



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL



ESTUDIO DE CASO

“CUIDADO ESPECIALIZADO A UN PREESCOLAR MASCULINO CON
DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICION”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
INFANTIL

PRESENTA:

LICENCIADA NELIDA ROCIO ARELLANES JIMÉNEZ

ASESOR:

E.E.I. VERONICA ESPINOZA MENESES

MEXICO D.F, SEPTIEMBRE DEL 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.

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO:

A mi DIOS que nunca me soltó de su mano cada vez que sentí que caía.

A mis amados padres por su gran ejemplo para afrontar la vida, por enseñarme que los grandes retos no son imposibles de conquistarse y sobre todo por el apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos y muy en especial en este que sin duda y a pesar de los contratiempos se concluyó satisfactoriamente.

A mis hermanas y mi pequeña Naty por sus buenos deseos y su forma tan extraña pero sincera de apoyarme.

A mi querido esposo por su apoyo, compañía, paciencia, fortaleza y confianza depositada durante este proyecto.

A los niños del Hospital Infantil de México "Federico Gomez" por que sin su confianza y apoyo para la enseñanza esta quedaría mermada; de igual forma a las autoridades y personal de esta gran Institución por las facilidades para la aplicación de diversos conocimientos y adquisición de habilidades. Y por supuesto gracias a Robertito y a su mami por la confianza y apoyo para llevar a cabo este trabajo.

A las profesoras encargadas de llevar a cabo este programa de posgrado especialmente a mi tutora la EEI Verónica Espinoza Meneses porque su entrega y profesionalismo hacen la diferencia, por su gran paciencia, conocimientos y confianza para lograr que este proyecto fuera un éxito.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
I. MARCO TEORICO	3
1.1. ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACION DE LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON EN ESTUDIOS DE CASO Y TESIS	3
1.2. TEORIA DE ENFERMERIA. FILOSOFIA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	12
1.3. EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	23
1.4. ETICA EN ENFERMERÍA	75
1.5. PROBLEMA DE SALUD: Desnutrición	85
II. METODOLOGÍA	91
2.1. PRESENTACION DEL CASO	92
2.2. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN	102
2.3. ELABORACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	102
2.4. COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	108
CONCLUSIONES	191
SUGERENCIAS	192
BIBLIOGRAFIA	193
ANEXOS	201
HISTORIA CLINICA	202
FORMATO DE REPORTE DIARIO	219
CONSENTIMIENTO INFORMADO	221

INTRODUCCION

La importancia del desarrollo de la disciplina de Enfermería radica en brindar cuidados específicos y altamente especializados con base en las respuestas humanas ante un grado de dependencia del ser humano, por lo que es de vital importancia la aplicación de modelos y teorías que permitan fundamentar de manera clara y ordenada la intervención de la enfermera con eficacia, efectividad y eficiencia para lograr la calidad de atención; de esta manera se contribuye para que la profesión de Enfermería logre una mayor consolidación como gremio mismo que le permitirá lograr la profesionalización con fundamentos científicos y con una base teórica con el uso de teorías y modelos de Enfermería las cuales favorecerán la atención de Enfermería logrando que esta sea altamente especializada a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

El presente trabajo se llevo a cabo con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en sus cinco etapas (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y evaluación) así como la propuesta filosófica de Virginia Henderson con sus 14 necesidades facilitando de esta manera la identificación de las diferentes fuentes de la dificultad y el grado de dependencia en el que se encuentra el preescolar, y mantener las necesidades que están satisfechas en independencia; por medio de la elaboración y ejecución de un plan de intervención.

El presente estudio esta constituido por diferentes momentos en donde en la primera parte se encuentra el marco teórico en el cual se fundamenta el quehacer de la Enfermera y las bases fundamentales para proveer el cuidado, posteriormente en la metodología se hace alusión propiamente al caso clínico, los métodos e instrumentos de valoración útiles para obtener información objetiva y subjetiva del preescolar para posteriormente elaborar diagnósticos de Enfermería de acuerdo a cada necesidad para poder llevar a cabo la planeación de las intervenciones apoyadas en la taxonomía de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y finalmente se anexan los formatos utilizados para lograr la constitución del estudio de caso.

OBJETIVOS

****GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería orientado con la filosofía de Virginia Henderson a un preescolar masculino con dependencia en la necesidad de Nutrición.

****ESPECIFICOS

=Valoración del Preescolar para determinar el grado de dependencia-independencia de las necesidades.

=Identificar las necesidades que se encuentran alteradas para poder llevar a cabo la jerarquización de acuerdo al grado de dependencia e independencia.

=Elaborar y jerarquizar los diagnósticos de Enfermería para planear intervenciones de Enfermería que faciliten la recuperación del estado de salud del preescolar.

=Llevar a cabo las intervenciones de Enfermería para lograr la independencia de la necesidad que se encuentra alterada, y mantener la independencia las necesidades en riesgo de dependencia.

=Evaluar la aplicación de las intervenciones de Enfermería para identificar si se deben de modificar ó es viable continuar con su aplicación.

=Facilitar la intervención del cuidador primario mediante educación para la salud

I. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACION DE LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON EN ESTUDIOS DE CASO Y TESIS.

La importancia del desarrollo de la disciplina de Enfermería radica en brindar cuidados específicos y altamente especializados con base en las respuestas humanas ante un grado de dependencia del ser humano, por lo que es de vital importancia la aplicación de modelos y teorías que permitan fundamentar de manera clara y ordenada la intervención de la enfermera con eficacia, efectividad y eficiencia para lograr la calidad de atención en las personas en edad pediátrica con alguna alteración en las 14 necesidades propuestas en la filosofía de Virginia Henderson quien visualiza a la persona como un ser holístico, único e indivisible de cada una de sus partes; así mismo las acciones de Enfermería se basan en una metodología que debe de estar fundamentada en un eje principal y de importancia para el desarrollo de sus actividades por lo que se toma como eje el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), por esta razón tan importante se realiza una revisión y análisis minucioso de artículos realizados por personal de Enfermería los cuales se basan en la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson y el PAE y de esta manera demostrar que la profesión de Enfermería puede aplicarse en cualquier escenario con la finalidad de preservar, procurar y mantener el estado de salud en las mejores condiciones posibles para evitar que el ser humano se encuentre en cualquier grado de dependencia. Derivada de esta importante búsqueda se encontraron 11 diferentes artículos basados en el niño con un enfoque filosófico de Virginia Henderson y el PAE; los cuales se comentan en orden cronológico para facilitar su análisis.

En 1994 Guallart M y Roca¹ elaboraron un estudio en Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino en la unidad de neonatología del Hospital Infantil Sant Joan de Deu, Barcelona, de tercer nivel de atención. Se trato de, una recién nacida pretérmino de 29 semanas de gestación afectada de bronconeumonía,

¹Guallart M. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino. Revista Enfermería Clínica Vol. 8 No. 2.1994 Pág. 84-88

soplo sistólico. Corioamnionitis a las 29 semanas de gestación, parto eutócico, Apgar 5-9-10. peso 1.615g. Durante los primeros días precisó ventilación mecánica y antibioterapia. Durante su estancia presento hipoglucemias persistentes y sintomáticas y como consecuencia convulsiones. El caso clínico muestra que la planeación, la ejecución y el modelo conceptual de Virginia Henderson son fundamentales y complementarias así como decisivas para lograr el restablecimiento del recién nacido y para facilitar el seguimiento de sus padres en el hogar. En relación al análisis el autor concluye que a medida que se planificaban se ejecutaban los cuidados, se revisaban y se modificaban periódicamente teniendo en cuenta el estado general de la recién nacida y la respuesta a los cuidados que se proporcionaron; además, nos demuestra que es muy importante permitirles a los padres que lleven un mejor acercamiento con los niños sin perder de vista su estado de salud el cual se considera como un grado de dependencia, y con ayuda de los padres y del trabajo de Enfermería se logrará en un momento y tiempo muy corto la independencia.

Carlón Correa Martha Patricia² en el año 2001 llevo a cabo un estudio de caso en un neonato del sexo masculino con cardiopatía congénita dependiente de conducto arterioso con infusión de prostaglandina E1 en el servicio de Terapia Intensiva Neonatal en el Hospital de Cardiología Ignacio Chávez. El estudio de caso menciona la importancia de la aplicación del Proceso Enfermero como método Científico de atención profesional, así mismo hace referencia que su aplicación fundamenta la práctica diaria de Enfermería reflejándose en la atención adecuada eficiente y eficaz ya que los niños requieren de una atención altamente especializado dado que de ello depende el éxito de su tratamiento.

Cruz López Luz María y Martínez Palomino Guadalupe³ elaboraron un Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único en una paciente femenina de 51 días de nacida originaria de

² Carlón Correa Martha Patricia. Proceso de Atención de Enfermería al neonato con infusión de Prostaglandinas E1. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 8 Num.1. Cap 4.2001. Pag 48-52.

³ Cruz López Luz María, Martínez Palomino Guadalupe(2006).Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único.Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 14. Num 2. Pag. 56-61

Netzahualcóyotl, Estado de México con cianosis desde el nacimiento que se agudiza con la alimentación y llanto; se diagnóstica ventrículo único con una variante compleja de yuxtaposición aortocava, conexión anómala total infradiafragmática de venas pulmonares las cuales llegan a un colector venoso pulmonar posterior a la porción izquierda del atrio común y drenan al sistema hepático con pocas expectativas de vida. La experiencia más importante que se tienen que considerar en este tipo de casos es proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a sus familiares, ya que aún cuando los cuidados que se proporcionan sean los mejores no podemos evitar las complicaciones que se presentan por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamientos que son solo paliativos. Por lo que las autoras concluyen que a través del plan de cuidados se logran optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de pacientes y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento.

Sierra P. Magdalena⁴ en Enero- Abril 2006 realizó un estudio de caso en un Paciente Pediátrico con Cardiopatía congénita acianógena. El estudio de caso se realiza en un paciente pediátrico de 3 meses sexo masculino., con diagnóstico de coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar, durante el período postquirúrgico en el servicio de cardio pediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

De acuerdo a la metodología se llevo a cabo un método enfermero como una herramienta básica en el trabajo asistencial del profesional este ayudara al reconocimiento de necesidades, patrones y problemas más específicos. La aplicación de un plan de intervenciones de Enfermería de alta calidad humana para la atención de un paciente pediátrico postoperado de coartectomía con sección y sutura del conducto arterioso, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de Enfermería conforme a la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

⁴ Sierra P. Magdalena (Enero- Abril 2009) Paciente Pediátrico con Cardiopatía congénita acianógena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.Vol14 Núm. 1. Pag.16 -23

La autora concluye que la Enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente pediátrico, dirigido al éxito de su aplicación en conjunto con el plan de intervenciones, con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana.

Los autores Alonso Fernández S. y Ros Elvira MT⁵ en el 2008, realizan un plan de cuidados a un niño de 8 meses del sexo masculino en el posoperatorio inmediato ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a través de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson al niño y a la familia mediante esta se desarrolla la elaboración de diagnósticos reales, de riesgo y potenciales de los cuales se elabora un plan de cuidados y se evalúan las acciones de Enfermería esto permite llevar a cabo las acciones de Enfermería de manera organizada y sistematizada favoreciendo la rápida recuperación del niño y la adaptación de la familia. Posterior al análisis concluyen que el tener un lenguaje de Enfermería común y estandarizado favorece el desarrollo del conocimiento enfermero facilitando la mejora de los cuidados y la enseñanza en la toma de decisiones y que el uso de un proceso sistemático y organizado ha sido de vital importancia sin dejar de lado los valores humanistas y la atención personalizada y única que los pacientes necesitan.

Solís M. Eugenia.⁶ en el caso clínico titulado Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación habla de un lactante mayor de 1 año 4 meses, miembro de una familia nuclear de tres integrantes, originarios del D.F. habitan casa propia cuentan con todos los servicios, presenta vómito y fiebre para lo cual diagnostican amigdalitis y el tratamiento con antibiótico; el 18 de Septiembre presenta dificultad respiratoria y diagnostican bronquiolitis en un hospital privado. De acuerdo a la Metodología utilizada se deduce que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como modelo conceptual de las

⁵ Alonso Fernández S, Ros Elvira MT (2008). Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita utilizando NANDA. Revista Enfermería Cardiológica N° 44/2 Cuatrimestre Pag 30-36.

⁶ Solís M. Eugenia. (Octubre 2008) Proceso de atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación. Revista Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 16 No. 9 octubre 2008 Pág. 414-417

catorce necesidades propuesto por Virginia Henderson son fundamentales para el ejercicio profesional de Enfermería. La Necesidad Oxigenación se encuentra alterada de acuerdo a la fuente de la necesidad por Fuerza y del grado de dependencia transitoria, con una prioridad alta. La autora llega a la conclusión que con el Proceso de Atención de Enfermería pueden planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presente el paciente especialmente para llevarlo a cabo con pacientes pediátricos y el modelo de las 14 necesidades Virginia Henderson permite que Enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria además de que se pueden identificar algunas alteraciones en las necesidades básicas en esta etapa de la vida.

La EEI. Espinosa M. Veronica, y la Maestra Franco O Magdalena⁷ llevaron a cabo la elaboración de un caso clínico en un lactante mayor (1 año 4 meses) masculino, en un Hospital de tercer nivel México D.F. el cual presentaba fiebre, dificultad respiratoria y tos no productiva, quejido y disociación toraco abdominal al cual se diagnostica Neumonía. En la metodología se utilizó un instrumento diseñado por autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la ENEO basado en las necesidades básicas del niño de 0 a 5 años, así mismo se llevaron 22 seguimientos y para determinar el grado de dependencia se tomo en cuenta la escala de Phaneuf a través del Continuum independencia- Dependencia. Se pudieron valorar las 14 necesidades, obteniendo la necesidad de oxigenación hipoventilación en pulmón izquierdo, estertores en ambos campos pulmonares y secreción orotraqueal abundante, con sello de agua por 10 días. Los diagnósticos que se tomaron fueron aquellos que reflejaran la actividad independiente de la enfermera, con solo 4 diagnósticos de alta prioridad. Las autoras llegan a la conclusión y proponen que la aplicación del proceso de atención de Enfermería en los cuidados de Enfermería se deben de llevar a cabo y mencionan que se requiere de la adquisición de habilidades y conocimientos para poder

⁷ EEI. Espinosa M. Veronica, Franco O Magdalena (2003) Revista Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 11 No. 1 Enero Febrero 2003 Pág. 24-29

implementarlo, y destacan la importancia de la formulación de diagnósticos de Enfermería, ya que en conjunto con el análisis de datos, surgen los cuidados de Enfermería y cambian la práctica tradicional de Enfermería.

Partera L. Carmen⁸ elabora un caso clínico relacionado a una niña de 5 años de edad que ingresa al hospital Barcelona España, el estudio se realiza cuando la niña es postoperada de un quiste de colédoco desarrolló una pancreatitis y múltiples complicaciones (ascitis, fístula pancreática, derrame pleural, paniculitis del tejido graso, necrólisis epidérmica torácica y trombosis de la vena femoral derecha) durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). La metodología la llevo a cabo mediante la aplicación del proceso de atención de Enfermería desarrollado por necesidades según el modelo de Virginia Henderson con problemas de colaboración diagnósticos de Enfermería reales y de riesgo e incluyendo la utilización de la taxonomía NANDA. Llego a la conclusión que a pesar de que en cualquier UCIP las actividades se centran básicamente en problemas de colaboración que requieren una atención rápida, eficiente y eficaz consideramos que la inclusión de los padres en la planificación de los cuidados de cualquier paciente pediátrico ya que esto permite disminuir el miedo y la ansiedad producida por el desconocimiento logrando de esta manera cambios de conducta positivos de la madre hacia los cuidados de su hija.

La Lic. Benítez T. Amalia, y la Mtra. Franco O. Magdalena⁹ elaboraron un caso clínico en de un preescolar masculino 4 años 6 meses con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo, procedente de una Institución que atiende a niños huérfanos con este problema de salud. Ingresó el día 22 de Diciembre de 2001 al Hospital Infantil de México Federico Gómez en el área de Infectología, donde se realiza el estudio de caso. La metodología que se lleva a cabo es basada en las acciones de Enfermería que se utilizaron previa valoración

⁸ Partera L. Carmen (2003) Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y Relación de ayuda a la madre. Revista Enfermería Clínica Vol. 13 No. 5 2003 Pág.59-66

⁹ Lic. Benítez T. Amalia, Mtra. Franco O. Magdalena (2001) Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH . Enfermería Universitaria. Escuela Nacional Enfermería y Obstetricia.

focalizada, y estructuración de los diagnósticos con el formato PES, aplicando intervenciones independientes e interdependientes, y el plan de alta que es de suma importancia para dar seguimiento a los niños en la casa hogar. De igual manera se aplicó el proceso de atención y el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, llevando a cabo una valoración continua y específica de las necesidades de un niño con VIH. Las intervenciones fueron dirigidas a la suplencia, ayuda o compañía de la enfermera para con un individuo, la evaluación fue dirigida a la comprobación de los objetivos, las intervenciones fueron de orden independiente, interdependiente y dependiente. La evaluación se realizó por cada una de las intervenciones que se aplicaron de acuerdo a los diagnósticos en la cual menciona que después de la aplicación de antibióticos se logra controlar el proceso infeccioso.

Las Especialistas en Enfermería Infantil; Mariano S. Natividad, y Espinosa M. Verónica ¹⁰elaboraron un caso clínico en una adolescente de 11 años sexo femenino, miembro de una familia nuclear, se diagnosticó Lupus Eritematoso Sistémico en el 2004, en el 2005 infarto cerebral por abandono de tratamiento, el 21 de agosto del 2006 acude a urgencias con irritabilidad, labilidad emocional, alucinaciones, llenado capilar retardado, cambio en la coloración de tobillos y se diagnosticó vasculitis de miembros pélvicos; el 24 de Agosto se colocan tubos de ventilación en ambos oídos para sesiones en cámara hiperbárica, el 29 de Septiembre amputación de ambos miembros pélvicos en Hospital Federico Gómez., México DF. La metodología utilizada se basa en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en conjunto con el modelo de atención de las 14 necesidades de Virginia Henderson, así como la historia clínica, reporte diario y aplicando los instrumentos diseñados por las autoridades de la Especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; así como los datos obtenidos directamente de la adolescente, familiares y expediente

¹⁰ EEI Mariano S. Natividad, EEI Espinosa M. Verónica (julio 2008) Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica. Revista Desarrollo Científico Enfermería Vol. 16 No. 6 Julio 2008 Pág. 276-279

clínico. Los resultados que se obtuvieron indican que se puede cumplir el objetivo dado que las actividades planeadas se pudieron llevar a cabo con esta necesidad ya que se encontró en el nivel 5 de dependencia y se logro disminuir al nivel 2 ya que a las 36 horas la adolescente se movilizaba en la cama y en la silla de ruedas con la ayuda de la madre. Las conclusiones que se tomaron en cuenta son que la aplicación del PAE en conjunto con el modelo de Henderson puede ser herramienta de mucha utilidad a la hora de brindar los cuidados, pero debe contarse con conocimiento y destreza en su aplicación, de lo contrario los resultados que se obtengan no serán los deseados. Incluir a la familia en todo momento y reforzar los lazos afectivos.

Sánchez León V.¹¹ elaboró un caso clínico titulado Cuidados básicos de un paciente con la necesidad de moverse y mantener una buena postura en el Hospital Infantil de México Federico Gómez con la finalidad de dar a conocer la metodología aplicada a un paciente con alteración en la necesidad de moverse y mantener una buena postura de acuerdo a la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson. El estudio se llevo a cabo bajo la enseñanza tutorial durante el curso de la Especialización de Enfermería Infantil, la recolección de datos se hizo a través de un instrumento, enfatizando en la exploración física con el método clínico llegando a un análisis cualitativo de donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de acuerdo con el grado de dependencia e independencia para posteriormente planear, ejecutar y evaluar cada una de las intervenciones de Enfermería. Se identifican los problemas básicos del adolescente esto permite realizara un plan básico de intervenciones que favorece la resolución de las necesidades alteradas. El objetivo principal es identificar las necesidades básicas de un adolescente con la necesidad de movimiento, realizar un plan de intervenciones y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades del adolescente, reconociendo las fuentes de la dificultad y proporcionar orientación específica para lograr su independencia.

¹¹ Sánchez León V.(2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura.Hospital de Pediatría CMN siglo XXI. Revista de Enfermería IMSS 2001; 9 (2): Pag. 91-96.

Una vez analizados los artículos que fueron seleccionados minuciosamente en relación a la filosofía de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería en los pacientes en edad pediátrica se concluye que en el área de Enfermería se debe de continuar realizando investigaciones y análisis de las situaciones a las que nos enfrentamos diariamente y así mismo publicarlas para que cada vez más el personal de Enfermería tenga una base científica que le permita llevar a cabo sus acciones con un pleno conocimiento y evidencias que le conlleven a que el gremio de Enfermería se fortalezca por su gama de conocimientos sustentados en modelos y teorías de Enfermería guiados por el Proceso Atención de Enfermería, demostrando que es capaz de llevar acciones independientes y además de ayudar a la recuperación del estado de salud de las personas en edad pediátrica que tengan algún grado de dependencia dado su estado de salud.

Las bases científicas y filosóficas le permitirán al personal de Enfermería llevar a cabo con seguridad y profesionalismo todas aquellas intervenciones que favorezcan el bienestar biopsicosocial y espiritual tomando en cuenta que influyen algunos factores de la persona, entorno y la salud en el logro de independencia en el estado de salud del niño.

1.2. TEORÍA DE ENFERMERÍA

FILOSOFÍA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo conceptual de V.Henderson da una visión clara de los cuidados de Enfermería en ella se describen de manera clara los Postulados, Valores y Conceptos.

La Enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nace con la primera teoría de Enfermería. El marco teórico o conceptual de la Enfermería delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Éste está constituido por Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina, Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

Sus datos y aspectos más importantes de la teórica son; su nombre completo es Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, fallece en su casa el 30 de noviembre de 1996 a la edad de 99 años. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.¹² Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como:

¹² Luis Rodrigo, M.T.: Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.V. (2000). "Modelos conceptuales Enfermeros". En: De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª edición, Editorial Masson. Barcelona, España. Pp 29-41

CONCEPTOS

ENFERMERÍA:

La Enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas ó enfermas) a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud ó a su recuperación (o bien a una muerte tranquila) las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad ó conocimiento. Posiblemente la contribución específica de la Enfermería es ayudar a las personas a que se vuelvan independientes de tal ayuda lo más pronto posible¹³.

PERSONA:

Pensaba en el paciente como un Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte en tranquila, y que el cuerpo y alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

SALUD:

Henderson no dio una definición propia, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* cito la salud de varias fuentes entre ella la del estatuto de la Organización Mundial de la salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de Enfermería. Declaró: "Se trata más bien de la calidad de la salud que la propia vida, ese vigor mental / físico, por lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cosas".

¹³ Henderson Nite (1978) "Enfermería Teórica y Práctica". Vol 1 Papel de la enfermera en la Atención del paciente. Prensa Médica Mexicana. Tercera edición en Español, México D.F. .Pag 3.

ENTORNO:

Henderson no dio una definición propia. Acudió al Webster's New Collagiate de 1961, en el que se define entorno como "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS SEGÚN HENDERSON

NECESIDAD FUNDAMENTAL:

Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo ó asegurar su bienestar.¹⁴

V. Henderson puso de relieve el arte de Enfermería, e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de Enfermería las cuales son:

1. Respirar:

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

2. Beber y comer:

Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. Eliminar:

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resulten del metabolismo.

¹⁴ Riopell L. Grondin L. Phaneuf M. (1997) Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana pp.2

4. Moverse y mantener una postura adecuada:

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

5. Dormir y descansar

Es una necesidad que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Vestirse y desvestirse

Es una necesidad del individuo donde debe de llevar la ropa adecuada según las circunstancias, para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento.

7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales

Es una necesidad del organismo, este debe conservar una temperatura más o menos constante según la edad, para mantenerse en buen estado.

8. Estar limpio y aseado

Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener apariencia cuidada y mantener la piel seca, con la finalidad que este actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etcétera.

9. Evitar peligros

Es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse con los semejantes

Es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Actuar según las propias creencias y valores

Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal y del mal y de la justicia y la persecución de una ideología.

12. Preocuparse por su propia realización

Es una necesidad para todo individuo ; este debe llevar a cabo actividades que le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones pueden permitirle llegar a una total plenitud.

13. Recrearse

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

14. Aprender

Es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.¹⁵

Para mantener un equilibrio: fisiológico y psicológico la persona debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, para conservar un equilibrio en sus diferentes procesos para mantener su salud, y para realizarlo podrá hacerlo de forma independiente o dependiente. Por lo anterior es importante conocer los siguientes conceptos:

¹⁵ Marriner Tomey. Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial Mosby Doyma. Madrid España. 2007. pp. 54-56

INDEPENDENCIA: Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.¹⁶

INDEPENDENCIA DEL NIÑO: Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación. Eliminación, cuidados de higiene, etc.) Necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.¹⁷

DEPENDENCIA: Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.¹⁸

CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena.

La dependencia se instala en el momento que el paciente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por si mismo sus necesidades de esta manera, se puede evitar, en la medida posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.¹⁹

¹⁶ Ibíd 15.

¹⁷ Phaneuf M. (1999). Planificación de los cuidados enfermeros. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.

¹⁹ Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. 1ª edición, editorial Interamericana McGraw-Hill. España Madrid Pp 29

¹⁹ Ibíd Pp 30-35

Existen diversos grados de dependencia / independencia, el nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades.

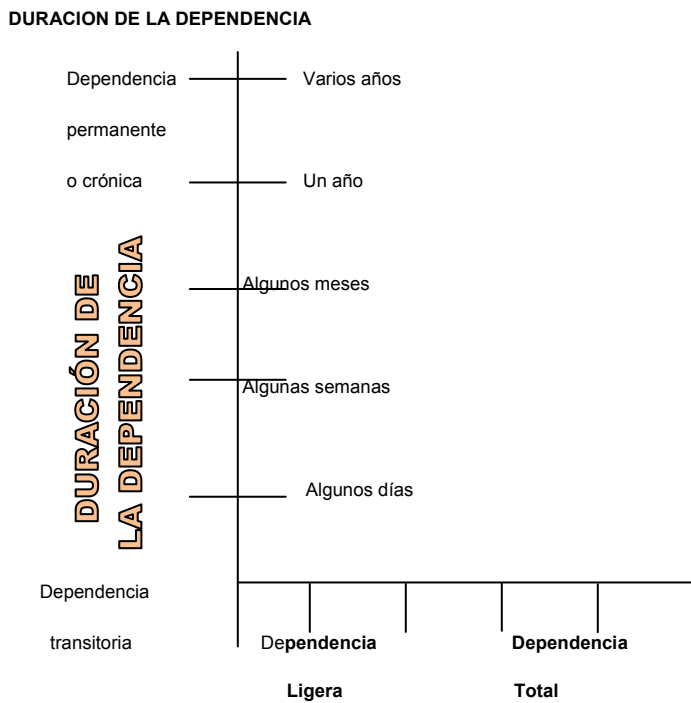
Para distinguir mejor estos niveles, se requiere de situaciones en un continuo, el cual se divide en 6 niveles de los cuales 1 y 2 es el de independencia, que presenta dos aspectos: lo que la persona realiza también de manera independiente, pero con la ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o de un tratamiento.

