



**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 GOMEZ**

Estudio de Caso

**DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE
OXIGENACIÓN EN UNA ADOLESCENTE CON MIOCARDIOPATIA
DILATADA**

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

PRESENTA:

SEDANO MENDOZA DIANA ELIZABETH

ASESOR:

EEL. MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

Agosto 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida y de ponerme en esta maravillosa carrera profesional, el ser ENFERMERA.

A mis padres por su amor, cuidado y apoyo incondicional en cada una de mis decisiones tomadas a lo largo de mi vida, por la comprensión y guía que he recibido de su parte. GRACIAS

A mis hermanos por el apoyo recibido a lo largo de mi carrera, y por aguantarme durante la Especialidad.

A Evelyn y su mamá quienes fueron la parte fundamental de este trabajo, gracias por permitirme ser parte del tratamiento y por su colaboración en la elaboración de este estudio de caso desde su inicio.

A mi asesor, tutores y coordinadora; por su asesoría y tolerancia recibida durante todo este proceso de Especialización.

A los niños de HIM Federico Gómez quienes a pesar de su dolor siempre nos regalan una sonrisa.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia quienes son mi motor y alegría de cada día, mi consuelo en mis tristezas y mi fortaleza en mis derrotas.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes (Estudios relacionados)	3
1.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	23
1.3 Modelo Virginia Henderson.....	47
1.4 Aspectos Éticos.....	56
1.5 Factor de Dependencia (Miocardiopatía Dilatada)	64
2. METODOLOGÍA DE ESTUDIO	
2.1 Descripción del caso.....	72
2.2 Métodos e instrumentos de Valoración.....	82
2.3 Proceso de Diagnóstico.....	83
2.4 Planeación de Cuidados.....	88
2.5 Plan de Alta.....	159
3. RESULTADOS.....	161
4. CONCLUSIONES.....	164
5. SUGERENCIAS.....	165
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	166
7. ANEXOS.....	171
- Historia Clínica de Enfermería	
- Hoja de Reporte Diario	
- Consentimiento Informado	
- Trípticos	

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión única, cuyo fin primordial es el cuidado integral del paciente. A través de una metodología propia brinda y administra la atención a las personas.

La aplicación del Proceso de Atención Enfermero, con el paso del tiempo ha tomado mayor importancia para fortalecer la profesión de Enfermería y sobre todo para optimizar la atención integral dirigida a los pacientes, ya que este comprende de una serie de pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado de forma oportuna, individualizada e ideal de acuerdo a sus necesidades.

Es por ello que se realiza este estudio de caso durante la Especialidad de Enfermería Infantil, con sede en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en base a la Propuesta filosófica de Virginia Henderson, donde se detectan las necesidades de una adolescente con alteración en la necesidad de Oxigenación, cuyo factor de dependencia es una miocardiopatía dilatada.

El Estudio de Caso se realizó bajo enseñanza tutorial de inicio a fin lo cual permitió el trabajo continuo. Se pidió autorización a la paciente y familiar para ser parte elemental del trabajo, por lo que se realizaron los seguimientos desde el mes de octubre 2008 al mes de Abril 2009.

El trabajo consta de un Marco teórico en donde se presentan una serie de artículos de estudios de caso que se relacionan con este; aspectos importantes sobre el Proceso de Atención de Enfermería, la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sobre el factor de dependencia. Para ello, previamente se realizaron fichas de trabajo lo que facilitó la consulta bibliográfica.

Continuamos con la metodología del estudio donde se hace la presentación del caso en base a cada una de las 14 necesidades, se presenta el proceso de diagnóstico y la planeación de cuidados cada una con su evaluación correspondiente. También se plantea un análisis sobre las variables utilizadas, en este caso las 14 Necesidades propuestas por Virginia Henderson.

