas se sigue valorando ya que existe en el niño una alteración neurológica que le imposibilita el movimiento siendo dependiente en esta necesidad.

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Riesgo de alteración en la alimentación relacionada a déficit para la deglución por afección neurológica y debilidad muscular.

OBJETIVO

Lograr que mejore la ingesta de alimentos para reducir las complicaciones nutricias de Alexis, dependiendo de los límites impuestos por la disfunción, en un lapso de 2 días.

CRITERIOS

- ◆ Alimentación con sonda
- ◆ Características de los alimentos
- ◆ Deglución
- ◆ Secreciones
- ◆ Hidratación

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Sustituta y ayuda

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

FUNDAMENTACION

- * Brindar los alimentos a temperatura ambiental.

INDEPENDIENTE

- Las características de los alimentos es una parte importante para la degustación de los alimentos que interfiere en el consumo o no de ellos. (Marrynynn E. Doenges, 2006:820).

- * Estrecha vigilancia en la deglución.

INDEPENDIENTE

- El proceso de la deglución transcurre en tres fases en las que participan los pares craneales:

Fase I (oral) el alimento es depositado en la cavidad oral, se cierran los labios y comienza el reflejo de la deglución. La lengua manipula la comida y el paladar blando y la úvula cierran la nasofaringe.

Fase II (faringe) la comida atraviesa los arcos de la fosa anterior y desencadena el reflejo de la deglución. La elevación de la lengua y la contracción del paladar blando impiden que el contenido vuelva a la cavidad bucal. Comienzan los movimientos peristálticos de la faringe que impulsan el alimento hacia abajo.

Fase III (esofágica) las contracciones peristálticas de la faringe empujan la comida hacia abajo. La laringe asciende y los

músculos cricofaríngeos se relajan, permitiendo así que el contenido se desplace desde la faringe hacia el esófago. La onda laringea impulsa a través del esófago hasta el estomago.

En la deglución participan los pares craneales V, VII, IX, X Y XI.(IBIDEM:529-530).

- * Observar si se manifiestan los reflejos de náuseas/deglución y la capacidad del paciente para tragar.

INDEPENDIENTE

- La capacidad para movilizar o eliminar secreciones es importante para mantener las vías respiratorias. La pérdida del reflejo de deglución o del de la tos puede indicar la necesidad de aplicar respiración artificial.(Marraynyn E. Doenges,2006:824)

EVALUACIÓN

Esta necesidad aun sigue alterada ya que debido a la alteración neurológica es complicado llegar a proporcionar alimentación oral.

SEGUIMIENTO: Alexis debido al problema neurológico que tiene se valoro la utilización de sonda transpilórica la cual se coloca EL 13 DE DICIEMBRE.

NIVEL DE INDEPENDENCIA ALCANZADO

Nivel 2

SEGUNDA VALORACIÓN

15/nov./08 se toma BH encontrando plaquetopenia con trombocitopenia por lo que se decide iniciar fluconazol por posible infección por hongos.

29/nov./08 Presenta crisis convulsivas por desequilibrio Hidra. Electrolítico con Na de 116.

13/DIC/08 Ingresa por nauseas, vomito gastrobiliar y fiebre de 38.3 a su ingreso se toma electrolitos séricos encontrando Na de 125 lo cual se corrige, posteriormente le dan crisis convulsivas se administra DFH, Alexis es valorado por cuidados paliativos, quien reporta sin posibilidad quirúrgica y condición neurológica grave.

20/DIC/08 Paciente indiferente al medio, a febril, buen estado de hidratación, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin agregados, abdomen blando depresible con disminución en la peristalsis.

Se sesiona con el comité de ética y cuidados paliativos por los antecedentes de Alexis, motivo por el cual los padres deciden egresos a su domicilio en código verde.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Duelo anticipado relacionado con enfermedad terminal, manifestado por llanto, desesperación y negación.

OBJETIVO

Lograr que el cuidador primario vaya cambiando sus reacciones emocionales mediante el cuidado de Alexis.