Los otros 4 niveles señalan una graduación progresiva de la dependencia de la persona, que va desde la presentación de una pequeña ayuda a que otra persona tenga que encargarse por completo de ella. Emitir un juicio sobre el grado de dependencia de una persona puede resultar útil para realizar los cuidados.²⁰

²⁰ Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería, 1ª edición, Editorial Interamericana McGraw-Hill, España Madrid .Pp 29

RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. ²¹ En la siguiente figura se representa gráficamente la duración de la dependencia.



Cuadro 2. Phaneuf, M. (1993) La planificación de los cuidados enfermeros. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid, España. Mc.Graw-Hill. Pp. 31.

²¹ *Ibíd.*

TIPOS DE DEPENDENCIA

POTENCIAL: Debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto y tiene que planificarse una acción orientada a su instalación.²²

ACTUAL: Cuando el problema ya está instalado y debe de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

DECRECIENTE: Cuando el paciente se recupera y el rol de la Enfermera consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

PERMANENTE O CRÓNICA: Se presenta a pesar de los cuidados apropiados brindados por la Enfermera el problema no pueden ser corregido.

Henderson atribuía las dificultades a la falta de fuerza, conocimiento o de voluntad y los describe: no obstante, la complejidad de los cuidados enfermeros moderno muestra las causas de dependencia son múltiples.²³

FUENTES DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

FALTA DE FUERZA: Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo que vendrá

²² Enfermeras teóricas. Virginia Henderson. <http://www.teteline.terra.es/>

²³ Phaneuf M. (1999) Planificación de los cuidados Enfermeros. México. McGraw-Hill Interamericana.

determinando el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.

FALTA DE CONOCIMIENTOS: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

FALTA DE VOLUNTAD: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²⁴

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Postulados:

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

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

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.

²⁴ Phaneuf M. (1999) Planificación de los cuidados Enfermeros. México. McGraw-Hill Interamericana.

- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Valores:

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

La Enfermera tiene funciones que le son propias.

V.H. 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.

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.

Afirmaciones teóricas:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente que varían desde la dependencia hacia la independencia y estos son:²⁵

- **La Enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la Enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La Enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la Enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La Enfermera como compañera del paciente:** la Enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

²⁵ Marriner Tomey. Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial Mosby Doyma. Madrid, España 1994 Pp 106

Relación Enfermera – médico:

La Enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación Enfermera – equipo de salud:

La Enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

1.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el pasado la práctica de la Enfermería se componía de acciones basadas principalmente en el sentido común y en el ejemplo de las enfermeras más experimentadas. El cuidado de los pacientes tendía a limitarse a las prescripciones médicas. En la actualidad la enfermera tiene mayor autonomía para brindar los cuidados. Tal cambio de dirección en la práctica asistencial pudo verificarse gracias a la creación del Proceso de Atención de Enfermería.²⁶

El proceso de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961), y wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación), y Bloch (1947), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las 5 etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica.

²⁶ Lewis W. kuhn B. (1992). Fundamentos de Enfermería. 4ta edición. Editorial Harla. E.U. Washington. Pp 56

Desde ese momento, El Proceso de Atención de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de práctica de la Enfermería, se ha ido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de las escuelas de Enfermería.²⁷

El Proceso de Atención de Enfermería es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de Enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.²⁸

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de Enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. Permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de Enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.²⁹

²⁷ Iyer P. (1997). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Editorial McGraw-Hill interamericana, Madrid. Pp 22 - 26

²⁸ Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta edición. Editorial Masson, Barcelona, España.

²⁹ Noguera N. (1998). Proceso de Atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. Se, Bogotá Colombia.

CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Es un método sistemático irracional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de Enfermería (Kozier E. Oliver,1999).
- Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados(Ma Teresa Rodrigo, 2003).
- El método mediante el cual se aplica el sistema de teorías a la práctica de Enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el personal de Enfermería utiliza sus opciones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de salud (Iyer W. Patricia,1997).
- Se refiere a la serie de etapas que lleva acabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda (DuGas W. Beverly, 2000).
- Proceso intelectual compuesto de distintas etapas , ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar de la persona (Phaneuf Margot, 1993).
- Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en objetivos (resultados) y eficaces (Rosalinda Alfaro, 2003).³⁰

³⁰ Hernández-Conesa, J.M.; Moral de Calatrava, P.; Esteban Albert, M. (2003). "El método de intervención en Enfermería; El Proceso de Enfermería". Capítulo 8, en: Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. 2ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid. Pp 147-161

OBJETIVOS:

1. Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales, de la familia y la comunidad.
2. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
3. Establecer una base de datos
4. Determinar las propiedades de cuidados, objetivos y resultados esperados.

VENTAJAS:

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.³¹

Para la persona son:

- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de atención

³¹ Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Para la Enfermera:

- Ayuda a las Enfermeras a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión, demostrando claramente las aportaciones que hace Enfermería a la salud de los pacientes.
- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería.
- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.
- El proceso de Enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de Enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- Por otra parte, al profesional de Enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas
- Aporta continuidad al trabajo de la Enfermera
- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo

- Crecimiento profesional
- Emplear el tiempo y los recursos con eficiencia

CARACTERÍSTICAS

- Es sistemático: como el método de solución de problemas, consta de 5 pasos , en las que lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados benéficos a largo plazo.³²
- Es dinámico: responde a un cambio continuo. A medida que adquiere mas experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, conviniendo en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- Es humanístico: se basa en la creencia en que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia y comunidad).
- Centrado en los objetivos: (resultados) los pasos del Proceso Enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera mas eficiente.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de Enfermería y el paciente, su familia y los de más profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

³² Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta edición. Editorial Masson, Barcelona, España.

- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de Enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el Método Enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de Enfermería.³³
- El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas: 1. valoración, 2. diagnóstico de Enfermería, 3. planeación, 4. ejecución intervención y 5. Evaluación.
- Elemento esencial: en lo que se refiere a la organización de la historia clínica del enfermo.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. VALORACIÓN

Consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de la persona. Estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.³⁴

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un proceso cuyo resultado es formar o hacer un diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.³⁵

³³ Noguera N. (1998). Proceso de Atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. Se, Bogotá Colombia.

³⁴ Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGrall-Hill Interamericana. Pp 9

³⁵ *Ibíd.*

3. PLANEACIÓN

Esta tercera etapa del proceso de atención de Enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, lo cual lleva a la toma de decisiones y la resolución de problemas.

4. EJECUCIÓN

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de Enfermería. Durante esa ejecución, la Enfermera pone en marcha las medidas de Enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de Enfermería.³⁶

5. EVALUACIÓN

Es la valoración de la respuesta de la persona a las intervenciones y comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos en la planificación. El plan de cuidados se vuelve a valorar en esta fase y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del Proceso Atención de Enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN

Es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes; estas incluyen al paciente como fuente primaria. Las fuentes secundarias pueden ser el expediente clínico, la familia revistas profesionales y los textos de referencia.³⁷

³⁶ Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp 91

³⁷ Luis Rodrigo MT. Fernández Ferrin, C Navarro Gómez, MV (2000) "Modelos Conceptuales Enfermeros". El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI 2ª Edición, Editorial Masson Barcelona, España Pp 29-41

Tipos de valoración

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- **Valoración inicial:**

Es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

- **Valoración continua, posterior o focalizada.**

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- **Valoración general:** Encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.

- **Valoración focalizada:** En la que la Enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.³⁸

Aunque algunos criterios de valoración pueden coincidir en ambos tipos de valoraciones, existirán otros más específicos de situaciones concretas que no se recogerán en las valoraciones generales. Llevar a cabo el proceso de valoración Enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: qué

³⁸ Valoración de enfermería. Disponible en: www.Valoración_enfermera.com

información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración.

Además, la valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar, de comportarse ante ésta. Es importante que en esta etapa la recolección de datos se realice en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de Enfermería.

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

1. Recolectar la información de fuentes primarias y secundarias (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.

3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.

4. Analizar los datos obtenidos.

TIPOS DE DATOS

- DATOS SUBJETIVOS: son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud, estos datos no se pueden medir ya que son propios del paciente. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

- DATOS OBJETIVOS: son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- DATOS HISTÓRICOS - ANTECEDENTES: aquellos hechos que se han ocasionado con anterioridad y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

- DATOS ACTUALES: son datos sobre el problema de salud actual; se refiere a situaciones que presenta la persona, familia o comunidad en el momento de la valoración.³⁹

La metodología puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies” o cefalocaudal.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud⁴⁰.

³⁹ Bello MM. (2006). Fundamentos de enfermería parte I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

⁴⁰ Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de Atención de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (2): 62

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS

Los principales métodos para la valoración del paciente son la observación, la entrevista y la exploración física.⁴¹

A) LA OBSERVACIÓN:

Es la capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con esfuerzo y un método organizado.⁴²

Es el primer método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.⁴³

B) Entrevista:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.⁴⁴

Existen dos tipos de entrevista formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la Enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

⁴¹ Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana

⁴² Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana

⁴³ Griffith J. Chirstensen P. (1993). Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México. Pp 35

⁴⁴ *Ibíd.*

Una entrevista conlleva a 4 fases:

1. Preparación.
2. La introducción.
3. El desarrollo.
4. Conclusión.

La finalidad de la entrevista es:

1. Obtener información específica y necesaria para el Diagnóstico Enfermero y la planificación de los cuidados
2. Facilitar la relación Enfermera paciente
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos
4. Ayudar a la Enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.⁴⁵

La entrevista consta de tres partes:

1. INICIACIÓN: se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
2. CUERPO: la finalidad de la conservación en esta parte se centra en la observación de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados, para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

⁴⁵ DuGas Bervely W. (2000). Tratado de Enfermería práctica, 4ta edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Philadelphia. Pp 63

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

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud.⁴⁶

C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La clave para llevar a cabo la valoración física debe ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil.⁴⁷

EXPLORACIÓN FÍSICA: es un método sistemático de obtención de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La Enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.⁴⁸

⁴⁶ Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería, 1ª edición, Editorial Interamericana McGraw-Hill, España Madrid .Pp 29

46 Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta edición. Editorial Masson, Barcelona, España.

47 Kozzier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp 102

48 Bertha A. Rodríguez S. (2004) Proceso Enfermero. Aplicación actual. 2da edición, Editorial Cuellar. Pp 29

1. INSPECCIÓN:

Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría). Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído.

2. PALPACIÓN:

Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo).

3. PERCUSIÓN:

Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que se pueden diferenciar son:

- a) Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- b) Mates, aparecen sobre el hígado y bazo
- c) Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal llenos de aire.
- d) Timpánicos, se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

La percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y proceder a golpear con la punta del dedo de la otra mano.⁴⁹

⁴⁹Bertha A. Rodríguez S. (2004) Proceso Enfermero. Aplicación actual. 2da edición, Editorial Cuellar. Pp 29

4. AUSCULTACIÓN:

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona.⁵⁰

REGISTRO DE LA INFORMACION

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos en forma objetiva, sin prejuicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etcétera.
- Las anotaciones deben ser claras y concisas.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usaran solo las abreviaturas de uso común.

⁵⁰ Ibíd

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería; constituye una función intelectual compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).⁵¹

La NANDA define el Diagnóstico de Enfermería como: Un diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de Enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de Enfermería.⁵²

Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la Enfermera.

Todas las actividades que preceden a esta fase se dirigen hacia la formulación de los diagnósticos enfermeros. Todas las actividades de planificación de los cuidados que la siguen se basan en ellos.

Diagnósticos de Enfermería se refiere a una situación que existe en el a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

⁵¹ Ibíd

⁵² NANDA. (1999) *Diagnósticos enfermeros de la NAN-DA*. Editorial Harcourt. Madrid:

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas

2. Formulación de problemas;

Diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:⁵³

Etiqueta descriptiva o título; ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

- I. Definición; expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- II. Características definitorias; cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con sus características; se definen cinco tipos de diagnósticos en Enfermería, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.⁵⁴

Para Gordon, el diagnóstico enfermero es un "problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal a tratar. Gordon utiliza el formato P.E.S.:

⁵³Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta edición. Editorial Masson, Barcelona, España.

⁵⁴Iyer P. Taptchi B. (1997). Proceso de diagnóstico de Enfermería. Se, Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. Pp 121

- P = Problema: en relación a...
- E = Etiología: manifestado por...
- S = Signos y síntomas.

REAL

Se compone de tres partes que son en problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. En la primera fase se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones adecuadas.⁵⁵

Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + Etiología, factores causales o contribuyentes (E) + Signos/Síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

RIESGO

Describe respuestas humanas o situaciones de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o comunidad vulnerables. Está constituido por el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnóstico.⁵⁶

⁵⁵ Hernández Conesa, J.M; Moral de Calatrava, P.;Esteban Alberth, M. (2003). "El método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería". Capítulo 8, en; Fundamentos de Enfermería. Teoría y modelo. 2ª edición. Edit McGraw-Hill/Interamericana de España. Madrid, España. Pp 152

⁵⁷ Hernández Conesa, J.M; Moral de Calatrava, P.;Esteban Alberth, M. (2003). "El método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería". Capítulo 8, en; Fundamentos de Enfermería. Teoría y modelo. 2ª edición. Edit McGraw-Hill/Interamericana de España. Madrid, España. Pp 152

POSIBLE

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La Enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, (P) Problema más (E) Etiología/ factores contribuyentes.

DE SALUD

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o un grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La Enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo para la educación para la salud.⁵⁷

DIRECTRICES PARA ESCRIBIR UN DIAGNÓSTICO:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con”.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico

58 Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp 117

- No indique el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico
- No escriba un diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de Enfermería
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formación de los objetivos.⁵⁸

Es la taxonomía más extendida. Surge en los años 70 por las ventajas que conlleva el trabajo en equipo.

Requiere a los profesionales que los datos obtenidos de los enfermeros sean codificados, para ser incluidos luego en una base informática, también requiere que cada disciplina de cuidados que no sean dados por otros miembros del equipo de salud.

En principio no se cumplió ningún requisito pues no hubo acuerdo sobre la lista de fenómenos que la enfermera trataba y que podían codificar.

Y el lenguaje utilizado era impreciso y no transmitía a otras disciplinas la naturaleza de la enfermería y de los servicios que esta oferta.

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin ayudan a constituir la taxonomía NANDA, formando un grupo de trabajo entre enfermeras teórica y asistenciales en la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos, la asistencia era por invitación, y, en grupos, debían generar diagnóstico relacionados con sistemas funcionales específicos, aceptándose o no los diagnósticos por el voto de los asistentes (lo que explica que algunos diagnósticos fuesen aceptados, eliminados después y de nuevo recuperados)

⁵⁸ Iyer P. Bárbara J. Tapich y Donna Bernocchi-Losey. (1993). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Madrid. Pp 22-26

Para identificar las etiquetas y el listado de signos y síntomas se basaban en el recuerdo de situaciones de los enfermos, su experiencia clínica y la consulta bibliográfica.

Sor Callista Roy, trabaja desde la tercera conferencia en el desarrollo de la base conceptual del esquema de clasificación y formación de una taxonomía propia, a partir del método inductivo, se estudió la lista alfabética de etiquetas diagnósticas, generando unos patrones que agrupan los diagnósticos habituales, los cuales tiene cuatro niveles de abstracción. Los presentan en la 5ª conferencia, en 1982, en la que se abren las puertas a todos los profesionales Enfermeros, creándose oficialmente la NANDA, cuyo objetivo principal es desarrollar y perfeccionar los diagnósticos de Enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia, descubriendo que es un mero listado alfabético de ordenación sin una base conceptual, Callista Roy presenta la base teórica, que son los nueve patrones del hombre unitario, que son:

- Intercambio, implica el mutuo dar y recibir.
- Comunicación, implica enviar mensajes.
- Relaciones, implica el establecimiento de vínculos.
- Valores, implica la asignación de valores relativos.
- Elección, implica la selección de alternativas.
- Movimiento, implica la actividad.
- Percepción, implica la recepción de información.
- Conocimiento, implica comprender el significado asociado a la información.
- Sentimientos/sensaciones, implica el conocimiento subjetivo de la información.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermero, se procede a la fase de planeación de cuidados. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planificación del Proceso de Enfermería incluye 4 etapas básicas.⁵⁹

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Determinar prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la Enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

⁵⁹ Iyer P. Bárbara J. Tapich y Donna Bernocchi-Losey. (1993). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Madrid. Pp 22-26

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

3. Elaboración de las actuaciones de Enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la Enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes Enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación,

controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro** ⁶⁰

1. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de Enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuradamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la Enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad. Las prioridades se diferencian en **altas, medias o intermedias y bajas.**

⁶⁰ Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10(2):62-6.

Las prioridades **altas** aparecen en las dimensiones psicológica y fisiológica; el profesional de Enfermería debe procurar no clasificar como diagnósticos de prioridad alta solo los diagnósticos de Enfermería fisiológicos.

Las prioridades **intermedias o medias** se refieren a necesidades del paciente no urgentes y que no amenazan su vida ni atentan en contra de ella.

Las prioridades **bajas** son las necesidades del paciente que pueden estar no directamente relacionados con una enfermedad o pronósticos específicos, pero que pueden afectar a su futuro bienestar.

De ser posible el paciente y el personal de Enfermería deben de establecer juntos las prioridades y establecimiento de objetivos en medida de lo posible.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

2. PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez priorizados los problemas a tratar, se deben definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados
- Identificar los resultados esperados
- Medir la eficacia de las actuaciones

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

TIPOS DE OBJETIVOS

1. Objetivos de Enfermería o criterios de proceso
2. Objetivos del paciente o criterios de resultado

NORMAS GENERALES PARA LA DESCRIPCIÓN DE OBJETIVOS

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

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermero hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

LOS OBJETIVOS DE ENFERMERÍA SE DESCRIBEN EN EL TIEMPO A:

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

MEDIO PLAZO; tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los ogros de los pacientes y mantener la motivación.

LARGO PLAZO; son los resultados que requieren de un tiempo largo, existen dos tipos:

1. Abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre los objetivos y su logro.
2. Se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de Enfermería, dado que las acciones de Enfermería acompañan los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de Enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga la persona, como conductas esperadas.⁶¹

LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS DE LOS PACIENTES SON:

- Deben ser alcanzables, esto es, aquella para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

⁶¹ Iyer P. Bárbara J. Tapich y Donna Bernocchi-Losey. (1993). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Madrid. Pp 96

- Deben ser especificados en cuanto a contenidos (hacer, experimentar, o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS

Considere los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.

Sujeto. ¿Quién se espera que alcance el resultado (p. ej., el usuario o uno de sus progenitores)?

Verbo. ¿Qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?

Condición. ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

Criterios de ejecución. ¿En qué grado va a realizar la acción?

Momento para lograrlo. ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?⁶²

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivo; estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como los objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos; son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. son objetivos que

⁶² Planificación de Cuidados de Enfermería en Neonatología. Disponible en <http://www.aibarra.org>

describen interés, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas.

- Psicomotores; estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, son habilidades.

3. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones de Enfermería encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de Enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: Enfermera y Médica.⁶³

Prescripciones Enfermeras: son aquellas en que la enfermera prescribe independientemente para que el personal de Enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.⁶⁴

Prescripciones Médicas: son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la Enfermera inicia y maneja.

⁶³ Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta edición. Editorial Masson, Barcelona, España.

⁶⁴ Ibíd 73

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERA:

DEPENDIENTES: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones medicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

INTERDEPENDIENTE: Son aquellas actividades en las que la Enfermera lleva acabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos de nutrición, médicos, etc.

INDEPENDIENTES: Son aquellas actividades de la enfermera dirigida hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. ⁶⁵

Las características de las actuaciones de Enfermería según Iyer, son:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Están basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.⁶⁶
- Se emplearan para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

⁶⁵ Iyer P. (1997). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Editorial McGraw-Hill interamericana, Madrid. Pp 187

⁶⁶ Ibíd Pp 219

La determinación de las actuaciones de Enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son:

- Definir el problema.
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de Enfermería depende de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posible.

Acciones de Enfermería en el plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de Enfermería para identificar nuevos problemas/diagnósticos de Enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consultar y remisión a otro profesional.
- Realización de acciones terapéuticas especificadas de Enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Las directrices especificadas para los cuidados de Enfermería se denominan órdenes de Enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.

- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quien (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar.
- La firma.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Son todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las Intervenciones de Enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de la Enfermería, por médicos y por otros proveedores de cuidados.⁶⁷

Una **Intervención de Enfermería indirecta** es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes. Las Intervenciones de Enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería directas.

Una **Intervención de Enfermería directa** consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La Intervención de Enfermería directa comprende acciones de Enfermería fisiológicas y psicosociales; tanto las acciones de colocar las manos como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

⁶⁷ Actualización en Enfermería. NIC. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Disponible en: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/nic/definicionterminos.htm>

Un **tratamiento puesto en marcha por el enfermero** es una intervención iniciada por un Enfermero en respuesta a un diagnóstico de Enfermería; una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de Enfermería y los resultados proyectados. Tales acciones incluirían los tratamientos iniciados por enfermeros superiores. Un tratamiento puesto en marcha por el médico es una intervención iniciada por éste en respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por un profesional de Enfermería en respuesta a una "orden del médico". Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, terapeutas de la respiración o ayudantes de médicos.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Las actividades o acciones específicas que realiza Enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de Enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Para concluir podemos decir que las actuaciones de Enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de Enfermería y problema interdependiente.

ORDENES DE ENFERMERÍA.

Las ordenes de Enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

Estas acciones deben reunir ciertas características como son:

1. ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.
4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Las órdenes de Enfermería se refieren principalmente a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería. Debe recordarse que la Enfermera también recibe ordenes del personal medico, usualmente estas ordenes se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las ordenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de Enfermería.⁶⁸

Determinación de las órdenes de Enfermería.

Para este aspecto el profesional de Enfermería utiliza el proceso de solución de problemas que consiste en:

1. Definir el problema.
2. Identificar las alternativas posibles de solución
3. Seleccionar las alternativas factibles.

Para cada problema y su respectiva meta, el profesional de Enfermería se basa en unas hipótesis cuando predice que ciertas alternativas son apropiadas para lograr ciertos resultados esperados.

Las órdenes se pueden formular con base en las experiencias que han tenido éxito en el pasado tanto a nivel personal como de otros colegas.

En el programa propuesto por un equipo de profesionales para manejar una situación con varios enfoques, tanto las metas como las actuaciones que se determinen para el programa se basaran:

⁶⁸ El Proceso Atención de Enfermería. Disponible en: www.ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.com

1. En los problemas identificados por cada grupo de profesionales.
2. En las propuestas de solución para dichos problemas que se estructuran de manera que se ejecuten organizada y sistemáticamente.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

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

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

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

Las 486 intervenciones de la tercera edición de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) se han organizado en 7 campos y 30 clases. Cada campo incluye clases (a las que se les ha asignado letras por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas (cada uno con un código único de cuatro números) que están en el tercer nivel de la taxonomía. En la taxonomía sólo se utilizan las etiquetas de las intervenciones. Para la definición y las actividades definitorias de cada intervención. La taxonomía se construyó utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos.

Los grupos de la taxonomía están relacionados con las intervenciones para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica Enfermera. Las Enfermeras de cualquier especialidad deben recordar que necesitarán el uso de la taxonomía completa con un paciente particular y no sólo las intervenciones de una clase o campo. La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría Enfermera y en cualquiera de los mancos Enfermeros y de los sistemas de prestación de cuidados. Las intervenciones también pueden utilizarse con otras clasificaciones diagnósticas, incluyendo la NANDA, ICD, DSM y Omaha.

A cada una de las intervenciones se le ha asignado un número único para facilitar su informatización. Si se desea identificar la clase y el campo de la intervención, deben utilizarse seis dígitos (p. ej., 1A-OI40 es Fomento de los mecanismos corporales y está situada en la clase Control de actividad y ejercicio en el campo fisiológico: básico). Algunas intervenciones se han incluido en dos clases pero están codificadas de acuerdo con la clase principal. A cada clase se le han asignado 300 códigos, distribuidos entre las intervenciones existentes, dejando espacio para intervenciones que puedan añadirse en el futuro. La taxonomía apareció por primera vez en la segunda edición de la NIC.

Cada intervención tiene asignado un código único de cuatro dígitos que pertenece a la intervención mientras exista, independientemente de que en una próxima edición cambie de clase. Cuando una intervención se suprime, su código se retira; ningún código se utiliza más de una vez.

CAMPOS Y CLASES DE LA CIE

Consta de: 7 Campos y 30 clases, que las podemos ver en el siguiente esquema contraible para que no sea muy complicado ver todo en su conjunto.

Campo 1: Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico

Campo 2: Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática

Campo 3: Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios del estilo de vida

Campo 4: Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros

Campo 5: Familia: Cuidados que apoyan la unidad familiar

Campo 6: Sistema Sanitario: Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación sanitaria

Campo 7: Comunidad: Cuidados que apoyan la salud de la comunidad⁶⁹

4. DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La última etapa del plan de cuidados es el registro de los diagnósticos, resultado esperado y adecuaciones de Enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.⁷⁰

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados deben de tener los siguientes registros documentados:

- Diagnósticos de Enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- Intervenciones de Enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

⁶⁹ Mc Closkey. B. Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC).4ª. Edición Editorial Mosby. España Pp 5-10

⁷⁰ Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp 158

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

INDIVIDUALIZADOS: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de Enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

ESTANDARIZADO: Según Mayer (1983), “Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

ESTANDARIZADO CON MODIFICACIONES: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de Enfermería.

COMPUTARIZADO: Requiere la información previa de los diferentes planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

ETAPA DE LA EJECUCIÓN

En esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Existen tres fases dentro de la etapa de ejecución que nos permite justificar la diferenciación durante esta etapa:

- Fase de preparación.
- Fase de intervención.
- Fase de documentación o registro.

I. FASE DE PREPARACIÓN

La primera fase de la ejecución todavía comporta acciones que llamamos “de pensar”.

La preparación incluye un repaso a todas las etapas anteriores, además de la realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención. Este repaso se trata de una reevaluación del cliente centrada en aspectos específicos que ya han sido identificados en la etapa de valoración.

- **Revisión de las intervenciones programadas en la planificación o validación del plan.**

Esta acción permite a la Enfermera garantizar que efectivamente las intervenciones programadas cumplen la finalidad que tiene prevista dentro del proceso de atención de Enfermería, es decir, están dirigidas a fomentar, mantener y /o recuperar la salud del sujeto.

- **Analizar los conocimientos y técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones.**

Esta acción permite a la Enfermera hacer una distribución de tareas dentro del equipo de Enfermería que garantice el máximo grado de calidad en la atención prestada al sujeto.

- **Identificar posibles complicaciones.**

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que llevaremos a cabo frecuentemente entrañan un cierto riesgo para el sujeto.

- **Determinar las necesidades de tiempo, personal y equipo.**

Cuando en la etapa de planificación hablábamos de la priorización, ya indicamos que uno de los criterios necesarios para determinar la prioridad de un diagnóstico era la disponibilidad de los recursos.

- **Crear un ambiente terapéutico.**

Al presentar la etapa de ejecución nos hemos referido a ella como un momento propicio para establecer una relación significativa entre cuidador y cuidado.

III. FASE DE INTERVENCIÓN

Es en este momento cuando efectuaremos las acciones programadas. Ya habremos determinado la especificidad que requiere cada acción, así como el método para llevarla a cabo y los materiales, por tanto, ya estamos en disposición de poder realizar la intervención con garantías de calidad.

Una actitud de observación y análisis, unido a la capacidad creadora e innovadora de la Enfermera, le permitirán realizar todas aquellas adaptaciones que considere necesarias para poder dar respuesta a las nuevas situaciones que vayan apareciendo durante la intervención.