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un estudio de caso a una adolescente con la alteración de la necesidad de Oxigenación a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque teórico de las 14 Necesidades.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar y validar los datos recabados de la necesidad de Oxigenación para identificar el grado de dependencia en una adolescente.
- Estructurar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos recabados tomando en cuenta las fuentes de la dificultad.
- Planificar intervenciones de Enfermería en base a los diagnósticos estructurados en una adolescente con la alteración en la necesidad de Oxigenación.
- Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería adecuados a la necesidad alterada y determinar el tipo de intervenciones a realizar para lograr la independencia del paciente.
- Integrar a la familia de la adolescente en la atención sus necesidades, especialmente en la de Oxigenación.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES (estudios relacionados)

Para la realización de este Estudio de Caso se realizó una búsqueda intencionada en diferentes artículos donde se encontraron un total de 20 Estudios de Caso en los cuales se aplica el Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque de las 14 Necesidades de Virginia Henderson. Los primeros nueve artículos que se citan están relacionados con el factor de Dependencia de este estudio de caso, ordenados por edades de los pacientes a quien se les realizó el estudio. Los siguientes nueve artículos son de estudios que tratan de diferentes factores de dependencia, mencionando primero a los que se refieren a pacientes pediátricos y posteriormente a los adultos. Finalmente los últimos dos artículos que se citan, se refieren a estudios realizados a una población elegida, en donde el instrumento de recolección de datos se basa en las 14 Necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson.

A continuación se citan los artículos:

Se realizó un estudio de caso a una paciente femenina de 51 días de nacida, originaria del Estado de México, la cual presenta cianosis importante desde el nacimiento que se agudiza con el llanto; se refiere que en una hospitalización previa le diagnosticaron cardiopatía congénita sin especificar tipo.

Durante la exploración física se presentó cianosis peribucal y ungueal, disnea, tiros intercostales, estertores gruesos y finos, se mantenía con ventilación mecánica asistida, con catéter venoso central subclavio sin datos de infección.

El objetivo de este estudio de caso fue implementar un plan de intervención de enfermería de alta calidad y calidez humana en la atención al paciente pediátrico con ventrículo único, con el enfoque teórico de Virginia Henderson.

En la valoración de las necesidades se encontraron en dependencia la de oxigenación, nutrición, movimiento y postura, termorregulación y la de evitar peligros y riesgos. Estas necesidades alteradas guiaron la implementación del plan de cuidados e intervenciones de enfermería.

La estancia hospitalaria fue de 10 días, una vez recuperada la función respiratoria se decide su egreso al día siguiente, sin embargo, presenta deterioro súbito y reingresa sin lograr avances significativos en su recuperación, lo cual provocó su fallecimiento. Para concluir, se debe de tomar en cuenta que la experiencia más importante en este tipo de casos, es proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a sus familiares, ya que aun cuando los cuidados que proporcionan sean los mejores no podemos evitar las complicaciones que se presentan por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamiento solo son paliativos, y a través del plan de cuidados se logro optimizar las actividades con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades en este tipo de pacientes.¹

Este estudio de caso se realizó a un Recién nacido de sexo femenino ingresada en la unidad de Neonatología del Hospital Infantil Sant Joan de Déu, Esplugues (Barcelona). Cuyo diagnóstico médico fue RN pretérmino de 29 SDG afectada de bronconeumonía, soplo sistólico y nesidioblastosis. Durante los primeros días de vida precisó ventilación mecánica y antibiótico terapia.

El objetivo de este estudio de caso era ayudar a los nuevos padres a establecer vínculos y comunicación con su hija, a enseñarles los cuidados básicos que han de realizar cuando le den el alta del hospital. Una vez realizada la valoración inicial de la recién nacida, se procedió al análisis de los datos para poder precisar los problemas interdependientes y los problemas autónomos, competencia de enfermería y se formularon los diagnósticos mediante la taxonomía de la NANDA.

La necesidad prioritaria detectada fue la de moverse y mantener la postura adecuada, esta necesidad estuvo muy alterada desde el inicio debido a la gran cantidad de cuidados que precisaba. El trabajo se realizó durante el tiempo que la pequeña estuvo ingresada los cuales fueron seis meses. Las actividades de enfermería se pusieron en práctica desde el mismo momento del ingreso. A medida que se planificaban se ejecutaban los cuidados estos fueron revisados y modificados

¹ Cruz López Luz María, Guadalupe Martínez Palomino. Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006 Mayo-agosto; 14(2): 56-61

periódicamente, teniendo en cuenta el estado general de la RN y la respuesta a los cuidados ya administrados.