CRITERIOS

- ◆ Relaciones Inter e intrafamiliares
- ◆ Familia

RELACION ENFERMERA/PACIENTE

Ayuda

INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS

- * Reducir o eliminar, los factores etiológicos y relacionados sobre el duelo. Mediante:
 - Establecimiento de relación de confianza con la mama
 - Apoyar las reacciones de duelo de la persona y la familia
 - Fomentar la cohesión de la familia
 - Promover el bienestar físico: nutrición, descanso, ejercicio para los cuidadores y familiares.

FUNDAMENTACION

- El proceso de duelo no puede comenzar mientras no se admita el proceso de una perdida anticipada.
- Las conversaciones francas y sinceras pueden ayudar al cuidador primario a aceptar y afrontar la situación y sus reacciones ante ella.
- Las investigaciones confirman que las intervenciones de los profesionales y de los servicios de autoayuda reducen el riesgo de sufrir trastornos.(Diagnósticos de enfermería, Carpenito ,2002: 321)

INTERDEPENDIENTE

APOYO TANATOLOGICO

Los Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Cuidados Paliativos como: "... el cuidado activo y total de las enfermedades que **NO** tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias."

Filosóficamente, el alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de los cuidados paliativos. Describe los objetivos de los Cuidados Paliativos según la OMS.

Objetivo de los Cuidados Paliativos según la OMS

Alivio del dolor y otros síntomas

No alargar ni acortar la vida

Dar apoyo psicológico, social y espiritual

Reafirmar la importancia de la vida

Considerar la muerte como algo normal

Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible

Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

La decisión de optar por cuidados paliativos en lugar de un tratamiento agresivo suele ser una decisión que deben afrontar los padres. Se trata de la aceptación de un pronóstico malo y de la oportunidad de brindar una atención muy especial a un ser querido. El proceso de la agonía requiere el mismo cuidado y respeto que exigen todas las demás etapas de la vida. Sólo por medio de dichos cuidados y respeto los padres pueden darles a sus hijos el apoyo que realmente necesitan. Esta etapa implica un cambio de rumbo con nuevas metas y esperanzas: una muerte serena, sin dolor y en presencia de los seres queridos.

El cuidado paliativo puede suministrarse en el hospital, en el hogar o en un centro especializado. También puede llevarse a cabo a largo plazo, durante varios años; o a corto plazo, con una duración de días o semanas. Los cuidados paliativos pueden incluir la quimioterapia y radiación para el control del dolor. Muchas veces, este tratamiento contra el dolor puede atenuar el desarrollo de una enfermedad progresiva o un tumor, e incluso reducirlos. También pueden recomendarse otros métodos de control del dolor. Es importante aclarar que el objetivo de esta terapia no es el tratamiento ni la cura, sino el alivio del dolor y las molestias.

Derechos del Paciente

Existe una lista de derechos del paciente cuyo objetivo es garantizar que la compañía, los individuos o la institución que asisten al paciente le brinden el cuidado y el respeto que necesita, y que los procesos involucrados en la toma de decisiones se realicen en forma adecuada. El paciente y su familia recibirán esta lista antes de comenzar la terapia de cuidados. La lista es similar a un contrato y brinda protección al paciente y a su familia y les suministra información acerca de las limitaciones y los servicios prestados por los responsables del cuidado del enfermo.

El apoyo proporcionado es:

- Apoyo e intervención psicosocial para el niño y los miembros de su familia
- Equipo para el suministro de medicamentos, alimento, oxígeno y succión
- Equipo especial como por ejemplo, camas, baños, sillas, sillas de ruedas y demás elementos necesarios para el aseo
- Cuidados especializados de enfermeros, médicos, profesionales farmacéuticos y demás especialistas
- Asistencia alimenticia y de medicamentos
- Apoyo espiritual, religioso y cultural
- Grupos de apoyo para hermanos.
- Relevo de descanso al cuidador para que la familia del paciente pueda descansar
- Asistencia para atenuar el sentimiento de pérdida: como lo son las etapas de duelo las cuales se trabajaran ampliamente sobre todo con el cuidador primario:

1) *Negación y aislamiento*: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es un defensa provisorio y pronto será sustituida por una aceptación parcial: "*no podemos mirar al sol todo el tiempo*".

2) *Ira*: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

3) *Pacto*: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la

traumática vivencia.