Independiente de la especificidad y la complejidad de cada una de las acciones, en todas ellas podemos identificar unos elementos comunes.

Alfaro⁽¹⁷⁾ sugiere como acciones comunes a todas las intervenciones de Enfermería, lo que identifica con el acrónimo **CLIPVE**, según sus palabras “*para ayudarnos a recordarlas*”. CLIPVE significa:

C → **Controlar** las órdenes y el equipo.

Disponer todo lo necesario de manera que lo situemos próximo a nosotras durante la intervención.

L → **Lavado** de manos y colocación de guantes.

I → **Identificar** al cliente.

⁽¹⁷⁾ Alfaro, R. Aplicación del proceso enfermero. Cuarta edición. Barcelona: Springer; 1999.

P → Proporcionar seguridad e intimidad.

V → Valorar el problema

Asegurarse de que la intervención sigue siendo válida.

E → Explicar o enseñar a la persona lo que vamos a hacerle.

Del mismo modo, no iniciaremos ninguna acción hasta conocer:

- Las razones que justifican la realización de la acción.
- Los efectos que esperamos conseguir.
- Comprobar que la acción programada todavía es válida.
- Mantener una valoración continuada durante la realización de la acción.
- Informar y comentar con el cliente y /o su familia la acción o acciones que vamos a realizar para garantizar la individualidad del cliente y su implicación en el procedimiento.
- No iniciaremos ninguna acción sin poner en marcha las medidas de seguridad necesarias para hacer posible el ambiente terapéutico al que nos hemos referido anteriormente.
- Comprobar que las acciones previstas se ajustan a los protocolos.

III. FASE DE DOCUMENTACIÓN

El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso es fundamental, tanto para garantizar la calidad de dicho proceso, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en Enfermería. Un buen registro nos aportará información fundamental para la investigación. Para que un registro pueda cumplir todos estos objetivos la información deberá quedar plasmada teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Escribir con letra clara.

La información debe ser legible para evitar interpretaciones erróneas de los signos gráficos empleados. Si se utilizan abreviaturas deberá quedar claro cuál es el significado de las mismas.

2. Registrar rápidamente.

El resultado de la intervención que hemos llevado a cabo y todas aquellas observaciones efectuadas durante la realización de la misma.

3. Anotar exactamente el cómo, cuándo y dónde.

Podría darse la circunstancia de que la intervención programada durante la planificación haya tenido que ser modificada, por tanto será en el registro de la ejecución donde podrán quedar recogidas estas modificaciones.

4. Firmar siempre el registro.

El registro tiene valor legal por lo que deberemos tomar las medidas necesarias para que así sea.

5. No dejar ninguna línea en blanco.

Si firmamos el documento haciéndonos responsables de lo que en él se recoge, necesitamos tener garantías de que no se pueda modificar aquello de lo que decimos que somos responsables.

6. Registrar lo que hemos visto, oído, oído u observado.

Sobre el estado físico y emocional del sujeto, así como las acciones que han llevado a cabo el resto de los miembros del equipo incluso aquellas realizadas por el sujeto y /o su familia.

7. Ser concisa, específica y, a la vez, descriptiva.

La cantidad de información que debemos registrar y la necesidad de que el registro sea vehículo de comunicación entre los miembros del equipo de atención condiciona la forma como deberemos hacer dicho registro.

8. Utilizar las palabras del sujeto.

La necesidad de ser concisa y específica en modo alguno debe utilizarse como argumento para resumir y registrar “una versión abreviada” de lo que el sujeto nos diga.

9. Anotar siempre todo aquello que queda fuera de lo que podríamos considerar universalmente como normal.

10. Anotar la existencia de vías invasivas y /o tratamientos.

El Enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones Enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermero y problemas interdependientes) y las necesidades de cada persona tratada.⁷¹

ETAPA DE EVALUACIÓN:

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la Enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

⁷¹Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp 162

2. Revaloración del plan. Es el proceso que puede llevar al profesional de Enfermería a suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, enunciar nuevos diagnósticos; priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones, modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultados y mantener la ejecución de las actividades.

3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso Enfermero, realmente es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente. Cuando la evaluación se realiza como última fase, la enfermera hace referencia a los resultados del usuario y determina si se consiguieron.

Si los resultados no se consiguieron, la enfermera empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la cual no se consiguieron.⁷²

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:⁷³

1. Aspectos generales y funcionamiento del cuerpo

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2. Señales y síntomas específicos

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

⁷² Ackley BJ Ladwig GB.(2007). Manual de Diagnósticos de enfermería, guía para la planificación de los cuidados. 7a edición. Editorial Elsevier-Mosby. Madrid, España

⁷³Iyer P. Bárbara J. Tapich y Donna Bernocchi-Losey. (1993). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid. Pp 303

3. Conocimientos

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios.

4. Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5. Estado emocional.

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

6. Situación espiritual (modelo holístico de salud)

- Entrevista con el paciente
- Información dada por el resto del personal.

La valoración de la fase de evaluación de los cuidados de Enfermería, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, las tres posibles conclusiones (resultados esperados), son:⁷⁴

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este problema se realiza una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

⁷⁴ DuGas Bervely W. (2000). Tratado de Enfermería práctica, 4ta edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Philadelphia. Pp 80

De forma resumida y siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

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

A la hora de registrar la evaluación deben evitarse los términos ambiguos como igual, poco apetito, etc. Es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo, sintió el paciente.

La evaluación es un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Tiene como finalidad principal asegurar unos cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones a la vista de los resultados⁷⁵, permitiendo verificar la consecución de los objetivos, emisión de un juicio, valoración de la situación actual, mantenimiento y modificación del plan de cuidado.

Para asegurar el control completo de las prácticas de cuidados de la salud, deberá considerarse tres tipos de evaluación:

- **Evaluación de la estructura.**

Se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de la evaluación de la estructura son las auditorias de Enfermería por parte de organizaciones específicas.

⁷⁵ Phaneuf, M. Op. cit. p. 234

La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

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

- **Evaluación del proceso.**

Se centra en las actividades de Enfermería, pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de Enfermería en las hojas de evolución. Los cánones para valorar la calidad del cuidado de Enfermería han sido desarrollados pero requieren un refinamiento ulterior.

Evaluación concurrente del proceso.

Examina el rendimiento de la Enfermera en el momento en que tiene lugar. También pueden revisarse las hojas o graficas de evolución para evidencias de las acciones de Enfermería mientras que el paciente este recibíéndolas.

Evaluación retrospectiva del proceso.

Es implementada después de que el paciente ha sido de alta, las acciones de Enfermería son evaluadas después de este hecho. Las normas y cánones para la revisión de las hojas y graficas, por lo general se desarrollan en cooperación con el personal de Enfermería; la revisión de las graficas o auditorias muestran cuales procedimientos específicos se implementaron, como la historia de admisión en Enfermería, el registro de la ingestión y la excreción, y los movimientos de ambulación del paciente según se ordenaron.

- **Evaluación de los resultados.**

Se centra en los cambios, en la conducta y el estado de salud del paciente, la Enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención.

- **Evaluación concurrente del resultado.**

Juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. Puede

examinarse la grafica para buscar la documentación del progreso del paciente, su conocimiento y sus destrezas.

- **Evaluación retrospectiva del resultado.**

Examina la grafica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de Enfermería.⁷⁶

Métodos de evaluación del proceso y el resultado	
Proceso (evaluación de Enfermería)	Resultado (evaluación del paciente)
<p>Concurrente</p> <p><i>Paciente:</i> Preguntar al paciente las acciones realizadas por la Enfermera</p> <p><i>Enfermera:</i> Observar a la Enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente</p> <p><i>Gráfica:</i> Examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio.</p>	<p><i>Paciente:</i> Observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>
<p>Retrospectivo</p> <p><i>Examen de la gráfica:</i> Buscar los datos que documenten las acciones de Enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los</p>	<p><i>Examen de la gráfica:</i> Buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las</p>

⁷⁶ Griffith, J. y Christensen, P. (1993). Proceso de atención de enfermería. Manual moderno. P. 193-205

planes de Enfermería, como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, después de que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.	conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (CRE)

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

La siguiente sección contiene los tres niveles de taxonomía para la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification [NOC]). La estructura taxonómica CRE se desarrolló a partir de estrategias perfeccionadas por el Proyecto de Intervención de Iowa. El objetivo era crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a la desarrollada para la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (Nursing Interventions Classification [NIC]).

En la primera clase, se agruparon 175 resultados de esta forma y se solicitó a los participantes que crearan 15 a 25 grupos a partir del proceso de clasificación. Este proceso se empleó para crear el nivel de la clase de taxonomía CRE, estableciéndose finalmente 24 clases. Las clases creadas mediante este proceso son Mantenimiento de la Energía, Crecimiento y Desarrollo, Movilidad,

Autocuidado, Cardiopulmonar, Eliminación, Líquidos y Electrolitos, Respuesta Inmune, Regulación Metabólica, Neurocognitiva, Nutrición, Integridad Tisular, Bienestar Psicológico, Adaptación Psicológica, Autocontrol, Interacción Social, Conducta de Salud, Creencias sobre la Salud, Conocimientos sobre Salud, Control del Riesgo y Seguridad, Salud y Calidad de Vida, Sintomatología, Estado del Cuidador Familiar y Resolución del Maltrato.

En la segunda fase, los participantes clasificaron estas clases para crear el nivel superior de la taxonomía. Los resultados de este proceso identificaron 6 dominios: Salud Funcional, Salud Psicológica, Salud Fisiológica, Conocimiento y Conducta en Salud, Salud Percibida y Salud Familiar.

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

La estructura de codificación de la CRE incluye los dominios, clases, resultados, indicadores de cada resultado, escalas de medida y puntuaciones reales registradas por los usuarios. Esta estructura de codificación permite la ampliación de la CRE en cada nivel de la taxonomía y crea una identificación única para cada resultado, indicador y escala de medida. En la taxonomía actual se incluye un nuevo dominio denominado Salud Comunitaria para permitir la localización de los resultados de nivel comunitario desarrollados hasta la fecha, lo que aumenta el número total de dominios en la clasificación a siete. Los resultados adicionales centrados en el nivel comunitario se están desarrollando y es de esperar que tanto los dominios de salud familiar como comunitaria aumenten de tamaño a medida que el trabajo avanza. Actualmente existen 29 clases en la taxonomía. Las nuevas

clases identificadas desde que se creó la taxonomía son Función Sensitiva y Respuesta Terapéutica (bajo el dominio de Salud Fisiológica) y la clase de Resolución de Maltrato (bajo el Dominio de Salud Familiar) se amplió y renombró como Estado de Salud de los Miembros Familiares. Además, se agregó una nueva clase, Bienestar Familiar, al dominio de Salud Familiar. Bajo el nuevo dominio de Salud Comunitaria, se han identificado dos clases: bienestar Comunitario y Protección de la Salud Comunitaria.⁷⁷

1.4 ETICA EN ENFERMERIA

El termino ética proviene del vocablo griego "*ethos*" que significa carácter, modo de ser. Y se considera un estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana. (León, 1999)

Etica se refiere al estudio de los ideales filosóficos de la conducta correcta y errónea; el código de ética proporciona guías para una atención segura y compasiva.

La ética es el estudio de la buena conducta, el carácter y los motivos. Tiene que ver con la determinación de lo que es bueno ó válido para todas las personas. Los actos que son éticos suelen reflejar un compromiso con los estándares que superan las preferencias personales: estándares en los que están de acuerdo individuos, profesiones y sociedades. (Potter 1999)

Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo. (Rumbold, 2000)

⁷⁷ Johnson. Mass. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2° Edición. Editorial Mosby. España. Pp 6-15

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

En Enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

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

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los

profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la Enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de Enfermería, el presente documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras.

Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

MORAL

Moral proviene del vocablo latín "*mos*" o "*mores*" que significa costumbres en el sentido de las normas o reglas adquiridas por hábitos.

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo. (Balderas, 1.998)

Conjunto de todos los deberes del hombre. (León, 1.999)

La moral, es parte de las tradiciones y costumbres del grupo humano, unidos por un interés común.

El comportamiento moral se sujeta a valores y normas establecidas socialmente, es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social.

LA MORAL EN ENFERMERÍA

La Enfermería como profesión, requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.

NORMAS MORALES PARA LAS ENFERMERAS (OS)

Las raíces de la moral de las Enfermeras (os) han sido legadas por la sociedad. Dichas normas se relacionan con:

- La Profesión.
 - Vocación
 - Disciplina
- La atención al usuario
 - Proteger la individualidad
 - Proteger al usuario de causas externas que puedan producir enfermedad
 - Mantener las funciones fisiológicas del usuario en parámetros normales
 - Colaborar con la rehabilitación del usuario y su incorporación a la comunidad⁷⁸

De acuerdo al Consejo Internacional de Enfermeras los términos que influyen para mejorar la comprensión para el desarrollo de la profesión de Enfermería y que se utilizan en la toma de decisiones son Autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y fidelidad. El Código de Ética en México fue propuesto en el

⁷⁸ Obtenido en: <http://www.etica-enfermeria.com>. el 24 de Octubre del 2009

año 2000 con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de salud emprendió donde estableció que es fundamental el desempeño correcto de todas las intervenciones de Enfermería encaminadas a restablecer la salud de los individuos basadas en el conocimiento mutuo y con respecto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la Enfermera. Los siguientes principios rigen la actuación ética de Enfermería en México:

La **autonomía** se refiere a la independencia de una persona. Como un estándar en ética, la autonomía representa un acuerdo para respetar el derecho del otro a determinar el curso de acción.

Beneficencia se refiere a realizar acciones positivas para ayudar a los demás. La práctica de la beneficencia refuerza el deseo de hacer el bien a los demás. Favorece acciones que benefician a los clientes; busca beneficios que causen el menor daño; considera el mejor interés para el cliente por encima de su propio interés.

No maleficencia se refiere a buscar activamente no hacer daño, evita el daño deliberado el riesgo de lesión y el daño que se produce durante la realización de las acciones de las enfermeras; busca causar el menor daño si se puede obtener beneficio de un cierto daño.

Justicia es la imparcialidad ó la equidad que asegura una distribución justa de los recursos como los cuidados enfermeros a todos los clientes, determina el orden en que debe de tratarse en relación al riesgo.

Fidelidad se refiere a la lealtad y los esfuerzos para mantener las promesas que se le hacen a las personas, las familias y otros profesionales; evita el abandono de las personas, incluso cuando los objetivos de la persona difieren de los objetivos del personal de salud.

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

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

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

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

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las Enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de Enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su

profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La Enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

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

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de Enfermería 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.

Decálogo del Código de Ética

La observancia del Código de Ética, para el personal de Enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de Enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observado los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de Enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de Enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

RELACION DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

La profesionalización en el área de Enfermería impulsa al personal del área a la preparación continua de manera eficaz con una base filosófica, de conocimientos dirigida a través de un eje fundamental para que los cuidados de Enfermería se brinden de la mejor calidad posible lo que le permitirá llevar a cabo un crecimiento y desarrollo profesional dirigidas bajo un marco conceptual, ético, moral y legal mismos que le permitirán al cliente mantener una seguridad ante la demanda de atención de Enfermería en donde brinda cuidados específicos.

Sin embargo para poderlo llevar a cabo de manera satisfactoria es necesario contar con un sistema metodológico como es el Proceso de Atención de Enfermería en sus 5 diferentes etapas, misma que permiten identificar las necesidades que se encuentren en algún grado de dependencia a expensas de las fuentes de la dificultad, que una vez identificadas se realizará un cuidado altamente especializado en donde se aplican los diferentes tipos de relación de la Enfermera hacia el paciente como de ayuda, suplencia o de compañera tomando en cuenta que el entorno es un factor determinante para facilitar el que la persona logre nuevamente su independencia ó bien limite la dependencia o brinde una muerte serena. Los conceptos principales de acuerdo a la filosofía de Virginia Henderson se esquematizan en el siguiente cuadro para facilitar su comprensión.

RELACION DE CONCEPTOS DEL PAE Y LA PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON



ELABORO: LE. NELIDA ROCIO ARELLANES JIMÉNEZ, 2009

1.5. PROBLEMA DE SALUD: Desnutrición

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial se estima que, como mínimo 1/3 de la población infantil de los países en desarrollo sufre algún grado de desnutrición. En ciertas regiones de América Latina, una prevalencia de 60-65% de desnutrición de leve intensidad se produce en niños debajo de los 5 años.⁷⁹

Estudios realizados por Monteiro y colaboradores, en 1984 y 1985, mostró una prevalencia global de desnutrición de 25,9% en niños menores de 5 años de edad, según el criterio de Gomes, correspondiendo en su gran mayoría a formas leves de desnutrición. La prevalencia de formas moderadas llegó a 2,9% y no fueron observadas con gravedad. Además de la elevada prevalencia, la desnutrición se torna, directa o indirectamente, la principal causa de mortalidad y de morbilidad de los niños menores de cinco años de edad en los países en desarrollo.

Sin embargo, y de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada cinco niños en edad preescolar padece desnutrición crónica o presenta algún grado de anemia.

Esto significa que la desnutrición crónica afecta al 13 por ciento de los mexicanos sobre todo aquellos de muy escasos recursos e indígenas. Las entidades más afectadas por este problema de salud pública son Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Puebla, Hidalgo y Yucatán, cuya prevalencia de la afección y talla baja es la más alta del país.⁸⁰

La mayoría de los niños con algún grado de deficiencia nutricional se concentran en 700 municipios del país. El estado de Oaxaca, ocupa el segundo lugar a nivel nacional en desnutrición, es decir que de los 150 municipios en el país que

⁷⁹ Recuperado 10 de Noviembre del 2009 en: <http://www.medcenter.com>

⁸⁰ Recuperado 3 de Noviembre del 2009 en: <http://www.scielo.org.mx>

registran el mayor grado de marginación y desnutrición, 51 de éstos están en Oaxaca.

En esas localidades, la tasa de mortalidad infantil es de 75 por cada mil menores, equivalente a los indicadores que se reportan en países africanos de menor desarrollo económico.

Según la Encuesta, mientras a nivel nacional la desnutrición representa el 13 por ciento, en las comunidades rurales e indígenas se agudiza el problema hasta representar el 40 por ciento, situación por demás preocupante si consideramos que de los 18 millones de mexicanos en condición de pobreza alimentaria, 12 millones se ubican en zonas rurales e indígenas.

Así pues, el problema de la desnutrición infantil en nuestro país está directamente relacionado con la pobreza, condición que se agravan con otros factores tales como los bajos niveles de ingreso de la población; desempleo; deficiente abasto de alimentos, marginación y, la inadecuada e deficiente información nutricional de la población.

CONCEPTO

La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuzgar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas.

La desnutrición puede ser un trastorno inicial único, con todo el variado cortejo sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como

síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y, entonces sus síntomas y manifestaciones son más localizadas y precisas.⁸¹

CLASIFICACION

La clasificación de los distintos grados de desnutrición ha sido objeto de terminología también distinta y a veces confusa y poco connotativa; nosotros seguimos la terminología simplista que iniciamos en el Hospital y que señala con bastante claridad, el estado que guarda un niño desnutrido en sus distintas etapas.

Llamamos desnutrición de primer grado a toda pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad; llamamos desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25 y el 40%, y, finalmente llamamos desnutrición de tercer grado, a la pérdida de peso del organismo más allá del 40%.

Causas que producen la desnutrición

Se puede decir que el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos.

A su vez la sub-alimentación la determinan varios factores: alimentaciones pobres, miserables o faltas de higiene, o alimentaciones absurdas y disparatadas y faltas de técnica en la alimentación del niño. El 10% restante de las causas que producen la desnutrición lo encontramos causado por las infecciones enterales o parenterales, en los defectos congénitos de los niños, en el nacimiento prematuro y en los débiles congénitos; por último, hay un sector que tiene como origen la estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas, es decir, el hospitalismo.

⁸¹ Dr. Federico Gómez, Desnutrición. Revista de Salud Pública de México, Vol.45,suppl 4.Cuernavaca 2003

El hospitalismo es una entidad patológica indeterminada y misteriosa que altera profundamente el aprovechamiento normal de los alimentos y que se instala en el organismo de los niños hospitalizados por largo tiempo, a pesar de que están rodeados de todas las atenciones higiénicas y médicas y a pesar también, de que la alimentación a que están sometidas sea correcta desde todos los puntos de vista que se la considere.

SIGNOS Y SINTOMAS

Desnutrición de segundo grado

Insensiblemente la pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 ó 15%, a pérdidas mayores; la fontanela se hunde, se van hundiendo también los ojos y los tejidos del cuerpo se hacen flojos, perdiendo su turgencia y su elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, es pasto fácil de catarrros, resfriados y otitis, se acentúa su irritabilidad; fácilmente hay trastornos diarreicos y a veces se percibe, desde esta etapa de la desnutrición, discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteinemia.

El final de la etapa segunda en la desnutrición es ya francamente alarmante y obliga a los padres a recurrir al médico si antes no lo habían hecho.

Por otra parte, si las medidas dietéticas y terapéuticas a que se acuda no son lo suficientemente cuidadosas y efectivas, el paciente cae en una exquisita intolerancia a toda clase de alimentos y a toda cantidad que se le dé; esta intolerancia obliga a cambios frecuentes en la dieta, y a nuevos intentos de acomodación digestiva por parte del organismo, en los cuales se pierde tiempo, se va aumentando la destrucción de sus reservas, y el desplome de la curva de peso, que cada vez se aleja más del paralelismo normal con la curva de la edad.

82

⁸² Dr. Federico Gómez, Desnutrición. Revista de Salud Pública de México, Vol.45,suppl 4.Cuernavaca 2003

Profilaxis de la desnutrición

Hay que considerar dos aspectos a cual más de importantes en la prevención de la desnutrición.

1°. Factor familiar.

2°. Factor médico.

Factor familiar

I. Es obvio que combatiendo la miseria se evitaría en un gran porcentaje la desnutrición, pero no está a nuestra mano médica señalar medidas de alcance nacional que eleven el *standard* de vida de nuestro pueblo. Sin embargo, queda el factor ignorancia familiar que debe de ser combatido intensamente por todos los medios a nuestro alcance; el médico se debe de convertir en educador de sus clientes y en propagador de los conocimientos de puericultura más elementales para que los padres aprendan a distinguir al niño sano del enfermo y acudan oportunamente al consultorio o al hospital.

Debemos enseñar a los padres a estimar el enorme valor que tiene el pesar cada semana a los niños de menos de dos años; a estimar el peligro de no ganar en peso por varias semanas o a perderlo; a temer a los vómitos y a la diarrea.

La profilaxis de la desnutrición es obra de conjunto de los médicos, de las enfermeras, de las trabajadoras sociales, de los departamentos oficiales, de las Instituciones privadas y en una palabra, de todo elemento social que tenga contacto con la madre y el niño de un país.

Factor médico

II. Es indispensable que el médico conozca el valor energético de los alimentos y cómo integrar una fórmula correcta de alimentación; también debe saber las necesidades calóricas de un organismo para poder dictar medidas dietéticas que prevengan la desnutrición.

El médico que sabe darle a la curva de peso el valor inmenso que tiene durante el primer año de la vida, puede prevenir la desnutrición de los niños confiados a su cuidado o combatirla oportunamente.

Los cambios frecuentes de leche en los niños, traen desadaptación digestiva y alteración de la función del sistema que puede conducir a la desnutrición.

Verificado el rendimiento energético de una alimentación, verificada su digestibilidad, su pureza y su técnica de preparación, se comete un error si antes de cambiarla no se espera un término razonable de adaptación digestiva. Combatiendo a tiempo las infecciones y equilibrando los defectos congénitos se previenen también algunos estados de desnutrición. Aunque durante las infecciones está lógicamente disminuida la capacidad para digerir, no hay que pecar por dietas muy pobres, pues se conduce al organismo a un peligroso estado de desnutrición. (Dieta en la fiebre tifoidea o en las variadas infecciones por salmonelas y shigelas).

La infección prolongada conduce a la desnutrición y la desnutrición prolongada por su parte, expone al organismo a la invasión fácil de las infecciones.

El conocimiento de este peligroso círculo por el médico, lo pondrá alerta para prevenir la desnutrición.

Tratamiento

Desnutrición de Segundo Grado

Dos medidas deben de guiar la terapéutica en estos casos:

1a. Dar una alimentación de alto valor energético en el menor volumen de la fórmula, para poder ministrar 250, 300 o más calorías por kilo, por día, sin acarrearvómitos.

2a. Combatir tenazmente las infecciones; drenar los oídos si están enfermos, quitar adenoides, vigilar el riñón, vigilar la piel, etc. Hay otra serie de medidas que

completan la lucha: Complejo B Hipodermocclisis de suero fisiológico 25 c.c. por día; estimular la actividad de la piel con fricciones generales de alcohol a 50%, vigilar la ingestión suficiente de líquidos, imponer cierto grado de actividad física para combatir la astenia y la indiferencia; pequeñas transfusiones de sangre total (10 c.c. por kilo), aplicadas cada cinco días.

El éxito se obtiene en un 60 o 70% de los casos si no hay infecciones que se hayan apoderado del organismo y le impidan toda posibilidad de restablecimiento.

II.

METODO

LOGÍA.

2.1.

PRESENT

ACCIÓN DEL CASO

El presente estudio de caso hace referencia a un preescolar de 3 años 6 meses de edad del sexo masculino que proviene de una familia compuesta formada por el padre de 40 años de ocupación campesino con escolaridad primaria incompleta, con alcoholismo positivo aproximadamente 5 veces en 24 horas, la madre de 33 años de edad dedicada a las tareas del hogar y no tiene estudios y en ocasiones le ayuda a su esposo en el campo; tiene 4 hijos: de 14 años (mujer) con escolaridad secundaria incompleta, 10 años (masculino) con primaria cursando el 5° año, y 6 años (masculino) cursando el 1er año de primaria, además de la abuela paterna de 92 años quien es analfabeta, desconoce enfermedades crónico degenerativas de sus familiares.

Son originarios de Chiquihuitlán Oaxaca, cuentan con un nivel socioeconómico bajo debido a que se dedican al campo y no siempre obtienen dinero diario si no solo por temporadas sus ingresos son de 30 a 50 pesos al día, además de no contar con ningún apoyo económico extra por familiares cercanos, habitan en casa prestada con techo de lámina, paredes de barro y carrizo, piso de tierra cuenta con 2 cuartos, 1 para cocinar y otro como dormitorio, cuenta solo con agua potable y luz, cocción de alimentos con leña, no tienen drenaje y las deposiciones de excretas las llevan a cabo en letrina lejos de la casa; existen solo camiones

para transportarse o animales de carga dado que está muy retirado en ocasiones tienen que pagar camión el cual es caro de acuerdo a sus ingresos por día. Las relaciones familiares son fuertes pero a su vez estresantes entre el padre la madre y el padre con los hijos, la madre con los hijos tienen adecuadas relaciones familiares; llevan a cabo roles tradicionalistas.

Inicia su problema el 1 de Mayo del 2009 con dolor abdominal, náuseas, vómito de 8 días de evolución, 3 veces en 24 horas, posprandiales, de contenido gástrico en moderada cantidad y diarrea continua durante 15 días de evolución en 5 ocasiones en 24 horas con patrón habitual de 2 veces al día. Es llevado con médico de centro de salud quien lo valora y da tratamiento la madre no sabe que medicamentos fueron los que le recetó posteriormente sugiere que se envíe al Hospital Infantil de México “Federico Gómez” para ser valorado e iniciar con tratamiento específico; al ingresar el 15 de Mayo del 2009 se deja en ayuno se toman muestras de laboratorio y posteriormente se insiste en la ingesta de alimentos por boca quien manifiesta rechazo por los mismos, se instala una sonda para alimentación naso gástrica y se inicia con fórmula deslactosada y finalmente con alfare a razón de 184 ml para pasar en 2 horas y descansa 1 hora hasta las 22 horas y de 22 horas a 6 de la mañana en infusión continua con módulos con TCM 3 ml por cada toma. Se le brinda un aporte de Bicarbonato 12 ml y 60 ml de agua bidestilada cada 6 horas para 24 horas por vía periférica.