Finalmente los padres integraron todos los conocimientos teóricos y demostraron habilidad para el cuidado de su hija. En conclusión tenemos que el proceso de enfermería en las unidades neonatales permite trabajar de forma sistemática y organizada con el fin de identificar problemas y aplicar cuidados individualizados. Se observa que gran parte de los cuidados que se realizan en las unidades neonatales son autónomos, siendo las enfermeras quienes deciden, planifican y ejecutan.²

El siguiente estudio de caso se le realizó a un lactante de 3 meses de edad del sexo masculino de 33 SDG con un peso de 760 gr al nacimiento, se le detectan cardiopatía congénita acianógena. Realizándole corrección quirúrgica con diagnóstico de coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar durante el periodo posquirúrgico en el Servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología. Utilizando como herramienta básica el Proceso de intervención de enfermería ya que proporcionó el reconocimiento de patrones, necesidades y problemas específicos, así como a la interpretación de signos clínicos dentro de un contexto particular, con la finalidad de poder proporcionar una atención y cuidado de alta calidad; utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson quien afirma que la enfermera es una profesional independiente capaz de realizar juicios independiente; ubicando catorce necesidades del paciente. Además se emplea la taxonomía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para la realización de Diagnósticos.

El objetivo de Estudio fue proponer un plan de intervenciones de Enfermería de alta calidad para la atención de un paciente pediátrico postoperado de coartectomía utilizando el modelo de Virginia Henderson.

Durante la valoración focalizada de enfermería se detectan la alteración de las necesidades: En la necesidad de Oxigenación no se encuentra satisfecha y se encuentra con apoyo ventilatorio con dificultad para la progresión y extubación. La

² Guallartí Monterde Mercedes, Núria Roca Capara. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino, *Enfermería Clínica*, 1998; 8(2): 84-86.

necesidad de Hidratación y Nutrición, de Eliminación, de moverse y mantener una buena postura, de descanso y sueño, de Higiene y protección de la piel; de evitar peligros, seguridad para mantener la salud vida, de vivir según sus creencias y valores.

El proceso de atención de enfermería documentado de este caso clínico fue realizado durante un tiempo de cinco días consecutivos, lo que dio pie a resolver su problema cardiaco, sin embargo la estancia hospitalaria del paciente, fue prolongada por complicaciones que comprometieron su salud gravemente.

En conclusión la enfermera es quien desempeña un cuidado fundamental en el cuidado del paciente pediátrico dirigido al éxito de su tratamiento, por lo que utiliza un plan de intervenciones de enfermería dirigidos al paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena.³

Este estudio se realizó a un paciente femenino de 13 meses que ingreso a la Unidad de Lactantes del Hospital Teresa Herrera del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo A. Coruña. Cuyo diagnóstico médico era Cardiopatía congénita y Síndrome de Down.

El objetivo de este estudio fue reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero y establecer la vinculación existente entre el proceso de atención enfermero y la relación de ayuda centrándolo en un caso real.

Es importante mencionar que a los seis meses de edad la paciente fue intervenida precisando reintervención de su cardiopatía cuando recupere el peso adecuado. El motivo de ingreso fue el estancamiento ponderal e hipertermia. Se realizó la valoración de Enfermería de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson en donde se encontró la necesidad de alimentación, movimiento y postura, sueño y descanso y termorregulación entre otras en estado de dependencia.

Posteriormente a esta valoración se realizaron diagnósticos enfermeros por la Taxonomía NANDA y adaptándolos al programa informático de Gestión asistencial de cuidados enfermeros línea abierta.

³ Sierra Pacheco, Magdalena. Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006 Enero-Abril; 14(1): 16-23

La aplicación del modelo de Virginia Henderson y la valoración de las 14 necesidades fueron necesarias para poder valorar al paciente, familia, considerándolo con un ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales. Además la recolección de datos, la planificación de intervenciones y la aplicación de estas resulta esencial para la enfermera, establecer una relación significativa con el paciente.

Para concluir se dice que la necesidad e importancia de la relación de ayuda, o interrelación enfermera-paciente, es una parte fundamental en la práctica clínica. Las personas enfermas no solo demandan cuidados físicos sino también de ser escuchados y comprendidos. El proceso de atención de enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda al paciente y/o familiares. La planificación de cuidados de alta y seguimiento, son pautas necesarias para completar el proceso de atención de enfermería.⁴

Se realizó un Estudio de caso en el 2007 cuyo objetivo es contextualizar al cuidado de enfermería en un consultorio de urgencias utilizando el método enfermero y el modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson.