4) *Depresión*: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

5) *Aceptación*: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

- seguimiento de la familia luego de la muerte del niño²⁴

²⁴ IX Curso Monográfico de Tanatología. Hospital zona No 32 Villa Coapa, IMSS 2008

PLAN DE ALTA

INTRODUCCIÓN

El presente plan de alta tiene como objetivo proporcionar la información más importante para el cuidado de Alexis ya que ha llegado a una dependencia casi total y el cuidador primario tiene que aprender lo más importante, evitando así un deterioro físico, psicológico, social y espiritual, y dar calidad de vida con calidez, ya que la satisfacción de necesidades básicas sigue siendo el pilar de un cuidado holístico para la persona.

Está integrado por los cuidados tanto de curación como lo son sus medicamentos, curaciones y citas al pediatra; como además los cuidados especializados de enfermería que se integran biopsico socialmente y espiritualmente para cubrir un todo holístico y así mantener cubiertas sus necesidades fundamentales.

El día 2 de diciembre del 2008 se reporta Paciente indiferente al medio, a febril, buen estado de hidratación Cs PS bien ventilado Rs Cs rítmicos sin agregados.

Se sesiona con el comité de ética por los antecedentes de Alexis motivo por el cual se decide junto con los padres su egreso a su domicilio en código verde.

Se instala sonda gástrica para alimentación.

Alta del Servicio con cita abierta a urgencias con las siguientes indicaciones medicas:

- Formula al 13% des lactosada 160ml cada 4 horas más 6.5ml de Na Cl 17.7% en cada toma.

CUIDADOS ESPECIFICOS

- No tocar la válvula salvo por indicación médica.
- No acostar al niño sobre la válvula, ya que la presión sobre la misma puede maltratar la piel.
- Vigilar la aparición de coloración roja o supuración de la piel sobre alguna parte de la válvula.
- Vigilar que la fontanela del niño se mantenga a nivel o hundida.
- Vigilar que no aparezcan síntomas que sugieran que la válvula funciona mal.

MEDICAMENTOS:

- Cefotaxima 100mg Kg. día dar 320mg VO cada 12hrs por 10 días.
- Ranitidina 5mg cada 8 horas
- Cisaprida .25mg
- Ibuprofeno 10mg
- Acetazolamida 50mg VO cada 12horas
- Clobazam .5mg.

HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

- Cuidados de higiene en casa baño diario y cambio de ropa
- Brindar sus medicamentos con horario indicado

- Alimentación por sonda (Se le enseña cómo debe darle adecuadamente la alimentación, como enjuagarla y sobre todo verificación de la colocación además de las complicaciones)
- Continuar con los movimientos y cambio de posición cada dos horas
- Vigilancia del estado de conciencia
- Propiciar un ambiente cómodo para dormir según sus hábitos
- Comunicación en todo momento con Alexis
- Evitar peligros por medio de vigilancia estrecha (realizar un columpio en la cama para evitar que se deslice hacia abajo y pueda caer)
- Cuidado de la piel que la mantenga seca y lubricada en el cambio de pañal tener cuidado de no dejar zonas húmedas.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Alteración en el estado de conciencia
- Vomito continuo
- Fiebre persistente
- Presencia de convulsiones
- Explicar que tiene cita abierta a urgencias.

Aún después de la decisión de llevarse a Alexis a su domicilio la mama hace todo lo posible por darle una excelente calidad de vida a Alexis, he tenido comunicación con ella y aun llevan a Alexis a consulta al Instituto Nacional de Pediatría, para valoración médica y cuidados especiales como la sonda gástrica.

CONCLUSIONES

La hidrocefalia es un padecimiento el cual puede revertir con derivación ventricular y los cuidados especializados, pero también existen casos muy especiales donde esta es mortal para el niño ya que es difícil poder derivar el LCR y con ello se van dando una serie de complicaciones neurológicas y sistémicas.

En el caso de Alexis se complicó, debido a los riesgos de infecciones nosocomiales y enfermedades agregadas, lo que fueron deteriorando su salud hasta llegar a cuidados paliativos. La importancia aquí del especialista de enfermería radica principalmente en que el niño requirió de cuidados más específicos que lo ayudaran a evitar complicaciones y lograr su salud o tener una mejor calidad y calidez de vida.