De acuerdo a su evolución clínica ha presentado los siguientes diagnósticos médicos:

FECHA DE INICIO	DIAGNOSTICO MEDICO	FECHA DE RESOLUCIÓN
15 MAYO 2009	Desnutrición Crónica Agudizada de intensidad grave tipo marasmática	En proceso
15 MAYO 2009	Pancitopenia	15 Mayo 2009 Inactivada
15 MAYO 2009	Hipofosfatemia	15 Mayo 2009 Inactivada

15 MAYO 2009	Otitis Media Bilateral	22 de Junio 2009
15 MAYO 2009	Genopatía en estudio	En vigilancia
21 de Mayo del 2009	IVU por hongos	28 de Mayo del 2009
04 JUNIO del 2009	Anemia de Fanconi	En vigilancia
04 JUNIO del 2009	Falla Medular	En vigilancia
28 de JUNIO del 2009	IVU por fecalis	04 Julio del 2009
04 Julio del 2009	IVU por E. Coli	08Julio del 2009

A la Exploración Física se encontraron los siguientes hallazgos:

SIGNOS VITALES:

Frecuencia Cardiaca: 130x' Frecuencia Respiratoria: 30x'

Tensión Arterial: 100/60 mmhg Temperatura: 36.5°C

SOMATOMETRIA:

Peso: 6.980 Kg (9650gr 15 Mayo del 2010) Talla: 68 cm

Perímetro Cefálico: 36 cm Perímetro Abdominal: 41cm

Perímetro Torácico: 38 cm Perímetro Braquial: 10 cm

EXAMENES DE LABORATORIO

****BIOMETRIA HEMÁTICA**** 23 de Noviembre del 2009

Hb: 10.8 g/dl Hto: 32.8% Leucocitos: 2300 Linfocitos: 40% Monocitos: 13%

Neutrofilos: 45 % Plaquetas: 16,000 (trombocitopenia)

Transfusión de plaquetas 45 ml en bolo DU

HABITUS EXTERNOS

Se observa en su unidad preescolar de 3 años 6 meses con edad aparentemente menor a la cronológica, con palidez generalizada, con posición libremente escogida con libertad de movimiento. Tiene instalada una sonda nasogástrica de silastic de larga duración en la narina derecha. Se encuentra consiente, tranquilo, con agradable aceptación hacia todas las personas, con sonrisa social, y con emisión de sonidos no parafraseados, miembros superiores cortos con deformidad ósea en dedos índice y medio de ambos miembros, con catéter periférico permeable, funcional en miembro inferior izquierdo para corrección de bicarbonato para 24 horas; porta ropa del hospital limpia, se observa su piel limpia, con lesiones sangrantes en área de pañal.

DESCRIPCION DE LA JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

A) DEPENDENCIA

1. NUTRICION E HIDRATACIÓN

Esta necesidad se encuentra en dependencia ya que se encuentra al preescolar con diagnóstico de Desnutrición grado III de acuerdo a la clasificación de Gómez, en el percentil 25 en relación al peso para la edad, la pérdida de peso es importante ya que desde el nacimiento a las 39 SDG peso 1440 gr lo que ha sido determinante para su crecimiento y desarrollo y sobre todo para su ganancia de peso; la madre de Roberto refiere que fue alimentado con seno materno durante 8 meses integrándolo a la dieta familiar a los 8 meses con caldos, tortillas y café, además refiere que desde los 2 años de edad ya no le agradaban los alimentos y desconoce la causa pero además ella no le insistía para que comiera. Al ingresar el 15 de Mayo pesa 3.300 Kg.

Desde su ingreso se deja en ayuno se toman muestras de laboratorio y posteriormente se insiste en la ingesta de alimentos por boca quien manifiesta

rechazo por los mismos, se instala una sonda para alimentación naso gástrica y se inicia con formula deslactosada y finalmente con alfare a razón de 184 ml para pasar en 2 horas y descansa 1 hora hasta las 22 horas y de 22 horas a 6 de la mañana en infusión continua con módulos con TCM 3 ml por cada toma. Se observa con edad menor a la cronológica de constitución frágil con ausencia de reserva grasa y muscular, palidez, fragilidad capilar, cabello delgado y opaco que se desprende con facilidad, movimientos peristálticos de 8x' y rechazo a los alimentos.

2. TERMORREGULACIÓN

Al medir la temperatura axilar de Roberto es de 35.6 °C, la madre refiere que el preescolar es susceptible a los cambios de temperatura regularmente durante la mañana y la noche; al presentar hipotermia hay aumento del llenado capilar de 3", pilo erección y coloración marmórea solo a la exposición al medio ambiente y a la palpación se siente frío; ante esta situación se le mantiene arropado y con mantas calientes con el apoyo de un calefactor para mantener la habitación templada

3. COMUNICACIÓN

Presenta deterioro en la comunicación al encontrarse de acuerdo a la escala de Denver se encuentra situado en la edad de dos años relacionado con poca estimulación por parte de la familia; debido a esto Roberto presenta déficit en el habla lo cual dificulta la comunicación tanto con sus hermanos como con el personal de Enfermería, sin embargo; el mismo ha buscado la forma de poder comunicarse con las personas que lo rodean. En relación a la Exploración Física de los pares craneales se pide a Roberto que cierre los ojos para detectar los olores, texturas y sabores; Olfato (par craneal I) identifica olores fuertes y débiles sin encontrarse alterado, Vista (pares craneales II, III,IV,VI) su agudeza visual es de 0,6 monocular con el test de figuras ya que señala la figura por respuesta de emparejamiento, el fondo de ojo es normal, el movimiento del globo ocular es simétrico con reflejo pupilar de miosis y midriasis; para valorar el V par craneal se pide a Roberto que muerda con fuerza identificando a través de la palpación

los músculos de la quijada, se valora el reflejo corneal el cual es normal al realizarse contracción; el par craneal numero VII se muestran imágenes y muñecos animados provocando sonrisas se pide que cierre los ojos apretando los ojos, eleva las cejas con gesticulación facial pero es muy escasa, se observa que Roberto no logra comunicarse ya que no sabe parafrasear letras, su comunicación la efectúa por señas y mímica, así mismo no reconoce las vocales ni los colores pero sus movimientos faciales son simétricos; para valorar el Gusto se evalúa por medio de la ingesta de azúcar, limón y a través de gestos expresa la identificación de sabores; la agudeza auditiva se considera normal ya que con los ojos vendados gira su cabeza hacia donde escucha el chasquido de los dedos y el sonido de la música de un radio; el tacto se valoro al proporcionar tela suave, una piedra y un muñeco relleno de bolitas de unicel de esta manera logro identificar lo duro, lo blando, lo suave y lo liso.

4. APRENDIZAJE

La madre refiere que en casa no le enseñaban debido a que no tenían tiempo y que sus hermanos tenían que trabajar también y acudir a la escuela pero que Roberto por su edad se dedicaba a jugar y no mostraba interés por curiosar; al valorarlo se encuentra de acuerdo a la escala de Denver se encuentra situado en la edad de 2 años, y no sabe cuales son las vocales, ni los números ni los colores.

5. REALIZACION

La madre de Roberto no tiene familiares que le apoyen para cuidarlo y esto ocasiona que se acumule el cansancio en el cuidador primario; los roles familiares se ven afectados debido a que un miembro de la familia importante en su casa se encuentra fuera del núcleo familiar y lejos por lo que Roberto en ocasiones se desespera por que no tiene familiares cercanos mas que su madre y su hermana mayor de 15 años por lo que su rol de hermano se ve afectado debido a la falta

de interacción con su núcleo familiar lo que ocasiona que haya alteración de los procesos familiares.

6. VESTIDO Y DESVESTIDO

Refiere su madre que Roberto se vestía con ropa de algodón y le agradaba estar siempre vestido pero que esta actividad la realizaban sus familiares ya que el no podía realizarlo el cambio de ropa lo llevaba diario hasta 2-3 veces al día; actualmente en el hospital la ropa le queda muy grande por esta razón le gusta vestirse con su propia ropa pero no es capaz de desvestirse ya que le falta desarrollar la pinza fina y la pinza gruesa esto le ha causado incapacidad para vestirse y dificultad para desvestirse.

B) RIESGO

7. SEGURIDAD y PROTECCIÓN

Roberto cuenta con su cuadro de vacunación completo, lleva a cabo el lavado de manos ocasionalmente cuando estaba en su casa y actualmente en el hospital se las lava diario, Roberto presenta lesiones en área de pañal por humedad a causa de evacuaciones verdosas aguadas y fétidas a expensas del tipo de formula al encontrarse en su unidad se observan los barandales en ambos lados de la cuna las cuales permanecen colocados cuando no se encuentra su familiar; se encuentran cubiertos los contactos eléctricos para evitar electrocución, los resultados de laboratorio demuestran disminución de los elementos sanguíneos por debajo de los valores normales al encontrarse con leucopenia de 2300 y plaquetopenia de 16000 por lo que se encuentran en riesgo.

8. ELIMINACIÓN

La madre de Roberto refiere que desde el nacimiento a orinado y evacuado de acuerdo al numero de veces que comía y en total eran 5 micciones en el día y 2 evacuaciones a partir del primero de mayo presenta evacuaciones verdosas aguadas y fétidas mas de 5 en 24 horas acompañado de vómitos frecuentes; en el hospital presenta de 5 a 6 micciones con un total de 500 a 800ml en 24 horas

de acuerdo al reporte registrado en la hoja de Enfermería sin dolor, con olor suigeneris y coloración amarilla diluida con DU de 1015 y pH de 6.5 resto de evaluación por labstix negativo, sustancias reductoras en orina negativas se reportan 3 Exámenes Generales de Orina normales. Aun presenta evacuaciones verdes aguadas fétidas de 5 a 6 evacuaciones en 24 horas a expensas del tipo de formula suministrado sin embargo la densidad urinaria se mantiene dentro de las percentilas; con peristalsis de 8 x' no presenta dificultad para evacuar por el recto. No presenta fiebre ni diaforesis durante la hospitalización. Actualmente Roberto no controla esfínteres.

C) INDEPENDENCIA

9. OXIGENACIÓN

Al momento del nacimiento el padre atendió el parto y refiere la madre que lloro y respiro al nacer sin problemas además refiere su madre que nunca ha presentado dificultad para respirar; al momento de ingresar al hospital tampoco presenta alteración alguna para respirar presenta llenado capilar de 2" se observa que respira normal sin datos de dificultad para respirar con frecuencia respiratoria dentro de percentiles con adecuada entrada y salida de aire focos cardiacos con buen ritmo, frecuencia e intensidad, lechos ungueales con adecuada coloración.

10. DESCANSO Y SUEÑO

La madre de Roberto refiere que el preescolar es activo, el cual duerme 10 horas según refiere la mamá que no tiene costumbres para dormirse y que despierto aproximadamente 2 veces por las noches y duerme siestas 2 a 3 horas durante el día generalmente 1 en la mañana y una en la noche por lo que se observa durante el día con energía para mantenerse despierto y para jugar se mantiene con isocoria pupilar y reflejos neurológicos normales.

11. MOVIMIENTO POSTURA

De acuerdo al crecimiento y desarrollo de Roberto la sonrisa social la presento a los 8 meses, el sostén cefálico a los 6 meses, la sedestación hasta los 7 meses y

la deambulaci3n al a1o y el desarrollo de habilidades motoras ha ido incrementando favoreciendo de esta manera su desarrollo por medio de la estimulaci3n y de esta manera facilita que lleve a cabo actividades que requieren de movimiento y coordinaci3n esto se detecta al realizar la exploraci3n f3sica de reflejos tendinosos en los cuales el braquial y radial es de ++++/++++ en ambos brazos; se valoran los pares craneales I sin alteraci3n ya que identifica olores en ambas fosas nasales, el II par craneal sin alteraci3n ya que tiene visi3n normal con agudeza visual de 0,6 por comparaci3n de figuras con fondo de ojo normal, los pares craneales III,IV,V con simetr3a en movimiento ocular hacia arriba, abajo, hacia los lados con reflejos de miosis y midriasis, el par craneal n3mero V se explor3 encontr3ndose fuerza muscular y reflejos de cornea normales, el par craneal VII se encuentran movimientos faciales sim3tricos al cerrar los ojos, sonr3e y cierra los labios con fuerza, el par craneal VIII en la agudeza auditiva se considera normal ya que con los ojos vendados gira su cabeza hacia donde escucha el chasquido de los dedos y el sonido de la m3sica de un radio, el par craneal IX y X presenta reflejo de v3mito y de degluci3n d3bil, el par craneal XI no esta alterado ya que eleva de forma normal y sim3trica y con fuerza los hombros, miembros superiores e inferiores, el par craneal XII se valora el cual es normal ya que logra el movimiento de lengua hacia arriba, abajo, hacia los lados y en "taquito". Se valora el intervalo de movimiento de las articulaciones al realizar movimientos de circonducci3n, elevaci3n, compresi3n, retracci3n y protacci3n en cabeza y cuello observando movimientos sim3tricos de derecha a izquierda, de izquierda a derecha, movimientos circulares y normales de flexi3n, extensi3n, en extremidades superiores hay movimientos de flexi3n, extensi3n, abducci3n, aducci3n y circundicci3n normales; en extremidades inferiores hay movimientos de flexi3n, extensi3n, abducci3n, aducci3n, circundicci3n, rotaci3n externa e interna de rodilla normales; el tono muscular se valora al palpar los m3sculos en relajaci3n al encontrarse suaves y con flexibilidad y a la contracci3n se palpan firmes y la fuerza muscular normal al encontrarse resistencia y contraresistencia con uniformidad y fuerza.

12. RECREACIÓN

Refiere la madre de Roberto que en casa jugaba con sus hermanos durante 1 hora aproximadamente y el resto del tiempo lo hacía solo; en el hospital se encuentran en su unidad algunos juguetes que le regalan las voluntarias y los diferentes grupos de apoyo pero le agrada aún más iluminar o que le cuenten cuentos el tiempo en que se la pasa jugando es de 4 horas al día aproximadamente y 2 a 3 horas observa alguna caricatura o película infantil siempre y cuando le agrade; el resto del tiempo está destinado para llevar a cabo su tratamiento, y sus terapias de rehabilitación

13. VALORES Y CREENCIAS

Sus valores y creencias no se ha alterado debido a que son católicos y esta misma se la enseñado a Roberto al cual le dice que le pida a DIOS que pronto le devuelva la salud lo enseñó a persinarse y le está enseñando a rezar todas las noches de la misma manera en algunas ocasiones lo lleva a misa que se celebra los domingos a las 12 horas los días domingos en su unidad mantiene una estampa religiosa al cual el reconoce y le pide que lo cure por lo que los actos de fe se mantienen presentes.

14. HIGIENE

La madre refiere que a Roberto le agrada cambiarse diario y bañarse diario se lava las manos antes de comer y de acudir al baño y después de ir al baño la piel se encuentra limpia, su cabello se encuentra limpio, se lava los dientes; en el hospital se observa limpio de la cavidad nasal, oral, y de los pabellones auriculares, las uñas se observan limpias y cortas por lo que se encuentra en independencia.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN

Se utilizó la Filosofía de las 14 Necesidades de Virginia Henderson así como el Proceso Atención de Enfermería, se llevó a cabo la valoración de Enfermería por medio de la Exploración Física general y focalizada, así como la Recolección de datos utilizando las fuentes primarias (paciente) y las fuentes secundarias (uso de expediente clínico y la información del personal de Enfermería a cargo del paciente, revisión bibliográfica en libros, e internet).

Además se utilizan instrumentos para la valoración exhaustiva como la Historia Clínica de Enfermería de 0 a 5 años elaborada por autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Anexo 1) la cual esta centrada en la valoración de las 14 necesidades de la propuesta de Virginia Henderson, jerarquización de necesidades, elaboración de diagnósticos de Enfermería y su jerarquización, plan de intervenciones y un plan de alta.

Para la valoración focalizada se utiliza un formato de reporte diario (Anexo 2) de las 14 necesidades el cual contiene el esquema de Continuum Dependencia-Independencia de Phaneuf que determina el grado de dependencia y duración en la que se encuentra la persona.

Para las consideraciones éticas se utiliza el formato de consentimiento Informado (Anexo 3) a la madre para poder realizar el estudio de caso.

2.3 ELABORACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La elaboración de los Diagnósticos de Enfermería se llevó a cabo por medio del formato PES y con base a la Taxonomía de la NANDA 2008; se elaboraron diagnósticos reales (PES), potenciales (PE) y diagnósticos de salud solo utilizando la etiqueta de acuerdo a la NANDA ó bin solo utilizando el problema (P).

Se elaboraron diagnósticos por cada necesidad que se encontraba en dependencia, en riesgo de dependencia ó en independencia.

Con un total de 22 diagnósticos de los cuales son 13 reales, 4 potenciales y 5 de salud. Para su mejor descripción se mencionan en el siguiente cuadro los cuales se jerarquizaron de acuerdo a los que tienen mayor prioridad.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FUENTES DE LA DIFICULTAD	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD
Nutrición e Hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para digerir y absorber los nutrientes por factores biológicos, y psicológicos manifestado por peso inferior al 20%, palidez, aversión para comer, hipotonía muscular y falta de interés en los alimentos , Hb de 10.8 mg/dl y constitución frágil.	26-11-09	Voluntad y Fuerza	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Nutrición e Hidratación	Patrón de alimentación ineficaz del preescolar relacionado con falta de estimulación del cuidador primario relacionado con aversión a los alimentos.	26-11-09	Voluntad y Fuerza	Dependencia Total Nivel 6	Alta

Nutrición e Hidratación	Patrón de alimentación ineficaz relacionado con malas técnicas de alimentación manifestado por desinterés en la alimentación.	26-11-09	Voluntad y Fuerza	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Nutrición e Hidratación	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con factores psicológicos manifestado por peso corporal inferior al 20% del peso ideal.	26-11-09	Voluntad y Fuerza	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Nutrición e Hidratación	Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza de los músculos accesorios de la masticación manifestado por debilidad para masticar y expulsión de la comida.	26-11-09	Voluntad y Fuerza	Dependencia Total Nivel 6	Alta
Termorregulación	Termorregulación ineficaz relacionado con temperatura ambiental fluctuante manifestado por temperatura axilar de 35.6°C.	14-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta

Termorregulación	Alteración del bienestar físico relacionado con temperatura axilar de 35.6°C manifestado por llenado capilar de 3", piloerección y piel fría y marmórea.	14-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta
Comunicación y Aprendizaje	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con falta de estimulación manifestado por encontrarse con desarrollo de un niño de 2 años en la escala de Denver.	03-12-09	Fuerza y Conocimiento	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta
Realización	Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro importante de la familia manifestado por cambios para la satisfacción de la familia.	13-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta
Realización	Dependencia en la necesidad de realización relacionado con cambio de los roles familiares por ausencia del resto de los miembros de la familia manifestado	13-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta

	por tristeza.				
Realización	Alto riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con situación marginal de la familia.	13-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta
Realización	Riesgo de afrontamiento familiar comprometido relacionado con cambios temporales en los roles	13-10-09	Fuerza y de Conocimiento	Dependencia Temporal Nivel 5	Alta
Vestido y Desvestido	Dependencia del vestido y desvestido relacionado con falta de coordinación de movimientos manifestado por incapacidad para vestirse y dificultad para desvestirse.	30-10-09	Fuerza	Dependencia Temporal Nivel 3	Intermedia
Eliminación	Diarrea relacionada con inadecuada técnica en la alimentación manifestado por evacuaciones verdes aguadas fétidas de 200ml en 24 horas.	26-11-09	Fuerza	Dependencia Parcial Nivel 3	Alta
Eliminación	Deterioro de la integridad perianal relacionado con aumento de en la acidez de las evacuaciones	24-11-09	Conocimiento del cuidador y Fuerza del preescolar	Dependencia Parcial Nivel 3	Alta

	manifestado por destrucción de las capas de la dermis, ardor y sangrado.				
Eliminación	Riesgo de Déficit de volumen de líquidos relacionado con aumento en el número de evacuaciones en 24 hrs.	26-11-09	Voluntad	Dependencia Parcial Nivel 3	Alta
Seguridad y Protección	Riesgo de infección a nivel sistémico relacionado con disminución de las defensas secundarias (leucocitos de 2300, plaquetopenia de 16000)	24-11-09	Fuerza	Dependencia Parcial Nivel 5	Alta
Oxigenación	Patrón respiratorio eficaz relacionado etapa de desarrollo manifestado por frecuencia respiratoria de 30x' y llenado capilar de 2".	12-10-09	No existe	Independencia Nivel 1	Baja
Descanso y sueño	Independencia en el descanso y sueño relacionado con etapa de desarrollo manifestado por estado de alerta y por mantener 13 horas de sueño diariamente.	03-11-09	No existe	Independencia Nivel 1	Baja

Movimiento, Postura y Recreación	Conducta generadora de salud: movimiento, postura y recreación	03-11-09	No existe	Independencia Nivel 1	Baja
Valores y Creencias	Conductas generadoras de salud: valores y creencias.	30-11-09	No existe	Independencia Nivel 1	Baja
Higiene	Conductas generadoras de salud: Higiene	12-10-09	No existe	Independencia Nivel 1	Baja

3.4. Componentes de las Intervenciones de Enfermería.

Para poder llevar a cabo la estructuración del Plan de Intervención se elaboraron Diagnósticos de Enfermería los cuales fueron tomados de la NANDA previa jerarquización de los mismos y la elaboración de los objetivos a corto, mediano y largo plazo, para poder llevar a cabo intervenciones de Enfermería en relación a las necesidades que se encontraron alteradas de tipo independientes, dependientes e interdependientes para este proceso se tomara en cuenta la Clasificación de NIC mismos que les dan sustento para poder aplicarlo. La evaluación de Enfermería se llevará a cabo de acuerdo al proceso, estructura y resultado. Los planes de intervención se elaborarán de la siguiente manera para su fácil comprensión y análisis:

1. Encabezado
2. Ficha de identificación de la persona
3. Diagnóstico con fecha de identificación , tipo de prioridad, fuente de la dificultad, nivel y grado de dependencia
4. Plan de intervenciones con acciones de Enfermería
5. Evaluación de las Acciones de Enfermería

Se elaboraron un total de 14 planes de intervención 1 por cada necesidad propuesta por Virginia Henderson.



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



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre del niño: Roberto Merino Rey

Edad: 3 años 6 meses

Servicio: Gastroenterología

Reg. de Exp: 792461

Valoración focalizada de la necesidad: NUTRICIÓN

Fecha: 26 de Noviembre del 2009

Grado y Nivel de dependencia: Total de varios años, Nivel 6

Tipo de prioridad: Alta

Fuentes de la dificultad: Voluntad y Fuerza

Rol de la enfermera: Suplencia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para digerir y absorber los nutrientes por factores biológicos, y psicológicos manifestado por peso inferior al 20%, palidez, aversión para comer, hipotonía muscular y falta de interés en los alimentos, Hb de 10.8 mg/dl y constitución frágil.