El estudio se realizó a una mujer de 39 años, casada, católica, quien realiza labores en el hogar y ha tenido hospitalizaciones previas. Con antecedentes familiares de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II. Asintomática cardiovascular hasta el 10 de abril del año 2000, día en el que al estar bañándose presentó de manera súbita pérdida del estado de alerta sin especificar la duración, hemiparesia derecha, disartria, desviación de la comisura bucal a la izquierda, solicitó atención médica y fue hospitalizada.

En febrero de 2007 acude al Servicio de Urgencias Cardiológica por presentar en reposo, disnea de inicio súbito, palpitations rápidas por 15 minutos, diaforesis leve y debilidad de miembros inferiores.

⁴ Ferrer Pardavila, Ángeles; García Sanpedro, Rosario; Barreiro Bello, José María. El Proceso de Atención y la relación de ayuda en Enfermería Pediátrica. Cultura de los Cuidados, 2003 1er semestre; Año VII (13): 52-62.

La valoración de Enfermería se centró en los trastornos funcionales de las actividades diarias, ya que la calidad de vida del paciente después del accidente cardiovascular guarda relación con el estado funcional de la persona.

En base a los datos obtenidos en la valoración de enfermería se determinaron las necesidades alteradas, teniendo como prioridad la de Oxigenación, de ahí le derivan la de moverse y mantener una postura; de descanso y sueño; de evitar peligros y por último la de comunicarse.

El desarrollo de los cuidados de enfermería se llevó a cabo en las secciones de consultorios de urgencias, el tiempo estimado de atención fue de cinco horas, las cuales no fueron limitantes para aplicar el método enfermero y satisfacer las necesidades de la persona.

En conclusión la enfermera debe interactuar con los problemas derivados de la enfermedad, con los problemas reales y los potenciales, lo que implica un conocimiento científico y humanístico, donde el método enfermero y los modelos de enfermería son las principales guías de atención.⁵

Se realizó un estudio de caso en el tercer piso cardiología adultos del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", durante los meses de septiembre 2002 a octubre del mismo años, a una paciente adulta mayor de 50 años de edad, de sexo femenino, quien presento punzadas, dolor intenso en el pecho y la falta de aire al trabajar, produciéndose desmayo con recuperación integra, se le diagnosticó presión alta recibiendo tratamiento. Su estado fue empeorando por lo que acude al cardiólogo quien le diagnóstico soplo en el corazón, presión alta y crecimiento anormal del corazón, por lo cual acude al instituto para diagnóstico y tratamiento donde se le realiza cambio valvular aórtico por prótesis biológica.

Para realizar la valoración de la paciente se diseñó un instrumento para recopilar todos los datos y conforme transcurrió el tiempo se hizo mayor énfasis en las demandas terapéuticas. Se adecuaron los diagnósticos enfermeros de la NANDA, respetando la jerarquización que maneja Virginia Henderson.

⁵ Chávez García Claudia. Métodos de Enfermería y el Modelo de Henderson en un paciente con Estenosis Mitral y Accidente Cerebrovascular, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2007 Enero-Abril; 15(1): 14-18

Los problemas detectados en la paciente son principalmente relacionados con el problema quirúrgico, la planeación estuvo encaminada al alivio del dolor, evitar complicaciones y brindar las herramientas necesarias para que la paciente recupere su independencia.

Algunas de las necesidades que se encontraron en dependencia fue la de Oxigenación como la principal seguida de movimiento y postura, comunicación y evitar peligros y riesgos.

En conclusión se dice que es de suma importancia aplicar el proceso de atención de enfermería para mejorar los esquemas de cuidados en este grupo de pacientes, y así contribuir con la formación de personal de enfermería que brinde cuidados de excelente calidad.⁶

En este estudio de caso se selecciono a un paciente cuyo proceso mórbido fuera de interés general. Se trata de un paciente masculino de 66 años de edad, quien presentó un evento vascular cerebral (EVC), por ello acudió al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía encontrándose un aneurisma en la arteria comunicante anterior, hasta ese momento asintomático, por ese motivo se envió a este Instituto Nacional de Cardiología para su valoración y tratamiento. Se decide su tratamiento quirúrgico. Pero primero se lleva acabo de tratamiento de las lesiones cerebrales y después la cirugía cardiaca.