Enfermería es una profesión que brinda cuidados de forma general a la persona, familia y comunidad; pero debido a ello se ha hecho necesario su constante preparación sobre todo especialización, para dar un cuidado más específico con conocimientos fundamentales en un área determinada como base para un buen resultado hacia la satisfacción de la necesidad alterada en un grupo específico de personas según la edad y el padecimiento.

Este estudio de caso se enfocó ampliamente en un cuidado holístico y especializado que se interrelacionó con diversas especialidades de enfermería como apoyo para el cuidado que se brinda con conocimientos bien fundamentados, en cada una de las fases que se toman en cuenta según la metodología utilizada.

SUGERENCIAS

La enfermería está creciendo constantemente a cada día, a cada minuto, a cada instante y con ello nos volvemos una profesión con la responsabilidad de crear nuevos conocimientos para la enfermería, por ello es que los fundamentos dados en un aula que nos proporciona una base para dar el cuidado especializado debe ser integral desde un punto de vista profesional; solo debemos tener un pensamiento crítico.

Además creo que los trabajos que se están realizando no deben quedarse en simples escritos sino que deben llevarse a discusión con las diferentes especialidades, haciendo más enriquecedor el cuidado pero sobre todo perfeccionándolo cada día, interactuando con los colegas de acuerdo al caso y a los cuidados específicos requeridos.

Enfermería debe pensar sobre nuevas áreas de conocimiento para un mejor cuidado, debemos crecer, crear, descubrir; somos una profesión con nuevas expectativas pero también con oportunidades de demostrar lo que sabemos y podemos hacer.

Por ello digo enfermería adelante que seremos mejores cada día con ayuda y compañerismo, con humanismo y cuidado, con entusiasmo y creatividad.

BIBLIOGRAFIA

Adams y Maurice V. Principios de Neurología, 7ª edición, edit. MC Graw Hill, México 2001, Pág. 617-623.

Anne Griffin Perry, Técnicas y procedimientos básicos, 4ª edición, edit. Mosby, 2002.

Cárdenas Jiménez M., ANTOLOGIA Teorías y Modelos de Enfermería, UNAM posgrado, 1era edición junio 2006 pp. 89-90.

Cruz Hernández M., Tratado de Pediatría, edición 9a, editorial ergon, Vol. II, Barcelona 2006.

Beckman E. Richard, Tratado de Pediatría Vol. II, 15 edición, edit. Mac Graw Hill, Madrid 1997.

Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, diciembre del 2001, http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf

Duran E M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. Rev. Role de Enferm. 1999; 22(4): 45-9., http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm.

El modelo conceptual en cuidados de enfermería pp18-22
www.cuidadosdeenfermeria_virginia_henderson.htm
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

Feliú B. y Estrada R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. La Habana: Editorial WALSUD; 1997, http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm.

Fernández Ferrin C., El proceso de Atención de Enfermería, 2a edición, edit. Masson, Barcelona, 1999.

Garijo C. Pediatría, Guía Practica para enfermería, Edit. Interamericana, 1era edición, España 1995, Pág. 345.

Hougston R. Fundamentos de la Practica de Enfermería, 3ª edición, edit. Mac Graw Hill, 2007.

Hospital General de zona No 32 IMSS IX Curso Monográfico de Tanatología, 2008.

Juall Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana pp.7-10.

Kozier Barbara, Erb, Blais. Conceptos y temas en la practica de enfermería, 2da edición. Edit Mac Graw Hill-Interamericana pp. 130.

Marylynn E., Planes de Cuidados de Enfermería, 7ª edición, edit. Mac Graw Hill, Bogota, 2006.

Margaret Graham, Nursing Management of Fever in Children. The Johanna Briggs Institute, No5, Vol.5, 2004, pg. 6
<http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php> (pp.5)

M. Goicochea Sáez Enfermedad Neumocócica invasiva en la población infantil de la comunidad de Valencia, Gaceta sanitaria, Vol. 17 No 6, Barcelona España nov.- dic. 2003.

Michel Crocetti, Compendio de Pediatría, segunda edición, edit. Mac Graw Hill, Philadelphia, 2006.