OBJETIVO

Roberto aumentara de peso de 100 a 200 gramos por mes a través de un plan nutricional durante su hospitalización.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La Enfermera implementará acciones para ayudar a ganar peso al preescolar. (NIC-C1-D-1240)</p> <p><u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Analizar las posibles causas del bajo peso corporal. (NIC-1240, 03)</p> <p>2. Pesar al preescolar cada 24 horas por la mañana, con la misma báscula, con el menor de ropa posible y a la misma hora. (NIC-1240, 02)</p> <p>3. Considerar las preferencias alimentarias.. (NIC-1240, 12)</p> <p>4. Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida(NIC-1240, 18)</p> <p>5. Servir las comidas de una forma agradable y atractiva. (NIC-1240, 19)</p> <p>6.Proporcionar suplementos dietéticos. (NIC-1240, 27)</p> <p>* Maltodextrinas</p> <p>*Triglicéridos de Cadena Media</p> <p>7. Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso de una enfermedad crónica. (NIC-1240, 24)</p> <p>8. Asegurarse de que el</p>	<p>El cuerpo consume energía para llevar a cabo las actividades voluntarias como caminar, hablar, comer, así como las actividades involuntarias como la respiración y la secreción de enzimas. El balance energético de una persona viene determinado por la comparación entre el aporte de energía y el consumo de la misma.(Kozier, 2008:1284)</p> <p>El mantener un peso sano o ideal requiere un equilibrio entre el consumo de energía y el aporte de nutrientes. Cuando las necesidades energéticas de un individuo son iguales al aporte calórico diario, el peso corporal se mantiene estable. (Kozier, 2008:1285)</p>

	<p>preescolar esté sentado antes de iniciar la alimentación. (NIC-1240, 16)</p> <p>9. Disponer de periodos de descanso. (NIC-1240, 15)</p> <p>10. Registrar la ganancia de peso a través de una curva ponderal. (NIC-1240, 31)</p> <p>11. Realizar registros de Enfermería</p>	<p>Las maltodextrinas son hidratos de carbono que se obtienen mediante procesos industriales por hidrólisis del almidón y, debido a que no provocan incrementos bruscos de la glucemia, evitan efectos secundarios indeseables tales como: agotamiento prematuro de las reservas de glucógeno hepático y aumento de niveles de ácido úrico, colesterol y triglicéridos. La maltodextrina como es la fuente principal de hidratos de carbono, asegura una baja osmolaridad de tan sólo 194 mOsm/l a una concentración de 24 kcal por onza.</p> <p>Recuperado el 10 de Abril del 2010 de: www.eindustrianeagle.com</p> <p>Los triglicéridos de Cadena Media (MCT) son grasas o lípidos, cuya ventaja radica en su rapidez de metabolización. Se</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>obtienen por fraccionamiento del aceite de coco y la longitud de la cadena de los ácidos grasos está entre 6 y 12 átomos de carbono.</p> <p>Es un aporte calórico que en rapidez de metabolización se asemeja a los hidratos de carbono, o sea es energía inmediata, pero con la ventaja de que aporta el doble de calorías sin que se agoten sus reservas de glucógeno y por tanto, aparezcan antes el cansancio y la fatiga. Además tiene la gran ventaja de que no se acumulan como grasa corporal. Los MCT proporcionan una “ráfaga” de calorías disponibles al instante.</p> <p>Recuperado el 10 de Abril del 2010 de:</p> <p>http://www.biomanantia.com</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera proporcionara alimentación enteral con Alfare por sonda para recuperación de peso. (NIC-C1-D-1056)</p> <p><u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Explicar el procedimiento. (NIC-C1-D-1056, 01)</p> <p>2. Insertar la sonda nasogástrica previa lubricación. (NIC-C1-D-1056, 02)</p> <p>3. Sujetar con cinta micropore ó hipafix a la piel. (NIC-C1-D-1056, 03)</p> <p>4. Verificar la presencia de residuos gástricos. (NIC-C1-D-1056, 04)</p> <p>5. Confirmar la colocación por medio de Rx antes de administrar los alimentos. (NIC-C1-D-1056, 06)</p> <p>6. Verificar la presencia de sonidos intestinales cada 8 horas. (NIC-C1-D-1056, 07)</p> <p>7. Mantener al preescolar en posición semifowler durante la alimentación. (NIC-C1-D-1056, 10)</p> <p>8. Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continua. (NIC-C1-D-1056, 15)</p>	<p>La alimentación enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar una fórmula alimentaria líquida de características especiales mediante sonda, directamente al aparato digestivo en situaciones en que el paciente con tracto gastrointestinal funcionando, no deba, no pueda o no quiera ingerir alimentos en cantidades suficientes para mantener un desarrollo ponderoestatural y nutricional adecuado. (Kozier, 2008:1318)</p> <p>El Alfare es una fórmula semielemental, especialmente formulada para la alimentación de los niños que sufren de diarreas crónicas o agudas, mala absorción de nutrientes, desnutrición severa y alergia a la proteína de leche de vaca.</p>

	<p>9. Utilizar técnica higiénica en la administración de la fórmula. (NIC-C1-D-1056, 16)</p> <p>10. Comprobar la frecuencia del goteo por gravedad ó por bomba de infusión. (NIC-C1-D-1056, 17)</p> <p>11. Observar si hay sensación de plenitud, nauseas o vómito. (NIC-C1-D-1056, 19)</p> <p>12. Administrar Alfare 200ml cada 4 horas en infusión continua.</p>	<p>Asegura un aporte equilibrado de vitaminas y minerales, calculado para compensar las pérdidas fecales.</p> <p>Recuperado el 10 de Abril del 2010 de: www.medicamentos.com.</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera en conjunto con el personal de Nutrición proporcionaran Asesoramiento Nutricional al cuidador primario y al preescolar. (NIC-C1-D-5246)</p> <p><u><i>INTERDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Establecer una relación terapéutica basada en el respeto y la confianza. (NIC-C1-D-5246, 01)</p> <p>2. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios. (NIC-C1-D-5246, 03)</p> <p>3. Establecer metas realistas a corto y largo plazo. (NIC-C1-D-5246, 05)</p> <p>4. Comentar los gustos alimentarios por medio de imágenes. (NIC-C1-D-5246, 12)</p>	<p>Facilita la determinación de base de conocimientos del cuidador primario para lograr identificar los equivocados pensamientos sobre la alimentación.</p> <p>Entre los factores que influyen sobre la nutrición de una persona se encuentran el desarrollo , el genero, la etnia y la cultura, las creencias respecto a los alimentos, las prácticas religiosas, el estilo de vida, los medicamentos y el</p>

	<p>5. Discutir el significado de comida para el preescolar(NIC-C1-D-5246, 14)</p> <p>6. Analizar los conocimientos del cuidador primario sobre los cuatro grupos de alimentos, así como sus percepciones respecto a la modificación de la dieta.</p>	<p>tratamiento médico, así como los factores psicológicos.(Kozier, 2008:1336)</p> <p>El profesional de Enfermería y las dietistas comparten la función de ayudar a los pacientes y familiares de apoyo con dietas terapéuticas. La enfermera refuerza las instrucciones del dietista, ayuda al paciente a realizar cambios beneficiosos y evalúa la respuesta del paciente a los cambios planificados. .(Kozier, 2008:1336)</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>4. La Enfermera favorecerá la alimentación por medio de la terapia de la deglución. (NIC-C1-D-1860) <u><i>INTERDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Colaborar con los miembros del equipo de cuidados para dar continuidad al plan de rehabilitación. (NIC-C1-D-1860,01)</p> <p>2. Determinar la capacidad del preescolar para centrar su atención en el aprendizaje. (NIC-C1-D-1860,02)</p>	<p>Los problemas de deglución comprenden toda alteración en el mecanismo conjunto o en alguna de las actividades específicas del proceso normal de deglución, tales como la actividad lingual, labial, dental o paladar; así como de la propia postura</p>

	<p>3. Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el preescolar. (NIC-C1-D-1860,03)</p> <p>4. Colocarse de frente de manera que el preescolar pueda ver y oír. (NIC-C1-D-1860,05)</p> <p>5. Ayudar al paciente a sentarse en un ángulo de 90° para la alimentación. (NIC-C1-D-1860,10)</p> <p>6. Ayudar al paciente a flexionar la cabeza preparándole para la deglución. (NIC-C1-D-1860,12)</p> <p>7. Ayudar a mantener al preescolar sentado durante 30 minutos después de la terapia. (NIC-C1-D-1860,13)</p> <p>8. Enseñar al preescolar a que abra y cierre la boca en repetidas ocasiones simulando la masticación. (NIC-C1-D-1860,13)</p> <p>9. Guiar al preescolar en la fonación “ah” para favorecer la elevación del paladar blando. (NIC-C1-D-1860,15)</p>	<p>corporal general.</p> <p>Por lo que las personas que los presentan, en especial, los niños, requieren de una atención y tratamiento especial a fin de establecer el equilibrio o compensación necesarios para la ejecución de las diferentes funciones que participan lo cual permitirá un adecuado y saludable crecimiento, además de disminuir la desventaja o discapacidad social de la persona.</p> <p>Recuperado el 1° de Abril del 2010 de: http://www.terapia-ocupacional.com</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>10. Proporcionar descansos de 15 minutos entre cada ejercicio. (NIC-C1-D-1860,22)</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUACION NUTRICIÓN

El preescolar se mantiene en Dependencia Total en el nivel 6, para poder llevar a cabo esta evaluación fue necesario llevar a cabo 15 seguimientos con una duración de 60 minutos aproximadamente en el servicio de Gastroenterología en área de hospitalización aun que se ha logrado una ganancia de peso de 1 KG por cada mes después de su ingreso al final se obtuvo 8 Kg pero no se ha logrado que tolere los alimentos por vía oral al 100% solo tolera manzana cocida ya que aún sigue manifestado rechazo hacia los alimentos; sin embargo por medio de las intervenciones del equipo multidisciplinario y de la infraestructura hospitalaria así como el material de insumo suficiente se ha podido llevar a cabo el plan de intervención previamente establecido; así mismo, el personal de Enfermería que se encuentra en el servicio a colaborado satisfactoriamente para poder satisfacer la necesidad de nutrición y de esta manera lograr que el objetivo se cumpliera en un 50% ya que el preescolar acepto probar los alimentos.

Valoración focalizada de la necesidad: TERMORREGULACIÓN

Fecha: 14 de Octubre del 2009

Grado de dependencia/ Independencia: Dependencia Temporal, Nivel 5

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

FUENTES DE LA DIFICULTAD: Fuerza

ROL DE LA ENFERMERA: Suplencia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Termorregulación ineficaz relacionada con temperatura ambiental fluctuante manifestado por temperatura axilar de 35.6 ° C.

OBJETIVO

El preescolar mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales (36.5 a 37 °C) por medio de calor indirecto en 30 minutos.

INTERVENCIÓN	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. La enfermera y el cuidador primario llevaran a cabo medidas para lograr la regulación de la temperatura del preescolar. (NIC2M-3900) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. Comprobar la temperatura al menos cada 30 minutos hasta obtener resultados por arriba de 36.5°C.(NIC2M-3900,01) 2. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.(NIC2M-3900,04) 3. Observar el color y la	El equilibrio entre el calor perdido y el producido, o termorregulación, está regulado de manera precisa mediante mecanismos fisiológicos y conductuales. Para que la temperatura corporal permanezca constante y dentro de

	<p>temperatura de la piel. (NIC2M-3900,05)</p> <p>4. Explicar al preescolar y al cuidador primario las medidas necesarias para mantener la temperatura como es el uso de guantes térmicos, gorros, calcetas y camisetas térmicas.</p> <p>5. Utilizar mantas calientes para ajustar la temperatura durante 30 minutos por medio de calefactor portátil. (NIC2M-3900,17)</p> <p>6. Ajustar la temperatura ambiental de acuerdo a las necesidades del preescolar con calor seco.(NIC2M-3900,18)</p>	<p>unos límites aceptables, debe mantenerse la relación entre el calor producido y el calor perdido. Esta relación está regulada por mecanismos neurológicos y cardiovasculares.</p> <p>La enfermera aplica el conocimiento de los mecanismos del control de la temperatura para fomentar la regulación de la temperatura.</p> <p>Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt/Oceano, 5ª ed, Vol. II. Pp. 685.</p>
INTERVENCIÓN	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La enfermera en colaboración con el cuidador primario llevara a cabo acciones encaminadas al tratamiento de la hipotermia en el preescolar. (NIC2M-3800)</p>	<p>1. Quitar la ropa fría, mojada y cambiarla por otra cálida y seca. (NIC2M-3900,02)</p> <p>2. Observar si se presentan síntomas asociados a la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión,</p>	<p>Cuando la temperatura corporal es inferior a 35° C aparece el trastorno que llamamos hipotermia.</p> <p>El frío es el causante fundamental de las patologías como la hipotermia o las</p>

<p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio del color de la piel. (NIC2M-3900, 05)</p> <p>3. Observar si hay bradicardia. (NIC2M-3900, 20)</p>	<p>congelaciones, pero su acción central dependerá de:</p> <p>Su propia intensidad. El tiempo de exposición. Otras condiciones como: Viento. Humedad del entorno. Altitud; descenso de 0,5 °C cada 100 metros de altitud. Hipoxia; en altitud disminuye el oxígeno disponible. Deshidratación; el agua es necesaria para mantener la circulación. Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt/Oceano, 5ª ed, Vol. II. Pp. 687.</p>
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION DE TERMORREGULACION

Se valoro en 13 ocasiones con los reportes de seguimiento diario comprobando que Roberto logro mantener la temperatura corporal en 36.5°C llegando aun nivel 2 de dependencia satisfactoriamente dentro de la unidad hospitalaria ya que se contó con la infraestructura, el material y equipo necesario para poder llevar a cabo las intervenciones de Enfermería con el apoyo del cuidador primario y el preescolar logrando cumplir con el objetivo planteado.

Valoración focalizada de la necesidad: COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE

Fecha: 3 de Diciembre del 2009

Grado y Nivel de dependencia/ independencia: Dependencia Temporal, Nivel 5

Tipo de prioridad: Alta

Fuentes de la dificultad: Fuerza y de Conocimiento

Rol de la Enfermera: Ayuda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación manifestado por encontrarse con desarrollo de un niño de 2 años en la Escala de Denver.

OBJETIVO

Roberto desarrollara habilidades sociales y de comunicación de acuerdo a su edad cronológica que favorezcan la comunicación verbal a través de técnicas de estimulación temprana diariamente.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La enfermera enseñara al cuidador primario como fomentar la comunicación y el aprendizaje en el preescolar durante su hospitalización.</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Hablar con el preescolar es importante e imitar a un niño que intenta hablar puede ser útil es importante demostrar a un niño el uso apropiado del lenguaje así como apoyar su desarrollo en el uso del lenguaje.</p> <p>2. Escuchar atentamente al preescolar con paciencia.</p> <p>Permitir suficiente tiempo para que complete sus pensamientos. Lo que los niños quieren decir es importante para ellos, y aprenderá de lo que tienen que decir.</p> <p>3. Cantar y recitar rimas infantiles y canciones que recuerde de su propia niñez. Eso no sólo sirve para formar una historia compartida,</p>	<p>La enseñanza de la lengua en el Preescolar no debe separarse del proceso natural de desarrollo del lenguaje en el niño desde sus primeros momentos.</p> <p>Los procedimientos fundamentales que emplea el niño para aprender la lengua son dos:</p> <p>la imitación y la creatividad; es muy importante ayudar a desarrollar su mente promoviendo el pensamiento independiente y la capacidad para la resolución de problemas.</p> <p>El Desarrollo cognitivo es el término empleado por los expertos para describir el aprendizaje y la ampliación del pensamiento y la capacidad de resolución</p>

	<p>sino que también el patrón inherente a la mayoría de las rimas infantiles sirve para promover el desarrollo de la capacidad lingüística.</p> <p>4. Hacer juegos de lenguaje con el preescolar, utilizando un lápiz por debajo de la lengua y emitir el sonido de la letra “A” repetir varias veces la “R” haciendo rollito la lengua, mover rápidamente la lengua de arriba hacia abajo diciendo varias letras.</p> <p>5. Inventar rimas y cantos graciosos. Este juego ayuda a sensibilizar a su niño a los sonidos del idioma, lo cual es una clave para la eficacia en la lectura.</p> <p>6. Ampliar el lenguaje del preescolar; utilizando palabras</p>	<p>de problemas. Pero, como padres (y/o madres), no es necesario dar una enseñanza formal a su hijo en edades muy tempranas; más bien, puede realizar actividades educativas con él que le enseñe de forma natural mientras los dos comparten experiencias y le explica las cosas interesantes que se encuentran a su alrededor y le ayuden a entender su entorno más cercano.</p> <p>Disponible en: www.preescolar.com</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>descriptivas siempre que sea posible. “El perro enorme. El patito asustado. El hombre viejo agotado. “ Esto ayudará al preescolar a desarrollar un vocabulario amplio y rico, lo cual es importante para la expresión y para todo el aprendizaje en el futuro.</p> <p>7. Ayude al preescolar a resolver problemas. Cuando algo no funciona bien, muestre cómo se arregla.</p> <p>8. Hacerle preguntas al preescolar.</p> <p>9. Promover los juegos de imaginación.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera en conjunto con el cuidador primario mejoraran el habla para a su vez fomentar el aprendizaje en el preescolar. (NIC3Q-4976) <u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del preescolar. (NIC3Q-4976,01)</p> <p>2. Permitir que el preescolar escuche repetidamente el lenguaje hablado. (NIC3Q-4976,02)</p> <p>3. Dar ordenes simples(NIC3Q-4976,04)</p> <p>4. Utilizar palabras simples y frases cortas. (NIC3Q-4976,07)</p> <p>5. Abstenerse de gritarle al preescolar si algo no se comprende. (NIC3Q-4976,07)</p> <p>6. Abstenerse de bajar la voz al finalizar una frase. (NIC3Q-4976,08)</p> <p>7. Colocarse a la altura de los ojos del preescolar para permitirle ver el</p>	<p>El nivel de comprensión y expresión verbal del niño resulta determinante para su desarrollo personal, su integración social y, por supuesto, su éxito escolar.</p> <p>El lenguaje oral debe constituir, pues un elemento clave en las actividades de una clase de preescolar.</p> <p>Las anomalías, alteraciones, perturbaciones o trastornos, del lenguaje todas las diferencias de la normas en cuanto a forma, grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidad de expresión de las funciones de comunicación lingüística oral o escrita y que implican una deficiencia más o menos durara que afecta a los aspectos</p>

	<p>movimiento de los labios. (NIC3Q-4976,09)</p> <p>8. Utilizar cartones con diferentes dibujos de acuerdo a lo que se está hablando con el preescolar. (NIC3Q-4976,10)</p> <p>9. Animar al preescolar para que repita palabras y frases. (NIC3Q-4976,15)</p> <p>10. Utilizar gestos con las manos y la cara. (NIC3Q-4976,11)</p>	<p>intelectivos, lingüísticos y de personalidad, interfiriendo en las relaciones entre los individuos que forman una comunidad y en el comportamiento escolar, social y familiar de cada uno de los individuos que lo padezcan.</p> <p>Disponible en: www.preescolar.com</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La enfermera y el cuidador primario fomentaran la terapia artística para facilitar a Roberto la comunicación. (NIC3Q-4330)</p> <p><u><i>INDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Proporcionar material acorde a la actividad motora y a la edad. (NIC3Q-4330, 01)</p> <p>2. Facilitar un ambiente tranquilo libre de distracciones. (NIC3Q-4330, 02)</p> <p>3. Discutir la descripción de los dibujos del</p>	<p>Los niños en edad preescolar no tienen una estructura del pensamiento lo suficientemente organizada, que les permita expresar con facilidad lo que les preocupa, les molesta o les afecta. Es ahí cuando</p>

	<p>preescolar en conjunto con el cuidador primario. (NIC3Q-4330, 03)</p> <p>4. Dedicar 1 hora específica al preescolar para llevar a cabo la actividad. (NIC3Q-4330, 05)</p> <p>5. Proporcionar una superficie suave y plana para dibujar. (NIC3Q-4330, 04)</p> <p>6. Animar al preescolar a que le describa al cuidador primario el significado de sus dibujos. (NIC3Q-4330, 09)</p> <p>7. Utilizar dibujos de figuras humanas para determinar los patrones de interacción familiar y el concepto de si mismo. (NIC3Q-4330, 14)</p> <p>8. Utilizar dibujos para determinar los aspectos estresantes que causan la hospitalización. (NIC3Q-4330, 16)</p> <p>9. Registrar en la hoja de</p>	<p>el arte se convierte en un canal de comunicación, para que los adultos conozcan sus sentimientos y emociones. Dibujar, pintar, cantar o bailar, más allá de ser expresiones artísticas, les permiten a los pequeños liberar ansiedades, angustias o hacer visibles sus gustos y alegrías.</p> <p>Disponible en: www.abcdelpreescolarcomunicación.com</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Enfermería los sucesos encontrados así como los avances del preescolar. (NIC3Q-4330, 08)	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUACION DE COMUNICACIÓN Y APRENDIZAJE

Roberto logró comunicarse por medio de dibujos y empieza a parafrasear algunas letras, así mismo reconoce las vocales y los colores al iluminar dibujos no consistentes aún elaborados algunos por el y otros por el cuidador primario logrando esto con el apoyo del departamento de voluntarias quienes a su vez han proporcionado cuentos y libros para colorear; de igual manera su comunicación la efectúa por señas y mímica así como por gesticulación facial logrando disminuir la dependencia en estas necesidades a un nivel 3 en el lapso de 15 días lo que permitió que el objetivo establecido se cumpliera satisfactoriamente llevando a cabo 12 seguimientos diarios.

Valoración focalizada de la necesidad: REALIZACIÓN

Fecha: 13 de Octubre del 2009

Grado y Nivel de dependencia/ independencia: Dependencia Temporal, Nivel 5

Tipo de Prioridad: Alta

Fuentes de la dificultad: Fuerza

Rol de la Enfermera: Ayuda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro importante de la familia manifestado por cambios para la satisfacción de la familia.

OBJETIVO

Roberto lograra la convivencia con los miembros de su familia por periodos de 30' cada domingo en el hospital en un lapso de 1 mes.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. La enfermera favorecerá la potencialización de roles del preescolar y su familia. (NIC3R-5370) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. Ayudar al preescolar a identificar los diferentes roles habituales de la familia. (NIC3R-5370,02) 2. Ayudar a identificar al preescolar los cambios de roles específicos necesarios debido a las enfermedades. (NIC3R-5370,06) 3. Facilitar la discusión con el cuidador primaria sobre los roles de la familia para compensar los cambios del rol del preescolar enfermo. (NIC3R-5370,10)	Si en la familia, durante la etapa preescolar el niño ha resuelto la problemática de conquistar un lugar propio, no interfiriendo las relaciones entre sus padres u otros miembros adultos de su grupo familiar, lo que le conduce a no tener una relación de competencia (en la que compite con uno de ellos en tanto gana el favor del otro); es decir, supera con ayuda de los padres, una relación lineal con estos; por una relación

	<p>4. Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar el lugar de cada miembro de la familia. (NIC3R-5370,14)</p> <p>5. Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de roles del preescolar y su familia. (NIC3R-5370,20)</p>	<p>triangular.</p> <p>La competencia legítima es con sus iguales para ganar un lugar entre ellos y situarse de un modo auténtico en el grupo escolar; así puede lograr mejores habilidades sociales que lo sitúan en el lugar de los niños que tienen éxito en la vida.</p> <p>Disponible en: www.enplenitud.com</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera con apoyo del cuidador primario potencializaran la socialización del preescolar con su familia. (NIC3R-5100)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Animar al preescolar a ser sociable. (NIC3R-5100,02)</p> <p>2. Fomentar las actividades sociales entre los niños que se encuentran hospitalizados. (NIC3R-5100,04)</p> <p>3. Fomentar el respeto a los derechos de los demás(NIC3R-5100,09)</p> <p>4.Facilitar la participación del preescolar en grupos para contar historias.</p>	<p>La hospitalización de un niño, por cualquier motivo, siempre es un evento traumático para él (ella) y su familia. Los niños hospitalizados requieren más cariño y cuidados de los padres o familiares cercanos, debido a que experimentan angustia, miedo y ansiedad al haber sido extraídos de su ambiente natural y</p>

	<p>(NIC3R-5100,11)</p> <p>5. Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.</p> <p>(NIC3R-5100,16)</p> <p>6. Animar al preescolar y cuidador primario a pasear al solarío, al arca, o los juegos que existen dentro del hospital.</p> <p>(NIC3R-5100,21)</p> <p>Explorar los puntos fuertes y débiles de las relaciones del preescolar.</p> <p>(NIC3R-5100,24)</p>	<p>colocados en un ambiente extraño, nuevo, en la mayoría de las veces hostil. Los hospitales muchas veces no son los mejores ambientes para un niño enfermo, sobre todo en países como el nuestro donde las instituciones sobreviven con grandes dificultades y carencias.</p> <p>Disponible en: www.desastres.usac.edu.</p>
INTERVENCION	ACCION	FUNDAMENTO
<p>3. El personal de Enfermería con apoyo de un equipo multidisciplinario facilitara la presencia de la familia de Roberto los primer domingos de cada mes.</p> <p>(NIC-C4U-7170)</p> <p><u><i>INTERDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y la planificación de su presencia. (NIC-C4U-7170,03)</p> <p>2. Informar al equipo terapéutico sobre la reacción emocional de la familia ante el tratamiento del preescolar. (NIC-C4U-7170,04)</p> <p>3. Presentarse y presentar a otros</p>	<p>Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia (se entiende por resiliencia la capacidad de una</p>

	<p>miembros de apoyo terapéutico a la familia. (NIC-C4U-7170,05)</p> <p>4. Cuando se hable con la familia utilizar el nombre del preescolar. (NIC-C4U-7170,09)</p> <p>5. Enseñar a la familia sobre las expectativas y los límites de conducta. (NIC-C4U-7170,15)</p> <p>6. Dar oportunidad a la familia de preguntar, ver, tocar, y a platicar con el preescolar. (NIC-C4U-7170,20)</p>	<p>persona para enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido, éste es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones), si se dan las condiciones necesarias. Desde esta perspectiva, la participación del paciente, el equipo de salud, la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en la generación de un sistema de salud adecuado y funcional.</p> <p>Disponible en: www.preescolar.es</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION DE REALIZACIÓN

De acuerdo a las valoraciones efectuadas en 16 reportes diarios se logró el objetivo establecido lo que permitió el acceso con regularidad a su hermana mayor de 16 años cada tercer día para que conviva con ella el mayor tiempo posible a su vez ella trae consigo unas fotografías las cuales le muestra a Roberto y le indica quienes son respondiendo de forma favorable y con aceptación esto se logró con el apoyo de trabajo social, médicos adscritos del servicio y el personal de Enfermería a cargo del preescolar dentro de la unidad hospitalaria en el servicio de gastroenterología.

Valoración focalizada de la necesidad: VESTIDO Y DESVESTIDO

Fecha: 30 de Octubre del 2009

Grado y Nivel de dependencia/ independencia: Dependencia Temporal, Nivel 3

Tipo de Prioridad: Intermedia

Fuentes de la dificultad: Fuerza

Rol de la enfermera: Ayuda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dependencia del vestido y desvestido relacionado con falta de de la coordinación de movimientos manifestado por incapacidad para vestirse y dificultad para desvestirse.

OBJETIVO

Roberto se vestirá y desvestirá solo a través de la adquisición de habilidades por medio de la elaboración de un plan de apoyo de Enfermería en un mes.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. El preescolar con apoyo del cuidador primario elegirá la ropa que desea vestir. (NIC1F-1630) <u><i>INDEPENDIENTE</i></u>	1. Identificar las áreas donde el cuidador primario necesita apoyo para ayudar a vestir al preescolar. (NIC1M-1630,01) 2. Observa la capacidad del preescolar para vestirse.	Es importante que el preescolar aprenda a vestirse y desvestirse para favorecer la independencia como ser humano a lo largo de la vida ya que el aspecto general del cliente puede relegar la importancia que

	<p>(NIC1M-1630,02)</p> <p>3. Fomentar la participación del preescolar en la elección de la vestimenta. (NIC1M-1630,04)</p> <p>4. Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado (limpieza de la ropa, uso adecuado de a ropa, de acuerdo a la época del año) (NIC1M-1630,05)</p> <p>5. Vestir al paciente con ropa limpia después de completar la higiene personal. (NIC1M-1630,03)</p> <p>6. Elegir ropa que no le apriete. (NIC1M-1630,07)</p> <p>7. El paciente usará ropas personales. (NIC1M-1630,08)</p> <p>8. Utilizar ropa que sea de algodón.</p> <p>9. Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse de vestirse por sí mismo. (NIC1M-1630,12)</p>	<p>tiene para esa persona. La imagen personal es el concepto subjetivo que tiene una persona de su aspecto físico. Estas imágenes pueden cambiar con frecuencia. La imagen corporal afectada al modo en que se deben llevar a cabo los cuidados higiénicos. Los pacientes con aspecto desalineado o no interesado pueden requerir información relativa a la importancia del mismo. La enfermera debe ser sensible al considerar que el aspecto socioeconómico del paciente puede influir en lo anterior.</p> <p>Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt/Oceano, 5ª ed, Vol. II. Pp. 1079.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera proporcionara información y apoyo al preescolar sobre los cuidados en el vestir y arreglo personal. (NIC1F-1802)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Considerar la cultura del paciente. (NIC1F-1802,01)</p> <p>2. Considerar la edad del paciente. (NIC1F-1802,02)</p> <p>3. Informar al preescolar de la vestimenta disponible que puede seleccionar.(NIC1F-1802,03)</p> <p>4. Disponer las prendas del preescolar en una zona accesible. (NIC1F-1802,04)</p> <p>5. Estar disponible para ayudar en el vestir.(NIC1F-1802,05)</p> <p>6. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. (NIC1F-1802,09)</p> <p>7. Ayudar al preescolar con los botones, cintas y cremalleras, enseñando a tomar objetos pequeños y echarlos en un recipiente, enseñar a atar cintillas paso a paso y motivar a que solo suba y baje las cremalleras. (NIC1F-</p>	<p>La cultura, el estilo de vida, la clase socioeconómica y las preferencias personales (en este caso de los padres) afectan el tipo de indumentaria que visten.</p> <p>Esta debe ser adecuada para la temperatura y el tiempo.</p> <p>Las personas deprimidas o mentalmente enfermas pueden ser incapaces de elegir las ropas adecuadas.</p> <p>Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt/ Oceano, 5ª ed, Vol. II. Pp. 752.</p>

	1802,10) 8. Reafirmar los esfuerzos por vestirse así mismo. (NIC1F-1802, 18)	
--	---------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUACION DE VESTIDO Y DESVESTIDO

El plan de intervención se logro aplicar satisfactoriamente dentro de la unidad hospitalaria comprobándolo por medio de 14 seguimientos de reporte diario cumpliendo con el objetivo de lograr que la necesidad de vestido y desvestido se centrara en un nivel 3 ya que se contó con la infraestructura, el material y equipo necesario para poder llevar a cabo las intervenciones de Enfermería con el apoyo del cuidador primario y el preescolar durante su estancia en el servicio de gastroenterología, lo cual favoreció para que Roberto lograra vestirse y desvestirse y desabotonarse con poca ayuda asi como bajar la cremallera sin problemas.