Este estudio de caso tiene como objetivo validar la aplicación del modelo conceptual de Henderson, la taxonomía de la NANDA a un enfermo con patología cardiovascular y neurovascular.

Se realizó la valoración de enfermería en el pre y pos operatorio, en donde se identificaron los factores de riesgo que pudieran retardar su recuperación, después se realizaron diagnósticos identificados a partir de las necesidades evidenciadas, para que en un mejor momento se aplicara un programa de trabajo, jerarquizando las necesidades y cubriéndolas de manera objetiva con intervenciones de enfermaría.

⁶ Parra Basurto Azyadet et.al. Procesos de Atención de Enfermería a un paciente con Estenosis Aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2003 Mayo-agosto; 11(2): 14-18

Las necesidades detectadas en estado de dependencia son la necesidad de moverse y mantener buena postura, dormir y descansar, higiene y protección de la piel, evitar peligros, de comunicación, nutrición, eliminación y autorrealización.

El paciente curso su postoperatorio en condiciones normales y fue egresado a su domicilio.

En conclusión se dice que la aplicación de un proceso de atención de enfermería guiado por un modelo permite proporcionar un mejor cuidado a los aspectos físicos, sociales y espirituales de los pacientes.⁷

Se realizó un estudio de caso a una paciente femenina de 76 de años de edad que ingreso al Instituto de Nacional de Cardiología con diagnóstico de cardiopatía isquémica trivascular, obesidad y EPOC. Se realiza revascularización coronaria de urgencia. Al noveno día presenta datos de mediastinitis.

El objetivo de este estudio de caso fue implementar el proceso de atención de enfermería utilizando el Modelo de Virginia Henderson para cubrir sus necesidades de cuidado y generar evidencia científica.

En la valoración de las 14 necesidades, se encontraron en dependencia la de oxigenación; termorregulación; higiene y protección de la piel; y la de moverse y mantener una buena postura. En base a estas necesidades se realizaron los diagnósticos de enfermería.

Las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo a las necesidades detectadas del paciente, y sus objetivos de cuidado se orientaron a cubrir las necesidades físicas y emocionales.

Para concluir tenemos que la aplicación del proceso facilitó la toma de decisiones y la evaluación de los cuidados de manera dinámica.

Y en relación al sistema, la paciente se logró egresar a su domicilio después del cierre quirúrgico demostrando que la opción del uso del sistema VAC para tratamiento de la mediastinitis.⁸

⁷ Lugo Escobedo, Diana Julieta; Sandra Frutos Balzázar; Araceli Añorve Gallardo. Adulto Mayor con Patología Cardiovascular y Neurovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2003 Enero-Abril; 11(1): 18-25

En el siguiente estudio de caso el objetivo fue recuperar la independencia del paciente, en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Se trata de un paciente de 35 años que forma un todo completo y que presenta deficiencias para cubrir por sí mismo sus catorce necesidades fundamentales debido a los factores intrínsecos de la cirugía cardiovascular: anestesia, problemas de músculo cardíaco, arritmias, disfunciones o readaptaciones valvulares, isquemia, etc. Las necesidades que se encontraron alteradas dependen de la etapa postoperatoria que cursa el individuo, variando una de otra e interactuando con las fuentes de la dificultad. En el periodo postoperatorio inmediato o las primeras 12 horas posteriores al acto quirúrgico, se encuentran alteradas la mayoría de las necesidades sobre todo la de oxigenación, las cuales necesitan de un tipo de intervención. En el periodo postoperatorio mediato o después de las 12 horas y hasta ser dado de alta el paciente, son otras necesidades las que se verán alteradas como nutrición y movimiento y postura.

La valoración se centró en las necesidades, sin fragmentar al individuo y tomando en cuenta que se encontraba en unidades de Terapia Intensiva o Intermedia; lo cual implica rapidez en la valoración y ejecución de cuidados.