Omayda Urbina Laza, El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista, Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Educ. Med Súper; 17(3) Cuba, 2003,
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm

Phaneuf M. La aplicación de los cuidados enfermeros, editorial Mc. Graw Hill Interamericana, México 1999 pp. 15-18

Rodrigo Luis M.T. De la teoría a la practica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 3era edición, edit. Elser Masón, Barcelona 2005.
Rodríguez Sánchez Bertha Proceso Enfermero 1a edición, edit. Cuellar, México, 2006.

Siles González J, Historia de la Enfermería (1999). Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Alicante.

Sanfeliu V. Problemas Neurológicos, Editorial Masón, Edición 2a, Barcelona 1999, Pág.16-20

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo126/capitulo126.htm>

Swearingen P., Manual de Enfermería Medico Quirúrgica, 4ª edición, edit. Harcourt, España 2000, Pág.354-376.

ANEXOS

Escala de Braden y Braden Q (para niños menores de 5 años)

<p>MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad. 2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo. 3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo. 4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda. 	
<p>ACTIVIDAD Nivel de actividad física</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encamado. Paciente constantemente encamado. 2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas. 3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla. 4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo. 	
<p>PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), O Capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo. 2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, O Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo. 3. Ligeramente limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, O Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo. 4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar. 	
<p>HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constantemente húmeda. La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente. 2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno. 3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día. 4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Cambios de cama una vez al día. 	

<p>FRICCIÓN Roce de la piel con superficies de contacto</p> <p>DESlizAMIENTO Contacto de la piel con prominencias óseas</p>	<p>1. Problema significativo. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p> <p>2. Problema. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda.</p> <p>3. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.</p> <p>4. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>
<p>NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p>1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, O Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p> <p>2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, O Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda, nasogástrica.</p> <p>3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, O Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p> <p>4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN Relleno capilar y oxigenación de los tejidos</p>	<p>1. Extremadamente comprometida. Hipotensión (PAM < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos) o el paciente no tolera fisiológicamente cambios de posición.</p> <p>2. Comprometida. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo < 7,40</p> <p>3. Adecuada. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar de 2 segundos y pH normal.</p> <p>4. Excelente. Normotenso. Saturación de oxígeno > 95%, hemoglobina normal, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo normal.</p>

Escala de Glasgow Modificada para Lactantes

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
<p>Apertura de Ojos:</p> <p>Esponánea:</p> <p>Al hablarle:</p> <p>Al dolor:</p> <p>Ausencia:</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>Verbal:</p> <p>Baluceo:</p> <p>Irritable:</p> <p>Llanto al dolor:</p> <p>Quejidos al dolor:</p> <p>Ausencia:.....</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>Motora:</p> <p>Movimientos espontáneos.....</p> <p>Retirada al tocar:</p> <p>Retirada al dolor:</p> <p>Flexión anormal:</p> <p>Extensión anormal:</p> <p>Ausencia:</p>	<p>6</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	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

TRÍPTICO DE CUIDADOS EN DOMICILIO PARA EL CUIDADOR PRIMARIO

CUIDADOS ESPECIFICOS

- No tocar la válvula salvo por indicación médica.
- No acostar al niño sobre la válvula, ya que la presión sobre la misma puede maltratar la piel.
- Vigilar la aparición de coloración roja o supuración de la piel sobre alguna parte de la válvula.
- Vigilar que la fontanela del niño se mantenga a nivel o hundida.
- Vigilar que no aparezcan síntomas que sugieran que la válvula funciona mal.



Si has tenido a lo largo de tu vida situaciones maravillosas, éstas vivirán eternamente en el rincón de tu alma.