Valoración focalizada de la necesidad: ELIMINACIÓN

Fecha: 26 de Noviembre del 2009

Nivel de Dependencia: 3

Grado y Nivel de Dependencia/Independencia: Parcial

Tipo de Prioridad: Alta

Fuentes De La Dificultad: Voluntad

Rol de la Enfermera: Ayuda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la integridad cutánea perianal relacionado con aumento en la acidez de las evacuaciones manifestado por destrucción de las capas de la dermis, ardor y sangrado.

OBJETIVO

Roberto lograra la regeneración celular en la región perianal por medio de medidas de protección y tratamiento después de cada cambio de pañal.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. La Enfermera establecerá actividades para prevenir episodios de diarrea. (NIC-C1-B-0460) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. Identificar los factores que causan la diarrea. (NIC-C1-B-0460,10) 2. Obtener una muestra para cultivo. (NIC-C1-B-0460,02) 3. Registrar el color, volumen, frecuencia y las deposiciones de las evacuaciones. (NIC-C1-B-0460,05) 4. Indicar al cuidador primario que indique al personal de Enfermería cada episodio de diarrea que se presente. (NIC-C1-B-0460,12) 5. Observar la turgencia de la piel regularmente. (NIC-C1-B-0460,13) 6. Observar la piel de la	La diarrea se caracteriza por la evacuación frecuente de heces acuosas, sin formar, lo que provoca una escasa absorción de los nutrientes, electrolitos y de los líquidos. Puede ir o no acompañada de dolor, debilidad, náuseas, vómitos , espasmos abdominales, fiebre o pérdida de apetito. Puede ser aguda o crónica. La primera de aparición repentina, suele durar uno o dos días. La segunda suele prolongarse más tiempo, suele ser síntoma de un trastorno más serio. El trastorno puede tener origen en la dieta, infecciones,

	<p>región perianal para valorar la irritación o ulceración. (NIC-C1-B-0460,14)</p> <p>6. Medir la producción de la diarrea. (NIC-C1-B-0460,15)</p> <p>7. Notificar cualquier aumento en la frecuencia de las evacuaciones ó aumento de los ruidos intestinales. (NIC-C1-B-0460,17)</p>	<p>medicamentos, enfermedades crónicas , estrés emocional. (Kozier, B,2008, 1480)</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera proporcionara los líquidos necesarios para mantener el equilibrio de electrolitos en el preescolar. (NIC-C1-G-2000)</p> <p><u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Observar si los electrolitos séricos son normales. (NIC-C1-G-2000, 01)</p> <p>2. Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos tales como: Taquicardia compensadora, temperatura baja. La hiponatremia produce laxitud y apatía. La pérdida de bicarbonato produce una acidosis metabólica. (NIC-C1-G-2000, 02)</p> <p>3. Mantener un acceso intravenoso permeable. (NIC-C1-G-2000, 03)</p> <p>4. Mantener suministro de</p>	<p>En el intestino delgado se produce la absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y simultáneamente, la secreción de éstos por las criptas. Así, se genera un flujo bidireccional de agua y electrolitos entre el lumen intestinal y la circulación sanguínea. (Kozier, B, 2008, 1476)</p> <p>La solución salina al 0.9 % es la sustancia cristaloides estándar, es levemente hipertónica respecto al líquido extracelular y tiene un pH ácido. La relación de concentración de sodio (Na+) y</p>

	<p>líquidos que contengan electrolitos a un flujo constante; con solución fisiológica 250 ml en 24 horas (NIC-C1-G-2000, 06)</p> <p>5. Administrar suplementos de electrolitos; como el bicarbonato de sodio 50 mEq en 500 ml de agua para 24 horas. (NIC-C1-G-2000, 07)</p> <p>6. Suministrar solución hartman después de cada evacuación al 80 % previa valoración de la densidad urinaria. (NIC-C1-G-2000, 04)</p> <p>7. Mantener un registro de adecuado de la ingesta de ingesta y eliminación cada 6 horas. (NIC-C1-G-2000, 05)</p> <p>8. Instruir el descanso intestinal. (NIC-C1-G-2000, 12)</p> <p>9. Observar si aparecen efectos secundarios por el suplemento de electrolitos como: edema, alteraciones de los impulsos cardiacos, debilidad muscular, fatiga, dilatación intestinal, irritabilidad, taquicardia (NIC-C1-G-2000, 20)</p>	<p>de cloro (Cl) que es 1/1 en el suero fisiológico, es favorable para el sodio respecto al cloro ($3/2$) en el líquido extracelular ($Na^+ > Cl^-$). Contiene 9 gramos de ClNa o 154 mEq de Cl y 154 mEq de Na^+ en 1 litro de H₂O, con una osmolaridad de 308 mOsm/L.</p> <p>Recuperado de: www.uninet.edu.com</p> <p>El bicarbonato de sodio puede neutralizar o reducir los ácidos en la sangre o en la orina. También se utiliza en situaciones de emergencia para corregir el equilibrio normal entre ácidos y bases en la sangre, o para facilitar el tratamiento de sobredosis de ciertos tipos de medicamentos.</p> <p>Recuperado de: www.ifelaboratorios.com</p> <p>Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto es absorción, que alcanza a más del 90% de los fluidos que</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>10. Monitorizar la respuesta del preescolar sobre la terapia de electrolitos prescrita. (NIC-C1-G-2000,</p>	<p>llegan al intestino delgado. Alrededor de 1 litro de fluido entra al intestino grueso, donde, por mecanismo de absorción, sólo se elimina entre 5 y 10 ml/kg/24 horas de agua por heces en lactantes sanos.</p> <p>(Kozier, B, 2008, 1477)</p> <p>Por lo tanto, si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso puede superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. El agua se absorbe por gradientes osmóticas que se crean cuando los solutos (especialmente Na⁺) son absorbidos en forma activa desde el lumen por la célula epitelial de la vellosidad. Los mecanismos de absorción de Na⁺ son: a) absorción junto con Cl⁻, b) absorción directa, c) intercambio con protón, d) unido a la absorción de</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>sustancias orgánicas, (glucosa, galactosa, aminoácidos). Después de su absorción, el Na^+ es transportado activamente fuera de la célula epitelial (extrusión), por la bomba Na^+ K^+ ATPasa, que lo transfiere al líquido extracelular, aumentando la osmolaridad de éste y generando un flujo pasivo de agua y electrolitos desde el lumen intestinal a través de canales intercelulares. La secreción intestinal de agua y electrolitos ocurre en las criptas del epitelio, donde el NaCl es transportado desde el líquido extracelular al interior de la célula epitelial a través de la membrana basolateral. Luego el Na^+ es devuelto al líquido extracelular, por la Na^+ K^+ ATPasa. Al mismo tiempo se produce secreción de Cl^- desde la superficie luminal de la célula de la cripta al lumen intestinal. Esto crea un gradiente osmótico, que genera flujo pasivo de agua y</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>electrólitos desde el líquido extracelular al lumen intestinal a través de canales intercelulares.</p> <p>Recuperado el 1º de Abril del 2010 de: www.eccpn.aibarra.org</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera instalara al preescolar en un colchón metabólico para facilitar la cuantificación de heces.</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vestir el colchón metabólico con sabanas clínicas por arriba y por debajo del orificio metabólico. 2. Vestir las partes laterales del colchón forrando el orificio metabólico. 3. Mantener las sábanas perfectamente extendidas para evitar lesiones por presión. 4. Instalar un riñón de plástico en el orificio metabólico para la recolección de heces. 5. Colocar al preescolar sin pañal ni ropa interior en el colchón con las piernas separadas y sujetas por medio de sujeción gentil para limitar el movimiento y evitar que se pierdan las evacuaciones. 6. Instalar un sujetador en el 	<p>Los colchones metabólicos son de gran utilidad ya que permiten llevar a cabo la recolección de evacuaciones sin estar en contacto directo la piel con las evacuaciones y lacerarla y mantener la cuantificación estricta de los egresos del niño para reponerlos de manera más exacta y evitar complicaciones con la hidratación; de igual manera separa las heces de la orina.</p> <p>Los egresos son pérdidas que tiene el organismo de las cuales no puede prescindir y le permiten mantener el metabolismo hídrico y la eliminación de productos tóxicos, además de mantener la termorregulación. Estos egresos se pueden presentar</p>

	<p>área del sacro para evitar que el preescolar se hunda en el riñón.</p> <p>7. Observar que no haya hipoperfusión tisular por los medios de sujeción.</p> <p>8. Instalar una bolsa recolectora de orina para evitar que se revuelva con las heces fecales.</p> <p>9. Extraer las evacuaciones cada que se presenten para evitar acumulación de estas y lleve el riesgo de que se derramen.</p> <p>10. Cuantificar las heces fecales estrictamente.</p>	<p>en el organismo de forma involuntaria.</p> <p>Recuperado el 1° Abril del 2010 de: www.slideshare.net.</p> <p>Se debe tener en cuenta que el patrón de electrólitos fecales puede variar cuando la diarrea tiene un componente secretor y osmótico, como en el caso del síndrome de malabsorción.</p> <p>Cuando la osmolaridad de las heces sea <290, se debe sospechar la contaminación de éstas con agua u orina diluida, o bien la existencia de una fístula gastrocólica, con ingesta de líquidos hipotónicos. La contaminación por orina se confirma midiendo la concentración de urea y creatinina en las heces.</p> <p>Recuperado el 1° de Abril del 2010 de: www.prous.com</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION DE ELIMINACION

Durante la hospitalización de R.M.R se logro llevar 10 seguimientos de caso en el servicio de gastroenterología en donde se llevo a cabo la cuantificación estricta y la reposición electrolítica para evitar la deshidratación por medio de intervenciones de Enfermería oportunas planeadas previamente lo que permitió que el objetivo se cumpliera al 100% evitando que incrementara el nivel de dependencia; así mismo se conto con el material y equipo necesario para poder llevar a cabo el plan de intervención lo que favoreció a que el preescolar mantuviera un gasto fecal dentro de los limites y un balance entre los ingresos y egresos manteniendo el mismo nivel de dependencia sin llegar a complicaciones.

Valoración focalizada de la necesidad: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Fecha: 24 de Noviembre del 2009

Grado de Dependencia/ Independencia: Dependencia Temporal, Nivel 5

Tipo de Prioridad: Alta

Fuentes De La Dificultad: Conocimiento del Cuidador y Fuerza del Preescolar

Rol De La Enfermera: Compañera Y Ayuda

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección a nivel sistémico relacionado con disminución de las defensas secundarias (leucocitos de 2300, plaquetopenia de 16000)

OBJETIVO

La Enfermera en colaboración con el equipo multidisciplinario realizaran medidas de protección y tratamiento para evitar procesos infecciosos en el preescolar

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La Enfermera y el cuidador primario mantendrán integra la región perianal del Preescolar. (NIC-C1-F-1750) <u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Mantener seco el perineo. (NIC-C1-F-1750, 02)</p> <p>2. Inspeccionar el grado de la lesión de la región perineal. (NIC-C1-F-1750, 04)</p> <p>3. Llevar a cabo la higiene de la región perineal posterior a cada evacuación con agua y jabón. (NIC-C1-F-1750, 09)</p> <p>4. Aplicar calor local para mantener seca la región perineal. (NIC-C1-F-1750, 07)</p> <p>5. Aplicar pomadas secantes y neutralizantes para facilitar el secado del área.</p> <p>Pasta Lassar cada 8 horas en la región perianal previo secado del área</p> <p>6. Proporcionar medicamentos para el dolor. Paracetamol 100 mg VO PRN (NIC-C1-F-1750, 14)</p>	<p>Las lesiones perineales son producidas por el contacto excesivo de evacuaciones diarreicas debido al pH que se aumenta cuando hay daño de las proteínas, y se disminuye en casos de malabsorción de grasas y azúcares. Los preescolares tienen heces ligeramente ácidas, Las heces ácidas se forman con malabsorción de grasas. (Kozier,B, 2008:1346). Un pH fecal menor de 6.0 es evidencia sugestiva de malabsorción de azúcares. En niños se nota que sus heces tienen un olor dulce como resultado de ácidos grasos volátiles y la presencia de intolerancia a la lactosa. Ph fecales bajos también contribuyen a escoriaciones de la piel de la región perianal, frecuentemente acompañadas de diarrea.</p> <p>Pasta Lassar.- Tiene propiedades astringentes, antisépticas y protectoras. Muy utilizada contra las</p>

		<p>irritaciones de la piel como pañalitis, quemaduras, y el Oxido zinc.- Actúa como protector de la piel y se lo utiliza con ingrediente activo de ungüentos y pomadas, tiene moderada acción astringente.</p> <p>El paracetamol es un analgésico y antipirético eficaz para el control del dolor leve o moderado causado por afecciones articulares, otalgias, cefaleas, neuralgias, procedimientos quirúrgicos menores. También es eficaz para el tratamiento de la fiebre, como la originada por infecciones virales, la fiebre posvacunación</p> <p>Recuperado el 1º Abril del 2010 de: http://www.quimicosclinicos.com</p>
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera y el cuidador primario llevaran a cabo medidas de protección para disminuir la</p>	<p>1. Llevar a cabo el recuento de leucocitos y plaquetas cada 48 horas. (NIC-C4-V-6550,03)</p> <p>2. Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. (NIC-C4-V-</p>	<p>Las infecciones nosocomiales están presentes en el 5% de los hospitalizados. Se asocian a instrumentación, procedimientos invasivos, pacientes graves e</p>

<p>transmisión de infecciones. (NIC-C4-V-6550)</p> <p><u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>6550,02)</p> <p>3. Obtener muestras de secreciones y hemáticas para realizar un cultivo(NIC-C4-V-6550,12)</p> <p>4. Proporcionar una habitación privada. (NIC-C4-V-6550,25)</p> <p>5. Instruir al cuidador primario y al preescolar acerca de los signos y síntomas de alarma de las infecciones. (NIC-C4-V-6550,21)</p> <p>6. Interrogar a las visitas si padecen de alguna enfermedad transmisible de vías respiratorias ó intestinales o de cualquier otro origen infeccioso (NIC-C4-V-6550,06)</p> <p>7. Fomentar el descanso. (NIC-C4-V-6550,15)</p> <p>8. Fomentar una ingesta nutricional suficiente. (NIC-C4-V-6550,13)</p> <p>9. Mantener las normas de asepsia para el preescolar como lavado de manos antes de realizar cualquier procedimiento, utilizar barreras universales. (NIC-C4-V-6550,07)</p> <p>10. Observar si hay cambios</p>	<p>inmunosuprimidos. (Kozzier, 2005: Pp 690)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

	en la vitalidad ó hay malestar. (NIC-C4-V-6550,16)	
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera y el personal multidisciplinario llevaran a cabo el control de infecciones para minimizar el riesgo de transmisión de agentes infecciosos.(NIC-C4V,6540)</p> <p><u>INTERDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Enseñar al cuidador primario y al preescolar como llevar a cabo el lavado de manos correctamente.(NIC-C4V,6540,09)</p> <p>2. Enseñar a los familiares que visitan a Roberto a lavarse las manos al entrar y al salir de su habitación. (NIC-C4V,6540,10)</p> <p>3. Hacer uso de jabón antimicrobiano para el lavado de manos. (NIC-C4V,6540,11)</p> <p>4. Lavarse las manos antes y después de realizar alguna actividad con el preescolar.(NIC-C4V,6540,15)</p> <p>5. Retirar juguetes, peluches, globos que el paciente conserve en exceso por considerarse fómites; solo podrá mantener 3 juguetes como máximo(asegurarse que sean los preferidos)</p> <p>6. Poner en practica las barreras universales (uso de guantes, cubrebocas, bata) .(NIC-C4V,6540,16)</p>	<p>El lavado de manos es una práctica higiénica de prevención y control de la transmisión de infecciones. En los pacientes y personal; entre unos pacientes y otros; o entre un personal y otro.</p> <p>Las medidas de control de infecciones nosocomiales, mediante la elaboración o la puesta en práctica de programas nacionales, regionales, locales o institucionales, tienen el objetivo de reducir la incidencia de dichas infecciones mediante la concientización de los profesionales de la salud acerca de la responsabilidad de sus actitudes y sus conductas, la promoción de la mejora de la calidad de asistencia, y la reducción de los costos de hospitalización y tratamiento terapéutico.</p> <p>Una de las primeras medidas</p>

	<p>7. Cambiar los equipos de infusión de soluciones cada 24 horas con técnica aséptica.(NIC-C4V,6540,03)</p>	<p>que deben adoptarse, tanto a nivel nacional como regional o institucional, es el establecimiento de comisiones de control de infecciones nosocomiales.</p> <p>Disponible en: www.calidadensalud.org</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Con el plan de intervenciones de Enfermería elaborado y efectuado en el preescolar se logro disminuir los riesgos de infección y se elimino la lesión de la región perianal esto en función del apoyo del equipo multidisciplinario, el material y equipo necesario para poder llevar a cabo el plan de cuidados con éxito dentro de la unidad hospitalaria en el servicio de gastroenterología llevando a cabo 16 seguimientos diarios; de esta manera se logro cubrir la necesidad afectada en un 90 %.

Valoración focalizada de la necesidad: **OXIGENACIÓN**

Fecha: 12de Octubre del 2009

Grado y Nivel de Dependencia: Independencia, Nivel 1

Tipo de Prioridad: Baja

Fuentes de la Dificultad: No Existe

Rol de la Enfermera: Compañera

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Patrón respiratorio eficaz relacionado etapa de desarrollo manifestado por frecuencia respiratoria de 30x', SaO2 de 99% y llenado capilar de 2".

OBJETIVO

Roberto mantendrá los niveles de saturación de oxígeno así como la frecuencia respiratoria y cardiaca dentro de los parámetros normales durante su estancia en el servicio de gastroenterología.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. La Enfermera llevara a cabo la monitorización respiratoria cada 4 horas. (NIC-C1-K-3350) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y el esfuerzo de las respiraciones. (NIC-C1-K-3350,01) 2. Registrar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. (NIC-C1-K-3350,02) 3. Anotar la ubicación de la tráquea (NIC-C1-K-3350,07) 4. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. (NIC-C1-K-3350,06) 5. Observar si hay fatiga	El objetivo de la monitorización es conseguir información para aumentar la seguridad y controlar las funciones de los órganos más vitales. La monitorización respiratoria es el primer valor que debemos tener en cuenta. La frecuencia respiratoria la podemos monitorizar de forma visual (evaluando el movimiento torácico) o mediante monitores. Recuperado el 2 de Abril del 2010 de: www.noticiasmedicas.es

	<p>muscular diafragmática (movimiento paradójico). (NIC-C1-K-3350,09)</p> <p>6. Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral(NIC-C1-K-3350,06)</p> <p>7. Auscultar si se producen respiraciones ruidosas, como borborigmos ó estertores. (NIC-C1-K-3350,03)</p> <p>8. Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (NIC-C1-K-3350,09)</p> <p>9. Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Biot y esquemas atáxicos(NIC-C1-K-3350,04)</p> <p>10. Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar la aspiración; girar utilizando la técnica de hacer rodar troncos</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	si se sospecha aspiración cervical. (NIC-C1-K-3350,24)	
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera realizara actividades especificas para el buen manejo de la vía aérea (NIC-C1-K-3140)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. (NIC-C1-K-3140,02)</p> <p>2. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. (NIC-C1-K-3140,20)</p> <p>3. Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos. (NIC-C1-K-3140,07)</p> <p>4. Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.) (NIC-C1-K-3140,08)</p> <p>5. Enseñar a toser de manera efectiva. (NIC-C1-K-3140,09)</p>	<p>Los ejercicios respiratorios están destinados a disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la entrada de aire a los pulmones y mejorar los músculos que ayudan en la respiración. Idealmente se deben realizar todos los días, al menos una vez.</p> <p>La respiración es esencial para la vida; sin ella no podríamos abastecernos de las cantidades de oxígeno necesarias para nuestra supervivencia. Pero al margen de esta función básica, la respiración puede tener otros beneficios si es practicada siguiendo unas pautas a modo de ejercicio.</p>

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera aplica medidas preventivas para evitar la aspiración (NIC-C1-K-3200)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva del preescolar. (NIC-C1-K-3200, 01) 2. Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible. (NIC-C1-K-3200, 04) 3. Alimentación en pequeñas cantidades. (NIC-C1-K-3200, 07) 4. Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación (NIC-C1-K-3200, 08) 5. Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación. (NIC-C1-K-3200, 09) 6. Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes. (NIC-C1-K-3200, 10) 7. Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. (NIC-C1-K-3200, 11) 8. Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración. (NIC-C1-K-3200, 15) 	<p>La broncoaspiración se define como el estado en que el paciente presenta secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sustancias sólidas y/o líquidas en los conductos traqueobronquiales, produciendo una alteración del intercambio gaseoso y un alto riesgo de infección. Los efectos del contenido gástrico sobre los pulmones varían según el pH del líquido. Cuando éste es inferior a 2,5 el paciente desarrolla una neumonitis química grave desarrollando una hipoxemia. Cuando el pH es superior a 2,5 disminuye la lesión pulmonar inmediata, pero puede indicar la existencia de un sobrecrecimiento bacteriano en el estómago.</p> <p>Recuperado el 2 de Abril del 2010 de:</p>

	9. Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 min. después de la alimentación. (NIC-C1-K-3200, 16)	www.enfermeriadeurgencias.com
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
4. La enfermera enseñara al preescolar y al cuidador primario como realizar ejercicios respiratorios.	<p>Ejercicios para inspiración nasal</p> <p>1- Inspiración nasal, lenta y profunda. Retención de aire. Espiración en la misma forma.</p> <p>2- Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire. Espiración nasal, lenta y completa. Se debe de expulsar la mayor cantidad de aire posible.</p> <p>3-Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire, la espiración se realizará cortada en tres o cuatro tiempos, hasta agotar en lo posible el aire de reserva, sin realizar entre ellas ninguna inspiración. Inspiración nasal rápida, retención del aire, espiración lenta.</p> <p>4- Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire.</p>	<p>Son ejercicios destinados a disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la entrada de aire a los pulmones y mejorar los músculos que ayudan en la respiración. Idealmente se deben realizar todos los días, al menos una vez.</p> <p>www.blogfisioterapia.com</p>

	<p>Espiración nasal, lenta.</p> <p>5- Inspiración por la fosa nasal derecha. Retención del aire. Espiración por la fosa nasal izquierda (taponamos con un dedo la fosa correspondiente).</p> <p>Ejercicios para respiración bucal.</p> <p>1. Inspiración nasal, lenta y profunda. Retención de aire.</p> <p>2. Espiración bucal en la misma forma.</p> <p>Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire.</p> <p>3. Espiración bucal, lenta y completa. Se debe de expulsar la mayor cantidad de aire posible.</p> <p>4. Igual que el anterior, pero con expulsión bucal del aire rápida y continua.</p> <p>Igual que los ejercicios anteriores, pero la espiración se realizará cortada en tres o cuatro tiempos, hasta agotar en lo posible el aire de reserva, sin realizar entre ellas ninguna inspiración.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--


	<p>5. Inspiración nasal rápida, retención del aire y espiración bucal lenta. Inspiración nasal, lenta y dilatando las alas de la nariz. Retención de aire.</p> <p>6. Espiración bucal, lenta. Igual que el ejercicio anterior, pero con espiración rápida. Inspiración por la fosa nasal derecha. Retención del aire.</p> <p>7. Espiración bucal (taponamos con un dedo la fosa correspondiente).</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>5. La enfermera enseñara al preescolar y al cuidador primario como realizar las técnicas para llevar a cabo los ejercicios respiratorios.</p>	<p>Ejercicios de espiración bucal en forma de soplo.</p> <p>La serpiente. Sopla con la lengua fuera. Expulsa el aire con el sonido zzzzz</p> <p>Caballo. Expulsa el aire haciendo vibrar los labios.</p> <p>El aspirador. Se colocan trocitos de papel, algodón, virutas, etc. Y juegan a aspirarlos con una pajita y a lanzarlos con un soplo fuerte.</p> <p>Carreras. Se trata de hacer competiciones de velocidad entre objetos que puedan ser desplazados al espirar sobre</p>	<p>Estos ejercicios pretenden facilitar la ventilación pulmonar debido a que van a poner en movimiento el tórax. Los ejercicios comprenden respiración diafragmática y expansión costal. Para descontracturar y distender grupos musculares determinados, induciendo un estado de relajación y así lograr optimizar la función respiratoria</p>

	<p>ellos: botones, garbanzos, camiones pequeños de plástico, cochecitos, pelotas de papel, de ping-pong, etc. Se señala una salida y una meta.</p> <p>Ejercicios y actividades para niños con la finalidad de lograr una correcta respiración costodiafragmática (ejemplos).</p> <p>El puente. El niño se tumba de espaldas y coloca los dos pies en posición completamente plana respecto al suelo, bien separados, (lo mismo que las rodillas) y con las nalgas en alto. En esa posición respirar varias veces hinchado el vientre a inspirar y vaciándolo al soplar.</p> <p>La gallinita ciega. Un niño con los ojos cerrados se coloca tras uno de sus compañeros y le coloca las manos sobre el vientre para percibir su respiración; repite la acción consigo mismo y compara.</p> <p>La respiración del leopardo.</p>	<p>aumentando la eficacia del trabajo de los músculos respiratorios y la movilidad de la caja torácica.</p> <p>Caviedes I. Insuficiencia Respiratoria y Ventilación Mecánica. 1ª Edición. Editorial Mediterráneo, 2000, pp 266-269.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Se ponen a cuatro patas, inspiran el aire por la nariz; se hincha el abdomen y baja la columna vertebral. Después espiran por la boca mientras se vacía el abdomen y se eleva la columna. El ejercicio se realiza despacio.</p> <p>Ejercicios para el desarrollo de la inspiración nasal:</p> <p>Ejemplos de ejercicios para tomar conciencia de la propia nariz y de su función. Nuestra amiga la nariz. Se dice a los niños, “La nariz vive en la cara, pero</p> <p>¿Cómo es? Vamos a tocarla para conocerla...</p> <p>El espejito empañado. Expulsamos el aire por la nariz, empañando el espejo.</p> <p>La gimnasia se la nariz. El ejercicio consiste en simular que la nariz está siguiendo una tabla de gimnasia. Para ello, hay que sujetarla con los dos dedos del pulgar e índice y titar de ella hacia el frente, hacia abajo, y también a sus aletas; todo varias veces.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Ejemplos de ejercicios para niños del desarrollo de la inspiración nasal.</p> <p>Mamá limpia la casa. Se trata de contar un cuento con la finalidad de reforzar la inspiración nasal.</p> <p><<Todas las mañanas, mamá y papá limpian la casa. Lo primero que hacen es abrir las ventanas para que entre el aire fresco y toda la casa se airee. Nosotros también vamos a limpiar nuestra casa, y por eso para a abrir las ventanitas de la nariz con ayuda de los dedos para que entre mucho aire y nuestro cuerpo se ventile, etc>>.</p> <p>El conejito. Este ejercicio consiste en hacer movimientos de apertura con las ventanas nasales imitando lo que hacen con la nariz los conejos.</p> <p>Respirar sorprendidos. Los niños alzan las cejas para fruncir el ceño y abrir mucho los ojos. Inspiran con cara de sorpresa. En la inspiración relajan la crispación de la cara y de la frente. (Repetir varias veces seguidas).</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>La nariz imantada. Prolongando la inspiración conseguir retener pequeños objetos, un trozo de papel de seda, una carta,... se puede pasar de nariz a nariz.</p> <p>Posición : sentado en la silla o en la cama</p> <p>Colocar las palmas de las manos en la zona baja del tórax (bajo las mamas), sin presionar.</p> <p>Tomar lentamente todo el aire que puedas por la nariz, y luego botar el aire por la boca haciendo sonar una “tsss”.</p> <p>Realizar por 10 veces, de 5 cada vez.</p> 	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Posición: sentado o en la cama</p> <p>Con los brazos abiertos, tomar aire lentamente por la nariz levantando los brazos sobre la cabeza; y luego eliminar el aire por la boca</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

bajando los brazos.

Realizar por 10 veces, de 5 cada vez

□ Si durante el ejercicio aparece tos, ubicar las manos en la parte baja del tórax y forzar 3 a 5 veces la tos, de forma suave, sin fatigarse.



Posición: sentado o en la cama

Colocar las manos en el estómago y tomar el aire lentamente por la nariz , mantener la respiración por 5 segundos, y luego eliminar todo el aire por la boca como si estuvieras soplando.

Realizar por 10 veces, de 5 cada vez.



Posición: sentado o en la cama

Tomar aire 3 veces seguidas por la nariz y luego botar lentamente por la boca

Realizar por 10 veces, de 5 cada vez



Posición: sentado o en la cama poner las manos en el estómago, tomar aire

por la nariz y botar por por la boca presionando el estómago suavemente.

Realizar por 10 veces, de a 5 cada vez



Posición: sentado o en la cama

Tomar aire profundamente y toser lo más fuerte que puedas. Realizarlo 3 veces



EVALUACION DE OXIGENACION

La implementación de un plan de intervenciones estructurado asertivamente ha sido satisfactorio y esto favoreció a que RMR se mantuviera en independencia de la necesidad de oxigenación esto se logró con la estructura hospitalaria, el material óptimo y las camas tienen la funcionalidad adecuada para dar posición al paciente cada que el lo requiere permitiendo prevenir complicaciones propias del tracto respiratorio esto se evaluo por medio de 10 seguimientos diarios.

Valoración focalizada de la necesidad: Descanso y Sueño

Fecha de Identificación: 3 de Noviembre del 2009

Nivel y grado de dependencia/ independencia: Independencia Nivel 1

Tipo de prioridad: Baja

Fuentes de la dificultad: No existe

Rol de la enfermera: Compañera

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Independencia en el descanso y sueño relacionado con etapa de desarrollo manifestado por estado de alerta y por mantener 13 horas de sueño diariamente.

OBJETIVO

Roberto mantendrá la independencia en el descanso y sueño diariamente a través de actividades que lo promuevan.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La Enfermera enseñara técnicas para mejorar el sueño, facilitando los ciclos regulares de sueño y vigilia. (NIC-C1-F-1850)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Observar y registrar el número de horas de sueño y vigilia del preescolar en la hoja de Enfermería.(NIC 1850, 05)</p> <p>2. Determinar el esquema de sueño y vigilia. (NIC1850,01)</p> <p>a) Incluyendo un periodo de tranquilidad de 30 minutos antes de dormir.</p> <p>b) Fijar una hora específica para dormir notificándole al niño 10 a 20 minutos antes de la hora acordada</p> <p>c)Establecer horas fijas para acostarse, levantarse y tomar siestas.</p> <p>3. Comprobar que se lleva a cabo el esquema planteado y observar las circunstancias físicas y psicológicas.(NIC 1850,06)</p> <p>4. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueños de al menos 90 minutos.(NIC 1850,20)</p> <p>5. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar</p>	<p>Todas las personas necesitan dormir cada día para proteger y restaurar las funciones corporales.</p> <p>Normalmente, el ciclo de sueño- vigilia se ajusta a un ritmo de 24 horas, coordinado con otras funciones fisiológicas, como la temperatura corporal.</p> <p>Tras quedarse dormido, el individuo atraviesa una serie de fases que contribuyen decisivamente al descanso y la recuperación.</p> <p>Además durante este periodo de sueño se secretan pulsos de hormona somatropina que permiten el crecimiento adecuado del preescolar.</p>

	<p>el ciclo de sueño / vigilia (NIC1850,21)</p> <p>6. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día – noche normales. (NIC1850,25)</p> <p>7. Ajustar el ambiente para favorecer el sueño (luz, temperatura, ruido, ropa de cama y colchón. (NIC1850,09)</p> <p>8. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a la cama. (NIC1850,12)</p> <p>9. Llevar a cabo masajes(NIC1850,17)</p>	<p>Recuperado el 14 de Febrero 2010 en http://www.anecipn.org</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCION	FUNDAMENTO
<p>2. El cuidador primario proporcionará técnicas de Relajación al preescolar para inducir el sueño. (NIC-C1-T-5880)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Permanecer con el paciente. (NIC-5880,15)</p> <p>2. Mantener contacto visual con el preescolar. (NIC-5880,05)</p> <p>3. Mantener la calma de una manera deliberada. (NIC-5880,07)</p> <p>4.Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente. (NIC-5880,09)</p>	<p>Las técnicas de relajación que incluyen visualización son de las más efectivas y agradables dentro del conjunto de la práctica de la relajación, no requieren apenas esfuerzo y nos introducen en la práctica sencilla y eficaz de toda una serie de ejercicios que nos pueden proporcionar un descanso</p>

	<p>5. Frotar la espalda. (NIC-5880,18)</p> <p>6. Acariciar la frente. (NIC-5880,11)</p> <p>7. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. (NIC-5880,12)</p>	<p>más profundo, en un mundo en que el estrés permanente nos agrede y aprendemos a utilizar la imaginación solo de forma negativa desde la infancia. Resulta muy útil aprender a usar la imaginación para mejorar nuestro descanso y así poder encontrarnos con energías renovadas cada día. Kozier . <i>Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica</i>. 2002 Pp. 1004 – 1023.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN DESCANSO Y SUEÑO

La estructura hospitalaria no es la adecuada debido a que hay ruido extremo, en el cubículo además se encuentran 5 cunas y la gravedad de cada paciente es diferente; sin embargo las intervenciones de Enfermería son las adecuadas para mantener en independencia la necesidad de descanso y sueño por lo que Roberto mantuvo en nivel 1 de independencia la necesidad de descanso y sueño la cual se valoro con 10 seguimientos logrando el objetivo planeado al 100% ya que duerme lo suficiente para lograr el descanso y facilita el crecimiento por regeneración celular y por la secreción de los pulsos de Hormona Somatropina.

Valoración focalizada de la necesidad: MOVIMIENTO, POSTURA Y RECREACIÓN

Fecha: 3 de Noviembre del 2009

Grado y Nivel de Dependencia/ Independencia: Independencia Nivel 1

Tipo de Prioridad: Baja

Fuentes de La Dificultad: No Existe

Rol de la Enfermera: Compañera

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conducta generadora de salud: movimiento, postura y recreación

OBJETIVO

Roberto continuara con el desarrollo de habilidades motoras a través de un plan especializado de estimulación 2 veces por turno para facilitar su desarrollo.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La Enfermera proporcionara apoyo al cuidador primario para facilitar la participación en el preescolar. (NIC-C5X-7040)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. (NIC-C5X-7040,01)</p> <p>2. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. (NIC-C5X-7040,02)</p> <p>3. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados para sostener la propia salud física y mental. (NIC-C5X-7040,22)</p> <p>4. Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del preescolar.(NIC-C5X-7040,13)</p> <p>5. Aceptar las expresiones de emoción negativa.(NIC-C5X-7040,03)</p> <p>6. Reconocer la dependencia que tiene el</p>	<p>El cuidador primario es el principal proveedor de apoyo para el preescolar quien pasa la mayor parte del tiempo con el por lo que debe de aprender a realizar los cuidados para facilitar la recuperación del niño lo que hace necesario aclarar sus miedos y preocupaciones para que tenga mayor confianza y seguridad en las acciones que debe de realizar. (Carpenito 2005: 68)</p>

	<p>paciente del cuidador.(NIC-C5X-7040,06)</p> <p>7. Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.(NIC-C5X-7040,22)</p> <p>8. Animar al cuidador primario durante los momentos difíciles del preescolar.(NIC-C5X-7040,31)</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera enseñara al preescolar a fomentar los mecanismos corporales. (NIC-C1A-0140)</p> <p><u><i>INDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Determinar el grado de compromiso del preescolar para aprender a utilizar posturas correctas.(NIC-C1A-0140,01)</p> <p>2. Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan de mecánica corporal(NIC-C1A-0140,02)</p> <p>3. Determinar la comprensión del preescolar sobre el tipo de mecánica y ejercicios</p>	<p>Los movimientos y las posturas corporales adquieren diversas cualidades para responder a una determinada estética.</p> <p>Las condiciones del entorno también pueden afectar la mecánica corporal. Las personas tienen que adaptar sus movimientos para utilizar estas herramientas y objetos, lo que puede conllevar un mal uso de</p>

	<p>corporales. (NIC-C1A-0140,03)</p> <p>4. Instruir al preescolar sobre la necesidad de corregir posturas. (NIC-C1A-0140,05)</p> <p>5. Enseñar a no dormir en la posición de cubito prono. (NIC-C1A-0140,09)</p> <p>6. Ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir. (NIC-C1A-0140,10)</p> <p>7. El preescolar realizara ejercicios de calentamiento antes de comenzar cualquier ejercicio. (NIC-C1A-0140,20)</p>	<p>estructura y la función musculoesquelética.</p> <p>Algunos grupos musculares; tensiones en los músculos y ligamentos, y una mayor carga sobre ciertos huesos, ligamentos y tendones, pueden producir dolor, fatiga muscular y deformidades.</p> <p>Recuperado el 16 de Abril del 2010 de : www.infermeravirtual.com</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera llevara a cabo terapia con juegos al preescolar durante su estancia hospitalaria. (NIC-C2Q-4430)</p> <p><u><i>INDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Comunicar a la mamá del niño el objeto de la sesión del juego e involucrarla en esta actividad. (NIC 2Q,4430,04)</p> <p>2. Estructurar la sesión de juegos en el preescolar para facilitar el resultado deseado. (NIC 2Q,4430,03)</p> <p>3. Proporcionar juguetes seguros acordes a la edad del niño; No se deben comprar juguetes que fomenten comportamientos agresivos, sexistas o intolerantes, los juegos deben convertir al niño en el protagonista, potenciándole la imaginación y la creatividad o cualquier otro aspecto de su personalidad, deben ser sólidos, seguros, asépticos, duraderos, no elaborados con plomo. (NIC 2Q,4430,07)</p> <p>4. Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones (NIC 2Q,4430,01)</p>	<p>A través del juego, los niños prueban nuevas habilidades, exploran su imaginación y su creatividad, y entablan relaciones con las demás personas en sus vidas. El juego puede ser especialmente un magnífico tiempo para entablar lazos afectivos. Entre los diversos tipos de actividad que realiza el niño, el juego es una de las más importantes en la edad preescolar por cuanto al ser realizada por los propios niños y dirigido adecuadamente por el adulto es capaz de desarrollar en ellos, mejor que cualquier otro tipo de actividad, la psiquis infantil, debido a que por medio del juego, los preescolares pueden satisfacer su principal necesidad de trato y de vida colectiva con los adultos, que tiene al niño</p>

	<p>5. Proporcionar un equipo de juegos que estimulen la creatividad, imaginación, expresión y un desarrollo adecuado como materiales para dibujo o artes manuales, libros, instrumentos musicales, los coches, trenes, carretillas y camiones que puedan empujar, cargar y vaciar; los bancos de carpintero; las herramientas de madera o plástico; cubos, palas, rastrillos y moldes para jugar con la arena; juegos de mesa, como puzzles, rompecabezas y lotos para identificar y relacionar imágenes.(NIC 2Q,4430,09)</p> <p>6. Permitir que el niño manipule el equipo de los juegos.(NIC 2Q,4430,13)</p> <p>7. Otorgar el tiempo suficiente a la práctica de actividades de juego para que sea un juego efectivo (NIC 2Q,4430,02)</p> <p>8. Observar y comunicar los sentimientos, actitudes y acciones del niño durante el juego.(NIC 2Q,4430,16)</p>	<p>como ser social permitiéndole a este aprender y actuar en correspondencia con la colectividad infantil.</p> <p>Los niños a esta edad empiezan a desarrollar habilidades como montar en triciclo, mejor control de los dedos y la habilidad para construir con bloques grandes.</p> <p>Esteva Boronat Mercedes. El juego en la edad preescolar. 2001</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>9. Observar el uso por parte del niño del equipo de juego (NIC 2Q,4430,17)</p> <p>10. Observar y controlar las reacciones del niño durante la sesión de juego.(NIC 2Q,4430,18)</p> <p>11. Continuar con las sesiones de juego regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo del niño a las personas desconocidas para el (NIC 2Q,4430,20)</p> <p>12. Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos en la hoja de Enfermería (NIC 2Q,4430,21)</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>4. La Enfermera identificara los gustos del preescolar sobre los juegos que permitan desarrollar habilidades motoras.</p> <p><u><i>INDEPENDIENTE</i></u></p>	<p>1. Desarrollo de las habilidades y destrezas básicas: realizando desplazamientos de todo tipo (para atrás, a cuatro patas, de cuclillas, agarrados al compañero, con pelotas a la pata coja, por encima de</p>	<p>Jugar es participar de una situación interpersonal en la que están presentes la emoción, la expresión, la comunicación, el movimiento y la actividad inteligente. Por lo que el juego pasa a ser un</p>

	<p>colchonetas, por encima de bancos etc.), reptaciones.</p> <p>2. Transportar objetos (pelotas, aros, conos...) con una mano, con las dos, en la barriga, en la espalda, con los ojos cerrados etc.</p> <p>3. Manejar objetos (grandes, pequeños, con compañeros etc.).</p> <p>4. Realizar trepas (por espalderas, colchonetas inclinadas...).</p> <p>5. Saltos (con una pierna, con las dos, hacia delante, a un lado, en zigzag...),</p> <p>6. Realizar giros (sobre el eje vertical, sobre el eje horizontal, con pelotas).</p> <p>7. Trabajo de las cualidades perceptivas: (percibir objetos estáticos, en movimiento, el niño en movimiento y el objeto también, apreciación de trayectorias...</p> <p>8. Trabajo de situaciones de equilibrio: dinámico, estático y</p>	<p>instrumento esencial en el desarrollo y potenciación de las diferentes capacidades infantiles, que es el objeto último de la intervención educativa.</p> <p>A partir del nacimiento los seres humanos somos fuente inagotable de actividad: mirar, tocar, manipular, experimentar, inventar, expresar, descubrir, comunicar, imaginar son actividades de juego que producen placer y alegría al niño y a la niña.</p> <p>Recuperado el 16 de Abril del 2010 de: www.edufuturo.com</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>desequilibrio.</p> <p>9. Trabajo del sentido del ritmo: controlar las situaciones de aceleración y desaceleración, coordinar la percepción.</p> <p>10. Animar la participación del niño en actividades o estímulos como la música, programas de televisión acordes a su edad (caricaturas y películas para niños), de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>11. Proporcionar un cambio de escenario (como la plaza de la salud, el comedor de los niños usado también como área para juego) cuando sea posible.</p> <p>12. Proporcionar algunos libros, revistas o cuentos al niño y su mamá, para posteriormente leérselos y así se distraiga.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUACION DE MOVIMIENTO, POSTURA Y RECREACIÓN

Roberto logro mantener en independencia la necesidad de movimiento postura recreación y juego dentro de la unidad hospitalaria en el servicio de gastroenterología ya que se cuenta con la infraestructura y el material, espacios recreativos y equipo necesario para poder llevar a cabo las intervenciones de Enfermería con el apoyo del cuidador primario, el personal de Enfermería, personal de voluntariado logrando mantener en independencia la necesidad de movimiento, postura y recreación y así mismo lograr el cumplimiento del objetivo al 80% destacando que se llevaron a cabo 12 seguimientos de reporte diario.

Valoración focalizada de la necesidad: VALORES Y CREENCIAS

Fecha: 30 de Noviembre del 2009

Grado y Nivel de Dependencia/ Independencia: Independencia Nivel 1

Tipo de Prioridad: Baja

Fuentes de La Dificultad: No Existen

Rol de la Enfermera: Compañera

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conductas generadoras de salud: valores y creencias.

OBJETIVO

Roberto a través de actividades de socialización reforzara los patrones de conducta, valores y creencias durante el tiempo de hospitalización.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>1. La enfermera llevara a cabo la clarificación de valores para fomentarlos en el preescolar con el apoyo del cuidador primario. (NIC-C3R-5480) <u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Tener en cuenta los aspectos legales en la libre elección de los valores de acuerdo a la familia y al preescolar. (NIC-C3R-5480,01)</p> <p>2. Crear un ambiente de aceptación entre la familia y el preescolar sin hacer juicios. (NIC-C3R-5480,02)</p> <p>3. Animar al preescolar y la familia a expresar sus preocupaciones sin prejuicios. (NIC-C3R-5480,03)</p> <p>4. Ayudar al preescolar a priorizar los valores. (NIC-C3R-5480,06)</p> <p>5. Evitar el uso de interrogatorios de corroboración. (NIC-C3R-5480,09)</p> <p>6. Apoyar al preescolar para que pueda comunicar los valores con los que mas se identifique. (NIC-C3R-5480,16)</p>	<p>La educación en valores debe brindarles a los niños y niñas herramientas para que puedan desarrollar su propio criterio buscando la verdad y no ser manipulados por otros, para querer el bien por voluntad propia y no por obligación, para que puedan afrontar así las dificultades con confianza y optimismo, para que crezcan con buena autoestima, y con deseos de superarse y mejorar la sociedad en que viven. Para comunicar la importancia de cada valor debe ser ubicado en distintos niveles que resulten familiares para los niños: partiendo desde ellos individualmente pasándose a la esfera familiar, luego social, nacional y global.</p>

		De esta manera el valor cobra realidad y su importancia resulta más evidente para el niño. Disponible en: preescolarhoy.com
INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
2. La Enfermera con apoyo del personal multidisciplinario facilitara la practica religiosa del cuidador primario y del preescolar según sus creencias. (NIC-C3R-5424) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. Identificar las inquietudes del preescolar respecto a la práctica religiosa. (NIC-C3R-5424,01) 2. Fomentar el uso y la participación de ritos espirituales que no perjudiquen la salud. (NIC-C3R-5424,03) 3. Tratar al cuidador primario y preescolar con respeto y dignidad. (NIC-C3R-5424,05) 4. Fomentar la discusión sobre los aspectos religiosos que le desee enseñar al preescolar. (NIC-C3R-5424,11) 4. Escuchar y fomentar la oración de acuerdo a su religión. (NIC-C3R-5424,12) 5. Remitir a un consejero	La religión católica se ha dado a la tarea de recurrir a nuevos métodos para allegar a los niños las enseñanzas del Evangelio y los valores a través, principalmente, de la imagen. Cuando el individuo en maduración advierte que está predestinado a seguir siendo siempre un niño necesitado de protección contra los temibles poderes exteriores, presta a tal instancia protectora los rasgos de la figura paterna y crea a sus dioses, a lo que, sin embargo de temerlos, encargará de su protección. Así, pues, la nostalgia de un padre y la

	<p>religioso si así lo desea el cuidador primario. (NIC-C3R-5424,13)</p> <p>6. Participar en el ritual si así lo desea y permite el cuidador primario y el preescolar. (NIC-C3R-5424,14)</p>	<p>necesidad de protección contra las consecuencias de la impotencia humana son la misma cosa. La defensa contra la indefensión infantil presta a la reacción ante la impotencia que el adulto ha de reconocer, o sea precisamente a la génesis de la religión "</p> <p>FREUD, SIGMUND. El porvenir de una ilusión. Barcelona: Orbis, 1983</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION DE VALORES Y CREENCIAS

El cuidador primario conserva su creencia y la transmite a Roberto dado que dentro del hospital tiene la oportunidad de acudir a misa y en algunas ocasiones le han permitido llevar al niño en el afán de que el preescolar tenga las mismas creencias que siempre han tenido en su familia, logrando la independencia de esta necesidad al lograr el objetivo establecido dentro del servicio de gastroenterología.

Valoración focalizada de la necesidad: HIGIENE

Fecha: 12 de Octubre del 2009

Grado y Nivel de Dependencia/ Independencia: Independencia Nivel 1

Tipo de Prioridad: Baja

Fuentes de la Dificultad: No Existe

Rol de la Enfermera: Compañera

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conducta generadora de salud: mantener las medidas de higiene

OBJETIVO

Roberto mantendrá la independencia en la necesidad de higiene.

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
1. La Enfermera realizara el baño en el preescolar con la participación y apoyo del cuidador primario. (NIC-C1-F,1610) <u>INDEPENDIENTE</u>	1. La enfermera enseñara al cuidador primario y al preescolar a verificar la temperatura del agua para realizar el baño. (NIC-C1-F-1610,03) 2. El cuidador primario y el preescolar realizaran el baño por medio de una técnica agradable y divertida como jugar con sus muñecos. (NIC-C1-F-1610,04) 3. El cuidador primario lavara el cabello con shampoo que no irrite	Es aconsejable bañarse diariamente o al menos tres veces en semana y hacerlo preferentemente por la noche, pues así el cuerpo se relaja y descansa mejor. Se deben utilizar jabones de acidez similar a la de la piel (PH 6) y que no irriten. Es mejor utilizar nuestras propias manos haciendo masaje, pero si se emplean manoplas o esponjas, deben ser de uso individual.

	<p>los ojos. (NIC-C1-F-1610,02)</p> <p>4. Continuar con el baño del resto del cuerpo.</p> <p>5. Inspeccionar la piel durante el baño. (NIC-C1-F-1610,12)</p> <p>6. Aplicar cremas hidratantes en la piel después del baño. (NIC-C1-F-1610,09)</p> <p>7. Utilizar lociones refrescantes y de olor agradable para el niño. (NIC-C1-F-1610,06)</p> <p>8. Involucrar al cuidador primario para llevar a cabo la higiene del preescolar.</p>	<p>El aseo y la limpieza son de gran importancia para prevenir diferentes clases de infecciones, la limpieza personal (higiene) y el aseo son de igual importancia. El baño diario es una medida de higiene importante para evitar gérmenes y enfermedades en la convivencia diaria y que fomenta el descanso y el relajamiento del paciente; así como mejorar la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores.(Kozier, 2005:768)</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCION	ACCION	FUNDAMENTO
<p>2. La Enfermera enseñara al preescolar y al cuidador primario el lavado de manos antes y después de cada comida.</p> <p><i><u>INDEPENDIENTE</u></i></p>	<p>1. Ofrecer lavado de manos antes y después de ir al baño.</p> <p>2. Moja las manos con agua templada directamente del grifo y</p>	<p>El lavado de manos con jabón es un método efectivo para prevenir la transmisión de enfermedades como la diarrea. Se trata de</p>

	<p>aplica jabón líquido o en pastilla. Enjabonar bien haciendo espuma.</p> <p>3. Frota tus manos vigorosamente al menos durante 20-30 segundos.</p> <p>4. Frota toda la mano incluyendo el dorso, las muñecas, entre los dedos y debajo de las uñas.</p> <p>5. Enjuaga bien.</p> <p>6. Seca las manos con una toalla seca y limpia o con toallitas desechables de papel.</p> <p>7. Usar la toalla para cerrar el grifo.</p> <p>8. Indicar al cuidador primario que se lave las manos con el preescolar y supervise que se las laven bien.</p> <p>9. Colocar, dibujos sobre lavado de manos en el lavabo del cuarto de baño a la altura de los ojos del</p>	<p>una de las intervenciones más eficientes y asequibles para prevenir muertes innecesarios de niños menores de cinco años de edad.</p> <p>La iniciativa de UNICEF tiene un objetivo doble: el fomento del correcto lavado de las manos y la concienciación en torno a la problemática de niños que fallecen a causa de enfermedades que pueden prevenirse.</p> <p>Disponible en : www.unicef.org</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>preescolar.</p> <p>10. Asegurar que el lavabo está suficientemente bajo o que dispone de un taburete para que pueda alcanzarlo.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCION	FUNDAMENTO
<p>3. La Enfermera enseñara al preescolar y al cuidador primario el lavado de dientes después de cada comida.</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1.El cepillo se tomará con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca.</p>  <p>2. Los dientes de arriba se cepillarán por cada una de sus caras desde la encía (abarcando ésta) hacia abajo, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.</p> 	<p>Al enseñar o practicar la técnica de cepillado no se debe usar pasta de dientes ya que los sabores que éstas contienen ocultan la placa y es recomendable que la persona que aprende la técnica aprecie el sabor de sus dientes limpios, así como la textura de los dientes sin placa dentobacteriana.</p> <p>El cepillado de los dientes del niño debe iniciarse desde temprana edad,</p>

3. Los dientes de abajo se cepillarán hacia arriba por cada una de sus caras, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.



4. Los dientes anteriores (incisivos y caninos) en su parte interna (porción del paladar y porción que da a la lengua) se "barrerán" con el cepillo en posición vertical.



5. En sus caras externas se cepillarán como se explicó en a y b. Las caras masticatorias de

alrededor de los 24 meses; cepillar los dientes adecuada y regularmente es la mejor manera de eliminar la placa dañina de los dientes y las encías.

Disponible en:

www.pediatraldiahigine.com

los molares y premolares se cepillarán con un movimiento repetido de atrás hacia delante, o en forma circular.

6. Enjuagar bien la boca, de lo contrario los residuos que se has separado de los dientes volverán a depositarse sobre éstos.

7. Sostenga firmemente el cepillo, coloque las cerdas sobre las encías a un ángulo de 45 grados, gírelo en un movimiento rotatorio para cepillar la encía y las paredes laterales de los dientes hasta en borde.