Si has vivido situaciones negativas que formaron cicatrices en tu corazón, no te preocupes, porque las situaciones maravillosas pueden, con su esplendor, borrar las marcas del



*E.E.I. JIMENEZ ZAMORA MARIA
GUADALUPE*

ALEXIS
CUIDADOS BASICOS

SIGNOS DE ALARMA

Presentarse al servicio de URGENCIAS en caso de presentar:

- Alteración en el estado de conciencia
- Vómito continuo

HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

- Cuidados de higiene en casa baño diario y cambio de ropa(corte de uñas, aseo ocular y masaje en todo el cuerpo).
- Brindar sus medicamentos con horario indicado
- Alimentación por sonda(Se le enseña como debe darle adecuadamente la alimentación, como enjuagarla y sobre todo verificación de la colocación además de las complicaciones)
- Colutorios con agua con bicarbonato.
- Continuar con los movimientos y cambio de posición cada dos horas
- Vigilancia del estado de conciencia
- Vigilancia de la temperatura (tomar temperatura axilar cada 2 horas si tiene fiebre) control con compresas humadas, quitar la ropa.
- Propiciar un ambiente cómodo para dormir según sus hábitos
- Comunicación en todo momento con Alexis(tocar, acariciar, hablarle)

Evitar peligros por medio de vigilancia estrecha (realizar un columpio en la cama para evitar que se deslice.

Cuidados de higiene en casa baño diario y cambio de ropa(corte de uñas, aseo ocular y masaje en todo el cuerpo).

Brindar sus medicamentos con horario indicado

Alimentación por sonda(Se le enseña como debe darle adecuadamente a alimentación, como enjuagarla y sobre todo verificación de la colocación además de las complicaciones)

Colutorios con agua con bicarbonato.

Continuar con los movimientos y cambio de posición cada dos horas

Vigilancia del estado de conciencia

Vigilancia de la temperatura (tomar temperatura axilar cada 2 horas si tiene fiebre) control con compresas humadas, quitar la ropa.

Propiciar un ambiente cómodo para dormir según sus hábitos

Comunicación en todo momento con Alexis(tocar, acariciar, hablarle)

Evitar peligros por medio de vigilancia estrecha (realizar un columpio en la cama para evitar que se deslice hacia abajo y pueda caer)

Cuidado de la piel que la mantenga seca y lubricada en el cambio de pañal tener cuidado de no dejar HABITOS HIGIENICO DIETETICOS

- Cuidado de la piel que la mantenga seca y lubricada en el cambio de pañal tener cuidado de no dejar zonas húmedas.

MEDICAMENTOS:

- Cefotaxima 100mg Kg. día dar 320mg VO cada 12hrs por 10 días.
- Ranitidina 5mg cada 8 horas
- Cisaprida .25mg
- Ibuprofeno 10mg
- Acetazolamida 50mg VO cada 12horas
- Clobazam .5mg.



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Sandra L. I. declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Alexis B. L. participe en el estudio de caso de Ma Guadalupe Jimenez Zamora "Lactante con padecimiento de hidrocefalia", cuyo objetivo principal es: Aprendizaje y proporcionar cuidados de calidad a mi hijo

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Cuidados especiales durante su estancia hospitalaria

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

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

Nombre del responsable del estudio: Ma Guadalupe Jimenez Zamora

[Firma]
Firma

Nombre del padre o tutor: Sandra L. I.

[Firma]
Firma

Nombre: Encka Posy
Firma: [Firma]
Dirección: _____

Testigos
Nombre: Abramo Bata
Firma: [Firma]
Dirección: _____

México, D. F. a 20 de Oct 2008

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

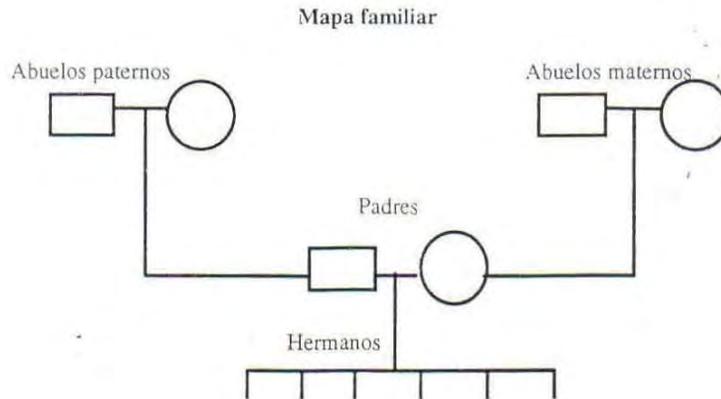
ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

I D A T O S D E M O D O J R Á F I C O S	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II F A M I L I A	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____ Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte de la localidad: _____

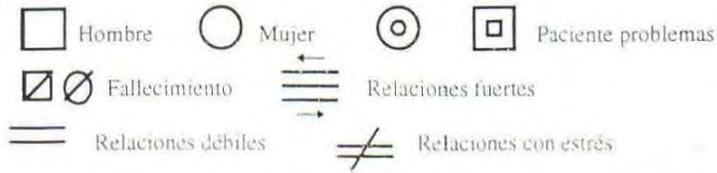
Mapa Familiar.