8. Aleje el cepillo y vuelva a colocarlo contra la encía, presione

	<p>suavemente y repita el cepillado.</p> <p>9. Continúe cepillando en grupos de dos dientes hasta limpiar perfectamente todas las superficies de los dientes que dan hacia fuera y pase a cepillar las caras que dan al paladar, con los mismos movimientos rotatorios.</p> <p>10. Cuando cepille los dientes del frente en sus caras palatinas use el cepillo en posición vertical para que las cerdas puedan limpiar correctamente, ya que por la curvatura de la dentadura, el cepillo no limpiaría adecuadamente si se usa en forma horizontal.</p> <p>11. Después pasamos a cepillar los molares inferiores donde el movimiento de rotación se efectúa de abajo hacia</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>arriba.</p> <p>12. Continuamos cepillando las caras linguales de los molares inferiores.</p> <p>13. No olvidemos al cepillar los dientes inferiores en sus caras linguales, que debemos ubicar el cepillo en forma vertical para que cepille adecuadamente.</p> <p>14. Por último cepillaremos las caras oclusales (con las que masticamos), moviendo el cepillo de atrás hacia delante, firmemente.</p> <p>15. Siempre procuremos sostener el cepillo lo más cerca posible de las cerdas.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
4. El cuidador primario llevara a cabo cuidados a los oídos del preescolar para evitar infecciones.	1. Colocar al preescolar de cubito lateral de tal forma que la oreja quede plana en relación a la	La higiene de los oídos de los preescolares es esencial para evitar

<p>(NIC-C1-F-1640) <u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>cabeza.(NIC-C1-F-1640,01)</p> <p>2. Inspeccionar la integridad de los oídos y reportar la salida de cualquier tipo de secreción. (NIC-C1-F-1640, 02)</p> <p>3. Enseñar al cuidador primario a identificar datos de infección para reportarlos inmediatamente a la Enfermera.(NIC-C1-F-1640,07)</p> <p>4. Llevar a cabo el aseo de los oídos del preescolar durante el baño. (NIC-C1-F-1640,06)</p> <p>5. No introducir objetos en los oídos.(NIC-C1-F-1640,22)</p> <p>6. Observar si hay episodios de mareos. (NIC-C1-F-1640,09)</p> <p>7. Comprobar si el cerumen en el oído del preescolar no causa dolor.(NIC-C1-F-1640,13)</p> <p>8. Enseñar a controlar y</p>	<p>infecciones y problemas que puedan perjudicar el desarrollo auditivo y del lenguaje del niño.</p> <p>El oído es un órgano muy importante pero a la vez muy frágil y, por lo tanto, tiene que tratarse con especial cuidado. La higiene del niño es muy delicada, en especial la de esta zona, donde no es precisa una limpieza muy profunda. (Kozier, 2005: 810)</p>
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	regular la exposición al ruido de alta intensidad.(NIC-C1-F-1640,23)	
--	----------------------------------------------------------------------	--

INTERVENCION	ACCIONES	FUNDAMENTO
<p>5. El cuidador primario llevara a cabo cuidados a los pies del preescolar para evitar infecciones. (NIC-C1-F-1660)</p> <p><u>INDEPENDIENTE</u></p>	<p>1. Inspeccionar si hay irritación ó lesiones en los pies.(NIC-C1-F-1660,01)</p> <p>2. Secar los espacios interdigitales posterior al baño. (NIC-C1-F-1660,04)</p> <p>3. Observar si hay edema en los pies. (NIC-C1-F-1660,17)</p> <p>4. Comprobar el nivel de hidratación en los pies. (NIC-C1-F-1660, 14)</p> <p>5. Instruir al cuidador primario sobre el cuidado de los pies del preescolar. (NIC-C1-F-1660, 09)</p> <p>6. Valorar la temperatura de los pies con el dorso de las mano. (NIC-C1-F-1660, 18)</p>	<p>Es importante cuidar los pies de los niños ya que están en pleno proceso de desarrollo y un aseo inadecuado puede causarles infecciones.</p> <p>Los pies son las partes que más suelen sufrir los efectos de la sudoración, aunque deben jabonarse bien todo el cuerpo.</p> <p>Disponible en: http://guiadecuidados.com</p>

EVALUACION DE HIGIENE

Dentro de la unidad hospitalaria se cuenta con la infraestructura y el material y equipo necesario para poder llevar a cabo las intervenciones de Enfermería con el apoyo del cuidador primario y el personal de Enfermería logrando mantener en independencia la necesidad de higiene comprobándolo por medio de 15 seguimientos diarios logrando identificar que Roberto se lava las manos antes y después de los alimentos así como de ir al baño, continua aprendiendo el lavado de dientes.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la propuesta filosófica de Virginia Henderson y la aplicación del Proceso Atención de Enfermería es posible detectar las necesidades que están en dependencia ó en riesgo de dependencia facilitando de esta manera el proporcionar cuidados especializados a las personas que así lo requieran. Por lo tanto es importante que se analice de manera detenida y especializada cada necesidad para poder cubrirlas en base al cuidado de enfermería.

La metodología que se utilizo para llevar a cabo este estudio de caso se sustenta en el método clínico científico de atención ya que permite llevar a cabo un análisis minucioso y organizado por cada etapa de este y al ser de tipo flexible permite regresar si así se requiere para facilitar la obtención de resultados en el cuidado del preescolar. En la etapa de valoración se obtuvo la información necesaria para poder llevar a cabo la planeación de las intervenciones de Enfermería con cada una de las acciones basadas en la Taxonomía NIC fundamentadas científicamente y así poder evaluar el alcance de la resolución o permanencia de la independencia de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson.

La elaboración y utilización de los planes de cuidados permiten a la Enfermera llevar acabo intervenciones especializadas y ordenadas para favorecer la atención de Enfermería con calidad y profesionalismo al preescolar y su cuidador primario.

El estudio de caso que se presento se logro llevar a cabo bajo la tutoría planeada e incidental con basta experiencia y conocimientos fundamentados por parte de la tutora clínica lo cual favoreció el logro de la culminación del caso clínico lo cual fue fundamental ya que fomento el pensamiento crítico y analítico como profesional de Enfermería especializado lo cual permite mejorar el desarrollo de la práctica profesional con calidad y calidez.

De esta manera se logro cumplir de manera satisfactoria con los objetivos establecidos para el desarrollo del caso clínico por lo consiguiente en cada uno de los objetivos planteados en el plan de intervención de las diferentes necesidades

se lograron entre un 80 y 100% favoreciendo así que las necesidades que se encontraban en independencia se mantuvieran y las que estaban en dependencia alcanzaran la independencia.

SUGERENCIAS

Las enfermeras deben desarrollar disciplinas basadas en fundamentos científicos, por lo anterior se debe hacer uso de las diversas herramientas que la lleven a proporcionar cuidados especializados de alta calidad en beneficio de las personas y para favorecer el crecimiento y reconocimiento de la profesión.

La utilización del Proceso Atención de Enfermería es básico en la atención del niño ya que permite organizar los cuidados de Enfermería para facilitar la atención y llevarla a cabo de manera individualizada.

El Método Enfermero debe de ser el eje fundamental en la atención del niño es por eso que se debe de realizar mayor difusión y sobre todo sensibilizar al personal para que se lleve a cabo en todo momento en la práctica diaria.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. Ackley BJ Ladwig GB.(2007). Manual de Diagnósticos de enfermería, guía para la planificación de los cuidados. 7a edición. Editorial Elsevier-Mosby. Madrid, España.
2. Alfaro R. LeFevre M. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta Edición. Editorial Masson, Barcelona, España.
3. Alonso Fernández S, Ros Elvira MT (2008). Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita utilizando NANDA. Revista Enfermería Cardiológica N| 44/2 Cuatrimestre Pag 30-36.
4. Bello MM. (2006). Fundamentos de enfermería parte I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Pp 54-56
5. Bertha A. Rodríguez S. (2004) Proceso Enfermero. Aplicación actual. 2da edición, Editorial Cuellar. Pp 29
6. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana 1995.
7. Caviedes I. Insuficiencia Respiratoria y Ventilación Mecánica 1ª Edición Editorial Mediterraneo, 2000, Pp 266-269
8. DuGas Bervely W. (2000). Tratado de Enfermería práctica, 4ta edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Philadelphia. Pp 63

9. Griffith J. Chirstensen P. (1993). Proceso de Atención de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México. Pp 35
10. Henderson Nite (1978) "Enfermería Teórica y Práctica". Vol 1Papel de la enfermera en la Atención del paciente. Prensa Médica Mexicana. Tercera edición en Español, México D.F .Pag 3.
11. Hernández Conesa, J.M; Moral de Calatrava, P.;Esteban Alberth, M. (2003). "El método de Intervención de Enfermería: El Proceso de Enfermería". Capitulo 8, en; Fundamentos de Enfermería. Teoría y modelo. 2ª edición. Edit McGraw-Hill/Interamericana de España. Madrid, España. Pp 152
12. Iyer P. (1997). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Editorial McGraw-Hill interamericana, Madrid. Pp 22 - 26
13. Johnson. Mass. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2º Edición. Editorial Mosby. España. Pp 6-15
14. Kozier. B. (1999). Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pp. 690, 768, 804-810 1004 – 1023, 1284, 1285, 1318, 1336, 1346, 1476, 1477, 1480
15. Lewis W. kuhn B. (1992). Fundamentos de Enfermería. 4ta edición. Editorial Harla. E.U. Washington. Pp 56
16. Luis Rodrigo, M.T.: Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.V. (2000). Modelos conceptuales Enfermeros". En: De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2ª edición, Editorial Masson. Barcelona, España. Pp 29-41
17. Mc Closkey. B. Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC).4ª. Edición Editorial Mosby. España Pp 5-10

18. Marriner Tomey. Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial Mosby Doyma. Madrid España. 2007. pp. 54-56
19. NANDA. (1999) Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Editorial Harcourt. Madrid.
20. Noguera N. (1998). Proceso de Atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. Se, Bogotá Colombia.
21. Phaneuf M. (1993). Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. 1ª edición, editorial Interamericana McGraw-Hill. España Madrid Pp 29
22. Potter, P. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt/Oceano, 5ª ed, Vol. II. Pp. 685, 687, 752, 1079
23. Riopell L. Grondin L. Phaneuf M. (1997) Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana pp.2
24. Seidel, H, Exploración Física Vol I 5ª Edición, Editorial Oceano Mosby, Barcelona España 2004.
25. Tucker y Canobbio. Normas de cuidados del paciente. Volumen I y II 6ª Edición. Editorial Harcourt Oceano. Barcelona, España 2002.
26. Whaley y Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica 2ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México 1988.
27. Whaley y Wong. Manual Clínico de Enfermería Pediátrica. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. Masson Salvat Enfermería, Barcelona, España 1993.

HEMEROGRAFIA

28. Benítez T. Amalia, Mtra. Franco O. Magdalena (2001) Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH .Enfermería Universitaria. Escuela Nacional Enfermería y Obstetricia
29. Carlón Correa Martha Patricia. Proceso de Atención de Enfermería al neonato con infusión de Prostaglandinas E1.Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 8 Num.1. Cap 4.2001. Pag 48-52.
30. Cruz López Luz María, Martínez Palomino Guadalupe(2006).Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único.Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 14. Num 2. Pag. 56-61
31. Espinosa M. Veronica, Franco O Magdalena (2003) Revista Desarrollo Científico Enfermería.Vol. 11 No. 1 Enero Febrero 2003 Pág. 24-29
32. Dr. Federico Gómez, Desnutrición. Revista de Salud Pública de México, Vol.45,suppl 4.Cuernavaca 2003.
33. Guallart M. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino. Revista Enfermería Clínica Vol. 8 No. 2.1994 Pág. 84-88
34. Hernández-Conesa, J.M.; Moral de Calatrava, P.; Esteban Albert, M. (2003). "El método de intervención en Enfermería; El Proceso de Enfermería". Capítulo 8, en: Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. 2ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid. Pp 147-161

35. Mariano S. Natividad, EEI Espinosa M. Verónica (julio 2008) Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica. Revista Desarrollo Científico Enfermería Vol. 16 No. 6 Julio 2008 Pág. 276-279
36. Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de Atención de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (2): 62
37. Sánchez León V.(2001). Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Hospital de Pediatría CMN siglo XXI. Revista de Enfermería IMSS 2001; 9 (2): Pag. 91-96.
38. Sierra P. Magdalena (Enero- Abril 2009) Paciente Pediátrico con Cardiopatía congénita acianógena. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.Vol14 Núm. 1. Pag.16 -23
39. Solís M. Eugenia. (Octubre 2008) Proceso de atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

40. Actualización en Enfermería. NIC. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Disponible en: <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/nic/definicionterminos.htm>
41. A. Ibarra El preescolar. Disponible en: www.eccpn.aibarra.org
42. A. Ibarra. Planificación de Cuidados de Enfermería en Neonatología. Disponible en <http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo14/default.htm>

43. El Proceso Atención de Enfermería. Disponible en: <http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
44. Sin autor. Apuntes de Diagnósticos de Enfermería. Recuperado el 30 de Noviembre del 2009 disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_5.htm
45. Sin autor. Atención especializada de Enfermería. Recuperado el 14 de Febrero 2010 disponible en <http://www.anecipn.org>
46. Sin Autor. Atención de Urgencias en el preescolar. Recuperado el 2 de Abril del 2010 disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com
47. Sin Autor. Centro de Medicina y atención del preescolar. Recuperado 10 de Noviembre del 2009 en: <http://www.medcenter.com>
48. Sin Autor. Desarrollo preescolar. Recuperado el 1º de Abril del 2010 de: www.prous.com
49. Sin Autor. El desarrollo del preescolar disponible en: <http://www.biomanantia.com>
50. Sin Autor. El paciente preescolar disponible en: <http://www.scielo.org>. Recuperado 3 de Noviembre del 2009.
51. Sin Autor. El preescolar. Disponible en: www.preescolar.com
52. Sin Autor. El preescolar de hoy. Disponible en: preescolarhoy.com
53. Sin Autor. El preescolar y la comunicación: Disponible en www.preescolarcomunicación.com
54. Sin Autor. El preescolar y el juego. Recuperado el 10 de Abril del 2010

55. Sin Autor. El preescolar en plenitud. Disponible en: www.enplenitud.com
56. Sin Autor. Ética en Enfermería. Obtenido en: <http://www.monografias.com/trabajos21/etica-enfermeria/etica-enfermeria.shtml> el 24 de Octubre del 2009
57. Sin Autor. Farmacología Recuperado el 10 de Abril del 2010 Disponible en: www.medicamentos.com
58. Sin Autor. Guía de cuidados para la atención del preescolar. Disponible en: <http://guiadecuidados.cuidadoinfantil.net>
59. Sin Autor. Los desastres en la etapa preescolar. Disponible en: desastres.usac.edu.
60. Sin Autor. La educación del preescolar. Disponible en: www.uninet.edu.com
61. Sin Autor. La educación e higiene en el preescolar. Disponible en: www.uninet.edu.com
62. Sin Autor. La educación del futuro en el preescolar. Recuperado el 16 de Abril del 2010 disponible en: www.edufuturo.com
63. Sin Autor. La Enfermería Virtual en el ámbito de la Pediatría. Recuperado el 16 de Abril del 2010 disponible en : www.infermeravirtual.com
64. Sin autor. Las formulas y sus contenidos. Recuperado el 10 de Abril del 2010 disponible en: www.eindustrianeagle.com

65. Sin Autor. La higiene en el preescolar. Disponible en:
www.pediatrualdiahigiene.com
66. Sin Autor. La importancia del desarrollo del preescolar. Recuperado el 2 de Abril del 2010 disponible en www.noticiasmedicas.es
67. Sin Autor. La terapia Ocupacional en el preescolar. Recuperado el 1º de Abril del 2010 disponible en : <http://www.terapia-ocupacional.com>
68. Sin Autor. Los laboratorios y sus valores normales. Disponible en:
www.ifelaboratorios.com
69. Sin Autor. Ludoterapia para el preescolar. Recuperado el 1º Abril del 2010 disponible en: www.slideshare.net
70. Sin autor. Valoración de Enfermería. Disponible en:
http://www.Valoración_Enfermera.com
71. UNICEF. El preescolar. Disponible en: www.unicef.org
72. Virginia Henderson. Enfermeras teóricas.. <http://www.teteline.terra.es/>

ANEXOS

1. Valoración exhaustiva como la Historia Clínica de Enfermería de 0 a 5 años elaborada por autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

2. Para la valoración focalizada se utiliza un formato de reporte diario de las 14 necesidades el cual contiene el esquema de Continuum Dependencia-Independencia de Phaneuf que determina el grado de dependencia y duración en la que se encuentra la persona.

3. Para las consideraciones éticas se utiliza el formato de consentimiento Informado a la madre para poder realizar el estudio de caso.

Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Plan único de Especialización de Enfermería

***Instrumento de valoración
Clínica en niño de 0 a 5 años
Especialización de Enfermería Infantil***



Elaboró:

Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador;

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001

PRESENTACIÓN

La División de Estudios Superiores como parte de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ofrece a la comunidad académica e institucional de la enfermería una recopilación de los instrumentos que dentro del Plan Único de Especialización en Enfermería y particularmente de las Especialidades en Enfermería Infantil I se han construido a partir de las generaciones de especialistas que hasta el momento han egresado.

Considerando que la valoración es una parte importante del proceso de atención de enfermería y determinante para el planteamiento conceptos de teorías de las hipótesis de trabajo o diagnóstico de enfermería, se proponen instrumentos de valoración clínica, donde el especialista incursione en la experiencia de conjugar conceptos de teorías procesos especializados del cuidado de enfermería y método de trabajo disciplinar.

De este modo los instrumentos pretenden ser una aportación para la práctica de cuidado especializado en enfermería al retomar aspectos teórico instrumentales de la disciplina.

Las experiencias que puedan generarse a partir de este primer acercamiento al uso de conceptos de modelos o teorías disciplinares en instrumentos de valoración redituará para la enfermería en múltiples aspectos: académicos, de investigación y técnicos entre otros.

Considere que este material es parte de un proyecto académico, en donde usted, después de leerlo, podrá sentirse co-participe de la mejora del mismo. Juntos, compartiendo y difundiendo las experiencias obtenidas.

A T E N T A M E N T E

MTRA. EN ENF. ROSA MA. OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Nota: La información presentada es responsabilidad de los autores.



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

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados, que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia(III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V) y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia y comunidad además del plan de atención y (VIII) el plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de Atención de Enfermería I, se hará énfasis en la valoración y el diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las de planeación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.



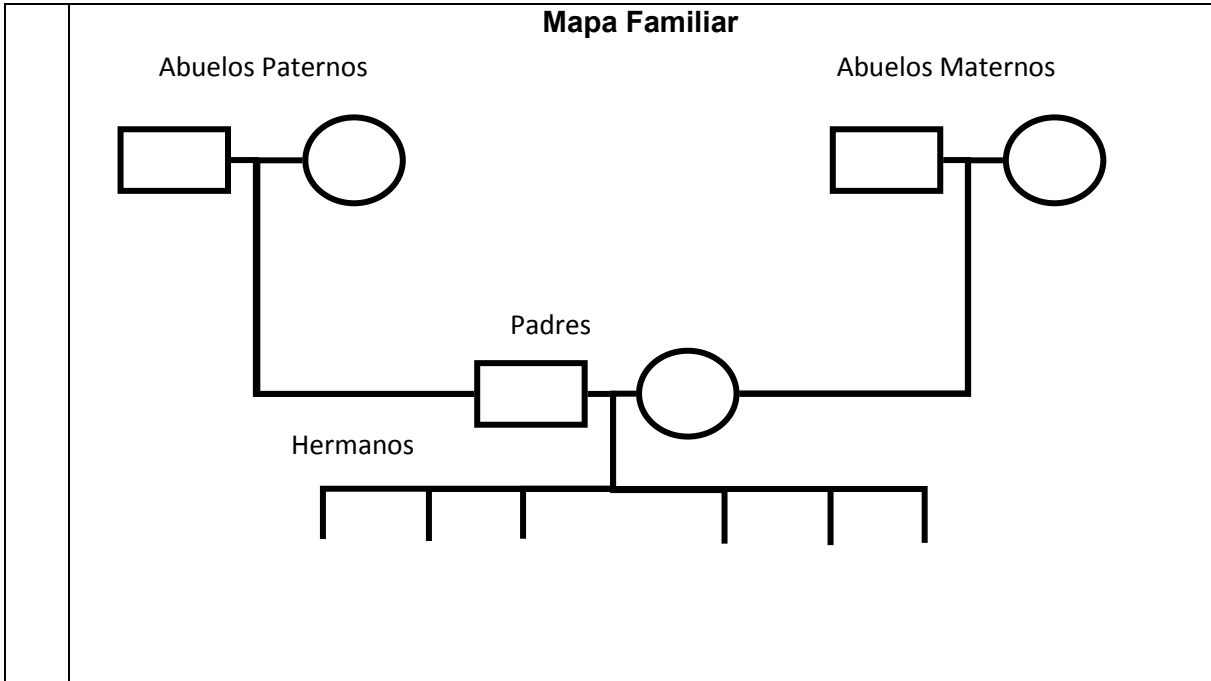
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

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 G R Á F I C O S	<p>Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____</p> <p>Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____</p> <p>Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____</p> <p>Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____</p> <p>Religión: _____ La información es proporcionada por: _____</p> <p>_____ Domicilio: _____</p> <p>Procedencia: _____ Teléfono: _____</p> <p>Diagnostico Médico: _____</p> <p>Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____</p>
II F A M I L I A	<p>Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____</p> <p>Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de Construcción: _____</p> <p>_____ Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>_____</p> <p>Disposición de excretas: _____</p> <p>Descripción de la vivienda: _____</p> <p>_____</p> <p>Ingresos económicos de la familia: _____</p> <p>Medios de transporte de la localidad: _____</p> <p>_____</p>



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

Símbolos

Hombre
 Mujer
 ● Pacientes problemas

/
/ Fallecimiento
 Relaciones fuertes

Relaciones débiles
 / Relaciones con estrés

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:___ Sala 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 actual del niño: Sí:___ No:___ Horario de cafetería: Sí___ No:___ Servicio Religioso:___ Restricciones en la visita:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
IV A N T E C E 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:_____ Lloró al nacer:_____ Respiro al nacer: _____ Se realizaron maniobras de resucitación: _____</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización:_____</p> <p>_____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____ ¿Quién?:_____ ¿Cuándo?_____ El niño es alérgico; Sí: _____ No; _____ Si la respuesta es Sí, ¿a que es alérgico?:_____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:_____</p> <p>_____</p> <p>Vacunación:</p>
Alimentación	
1	<p>El niño es alimentado con: Leche materna:_____ Biberón:_____ Vaso:_____</p> <p>¿Con que frecuencia?_____ Cantidad:_____ Dificultad:_____</p> <p>Horario:_____ Tipo de alimentos: En puré:_____ Picados:_____</p> <p>Licuados:_____ Otros:_____</p> <p>¿Come sólo?_____ ¿Con ayuda?_____ ¿Con quien come?_____</p> <p>_____ Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son los alimentos preferidos?_____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza? _____ Dieta especial:_____</p> <p>Alergias alimentarias:_____ Otros: explique si tiene:_____</p> <p>Alimentación especial:_____</p>
	<p>Cantidad de alimentos: Desayuno Comida Merienda</p> <p>Cereales _____ _____ _____</p>

1	<p>Frutas _____</p> <p>Carne _____</p> <p>Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____</p> <p>Hábitos en los alimentos: _____</p> <p>A qué edad le salieron los dientes: _____</p>
2	<p style="text-align: center;">Eliminación</p> <p>Evacuaciones orina en el pañal en orinal en el baño día noche</p> <p>_____</p> <p>Consistencia de las heces: formadas: _____ pastosas: _____</p> <p>Blanda: _____ Líquida: _____</p> <p>Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Grumosa: _____</p> <p>Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Café: _____ Negra: _____ Blanca: _____</p> <p>Olor: Ácida: _____ Fétida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos Alimenticios: _____</p> <p>Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____</p> <p>Sedimento: _____</p> <p>Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____</p> <p>Anasarca: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hábitos: _____</p> <p>Descripción de genitales: _____</p> <p>Sudoración: _____</p>

Oxigenación

3 Somatometría : Peso:_____ Talla_____ Perímetros: Cefálico: _____
Abdominal:_____ Toracico:_____ Braquial:_____

Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____
Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____
Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea: _____ Disociación toraco abdominal: _____
Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____
Respiración asistida: _____ Controlada: _____

Secreciones bronquiales:	Cantidad	Consistencia	Color	Olor
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____
Cavidad oro nasal	_____	_____	_____	_____

Humidificación y oxigenación: _____

Reposo sueño

4 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: _____
Duerme siesta: _____ En qué horario: _____

Valoración neurológica: Actividad: Activo: _____ Letargico: _____ Tranquilo: _____
Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____

Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
Búsqueda: _____ Moro: _____

Prensión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p style="text-align: center;">Condiciones de la ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el cambio de ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____</p> <p>Se viste solo: Si _____ No _____ Con ayuda: _____</p>
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible</p> <p>A los cambios de temperatura: _____</p> <p>Cuando tiene fiebre ¿Cómo se controla? _____</p> <p>_____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijo la mirada: _____ Siguio objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los dos pies: _____ Camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sube escaleras: _____ Camino solo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Que postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>
8	<p>Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A que edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A que edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____</p> <p>Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____</p> <p>Irritable: _____ Independiente: _____</p>

	Dependiente: _____ Timido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué le hace el niño para consolarse a sí Mismo: _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> 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: _____ _____
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> 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: _____
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> ¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?. _____ _____
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> 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: _____ _____ 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, ¿cuál?

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 dárselos: _____

Aprendizaje

13 Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____
_____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____
_____ ¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____
_____ ¿ha estado hospitalizado antes? Sí _____ No _____ si la respuesta es sí ¿Por
qué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____

¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

14 ¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____
Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____

Comparte juguetes: _____
Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papá, 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: _____



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.	Causas 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= D pr.

Causas de la dificultad
Falta de fuerza
Falta de voluntad= FV
Falta de conocimiento= F



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

ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnóstico de Enfermería	Fecha de resolución



**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	Realizadas por	Evaluación



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 a dónde acudir cuando se presenten)

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

6. Fecha de su próxima cita:

7. Observaciones (se incluirá folleto de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL I

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____ Servicio: _____

Nombre del Niño: _____ Edad: _____ Registro: _____

Valoración focalizada de la necesidad: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ F.C: _____ F.R: _____ TA: _____ Temp: _____

Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de relación:

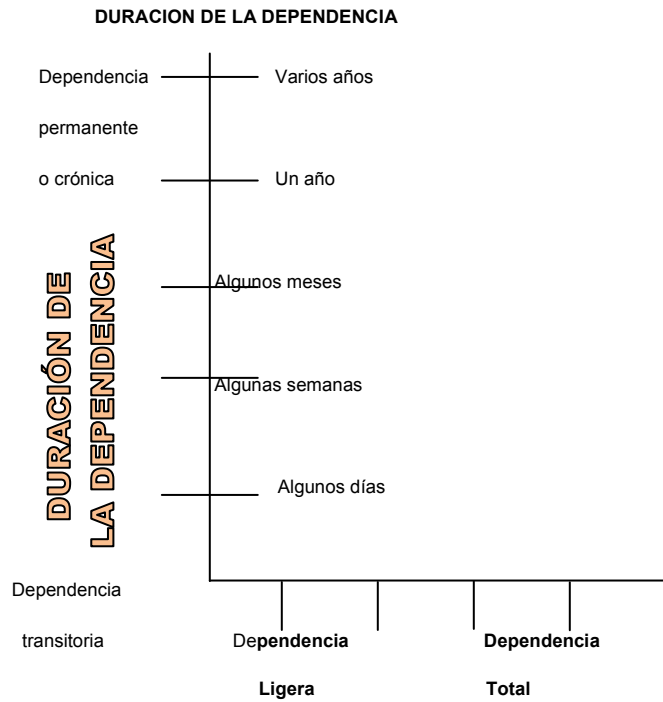
Compañera:

Suplencia:

Ayuda:

Elaboro: Mtra Magdalena Franco Orozco

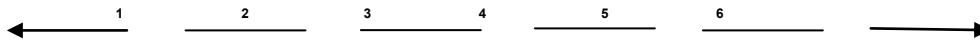
Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza, y voluntad):



Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:

	El cliente responde por si mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.	Utilizar sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.	D E P E N D E N C I A
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------



Debe acudir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido aunque sea ligeramente.

Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén, o una prótesis.

Debe contar con otro, para ser lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.

Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Elaboro: Mtra
Magdalena Franco
Orozco



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

UNIVERSIDAD NACIONAL
 AVENIDA DE
 MÉXICO

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo HERNÁNDEZ RAY, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Juan Roberto Hernández participe en el estudio de caso "Cuidados Especializados a un paciente hospitalizado con diagnóstico de la enfermedad de Nutrición"

cuyo Objetivo principal es: elaborar datos de atención de Enfermería que fundamenten la parte profesional del curso de estudio

y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: realizar un V. I. de Enfermería con el paciente hospitalizado con la enfermedad de Nutrición y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: Nelida Patricia Arribas Herrera

[Firma]
 Firma

Nombre del padre o Tutor: Hernán Ray

[Firma]
 Firma

Testigos

Nombre: Ma. de los Angeles Salazar

Firma: [Firma]

Domicilio: 141MFG

Nombre: Selvia Najera Méndez

Firma: [Firma]

Domicilio: 141MFG

México, D.F. a 27 de Noviembre del 2004