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos



III O R I E N T A C I O N	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Sí:___ No:___ Salas de espera: Sí:___ No:___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí:___ No:___ Permanencia en el servicio: Sí:___ No:___</p> <p>Informes sobre el estado de salud del niño: Sí:___ No:___ Horario de cafetería: Si:___ No:___ servicio religioso: Sí:___ No:___ Restricciones en la visita: _____</p>
IV V A L O R A C I O N D E N T E S I N D I V I D U A L E S	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer:_____ Talla al nacer:_____</p> <p>Lloró al nacer:_____ Respiró al nacer:_____ Se realizaron maniobras de resucitación:_____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____</p> <p>¿Quién?:_____ ¿Cuándo?:_____ El niño es alérgico; Sí:_____ No:_____</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?:_____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____</p> <p>Vacunación: _____</p>
I	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna:_____ Biberón:_____ Vaso:_____</p> <p>¿Con qué frecuencia?_____ Cantidad:_____ Dificultad:_____</p> <p>Horario:_____ Tipo de alimentos: En puré:_____ Picados:_____</p> <p>Licuada:_____ Otros:_____</p> <p>¿Come sólo?_____ ¿Con ayuda?_____ ¿Con quién come?_____</p> <p>_____ Lugar:_____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____</p> <p>¿Que alimentos rechaza?_____ Dieta especial:_____</p> <p>Alergias alimentarias:_____ Otros: explique si tiene:_____</p> <p>Alimentación especial: _____</p>

Cantidad de alimentos:		Desayuno	Comida	Merienda		
1	Cereales	_____	_____	_____		
	Frutas	_____	_____	_____		
	Vegetales	_____	_____	_____		
	Carne	_____	_____	_____		
	Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____					
Hábitos en los alimentos: _____						
A que edad le salieron los dientes: _____						
Eliminación						
Evacuaciones	* orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche

Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____ Blanda: _____ Líquida: _____						
Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____						
Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____						
2	Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____					
	Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____					
	Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____					
	Otros: _____					
	Hábitos: _____					
Descripción de genitales: _____						
Sudoración: _____						
Oxigenación						
Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____						
Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquia: _____						
3	Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____					
	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____					
	Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidia _____ Disociación toraco abdominal: _____					
	Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____					

	Respiración asistida: _____ controlada: _____
	Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor
	Tubo traqueal _____
	Cavidad oro nasal _____
3	Humidificación y oxigenación: _____

	Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____
	Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____
	Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____
	Reposo-sueño
	Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____
	Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____
	Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____
4	Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
	Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____
	Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
	Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
	Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
	Búsqueda: _____ Moro: _____
	Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
	Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____
	Vestido
	Condiciones de la ropa de vestir: _____
5	Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
	Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
	Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
	Termorregulación
6	El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____
	Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____

	Movimiento y Postura
7	A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____
	Comunicación
8	Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____ Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____ A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____ Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____ Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____ Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____ _____
	Higiene
9	Condiciones higiénicas de la piel: _____ Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Frecuencia del cambio de ropa: _____

	Recreación
0	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____
	Religión
1	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
	Seguridad y protección
	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____
	Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____
	Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____
2	Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____
	Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____
	El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____ Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:
	Nombre del medicamento Dosis Vía Fecha

	De qué forma acostumbra a dárselos: _____
	Aprendizaje
	Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____
3	¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____
	¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____ _____ ¿Cómo reaccionó? _____
	¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____
	Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____ _____
	Realización
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____ _____
14	Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____
	Comparte juguetes: _____
	Hace amistad con otros niños y adultos: _____
	Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____ _____
	Otros datos: _____ _____ _____
	Nombre de la enfermera: _____
	Fecha: _____

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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

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

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

Código 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 = FC

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

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

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

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

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación

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

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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