En conclusión se tiene que el modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería y permite plantear, en el caso del tratamiento quirúrgico cardiovascular, objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.⁹

Este estudio de caso se realizó con el modelo conceptual de las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson. Se trata de una lactante mayor de 1 años 4 meses de edad, miembro de una familia nuclear de tres integrantes, la cual el día 16 de septiembre del 2008 fue llevada a urgencias de un hospital privado por presentar dificultad respiratoria. El diagnóstico fue Bronquiolitis.

⁸ Flores Montes Imelda Lic. Enf. Lic. Enf. Araceli Añorve Gallardo, Dr. Pablo Emilio Escalante Salgado. Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006: 90 – 97.

⁹ ORTEGA Vargas Ma. Carolina. Valoración de Enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001 Enero-Abril; 9(1): 18-23

A la valoración se encontraron en dependencia las necesidades de oxigenación, termorregulación, nutrición e hidratación, y descanso y sueño mencionadas en orden de importancia.

Tomando en cuenta la necesidad de oxigenación como prioridad alta, se realizó un diagnóstico de enfermería para después implementar un plan de cuidados de enfermería.

Como conclusión tenemos que con el proceso de Atención de Enfermería se pueden planear cuidados individualizados de acuerdo a la alteración presente en el paciente. Con la propuesta de Virginia Henderson se puede identificar alguna alteración en las necesidades básicas en esta etapa de la vida además permite que enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar un seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio.¹⁰

El siguiente estudio de caso se realizó a un lactante mayor (un año 4 meses) masculino que ingresó a un hospital de tercer nivel por fiebre, dificultad respiratoria, tos no productiva. Quien durante la consulta presentó deterioro de la función respiratoria, con quejido y disociación toracoabdominal, Silverman-Anderson de 6, por lo que se le proporcionó apoyo ventilatorio. El diagnóstico médico fue Neumonía con derrame y empiema pleural y se le inició el tratamiento con esquema de antibiótico.

El principal objetivo en la realización de este estudio de caso fue aplicar los conceptos propuestos por Virginia Henderson a través del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del Lactante mayor para lograr su independencia.

En la valoración de las 14 necesidades de Virginia se detectaron en Dependencia la de Oxigenación como prioritaria, seguida de la de hidratarse y comer, dormir y descansar, termorregulación, higiene y protección de tegumentos, comunicación y recreación.

¹⁰ Solís Mohedano María Eugenia. Valoración de Enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Desarrollo Científico Enfermero, Octubre 2008; 16(9): 414-417.

Con los datos obtenidos se redactaron 17 diagnósticos de dependencia, independencia, y de alto riesgo; de los cuales guiaron el plan de atención. Para realizar el plan de intervención se tomaron en cuenta los diagnósticos que reflejan la actividad independiente de la enfermera.

Para concluir es preciso decir que la aplicación de la propuesta de las necesidades fundamentales a través del proceso de atención de enfermería nos demuestra que para proporcionar cuidados de Enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades.

Por otra parte se logro alcanzar el objetivo del estudio de caso, detectándose que se beneficio el paciente mediante un cuidado integral con un alto sentido humano, la práctica de la enfermera se beneficia al contar con una base teórica y metodológica e instrumental.¹¹

En otro estudio de caso su objetivo fue disminuir el grado de dependencia en un adolescente de 13 años. Por lo tanto en el año 2001 se realizo un estudio de caso en un adolescente de 13 años de edad. Quien presenta obesidad lo cual dificulta la movilización. Inicio su padecimiento a los 8 años refiriendo dolor articular en rodillas y pies, a la edad de 13 años presenta imposibilidad para la marcha con dolor en la cadera derecha, sin poder apoyar la misma, lo cual fue su motivo de ingreso hospitalario. Para la atención de este caso se tomó en cuenta la valoración global continua del estado independiente o dependiente del paciente. Se empleo la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración física general y focalizada a través de un instrumento de recolección de datos y mediante el método clínico se culminó en un plan de intervenciones de enfermería.

En la medición se registró un peso de 81.500 Kg. y talla de 1.72m lo cual fue aumentando siendo calificado en obesidad de segundo grado, el cual fue uno de los desencadenantes de su padecimiento.

Las variables de este estudio de caso fueron las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia Henderson, cuyo análisis se realizó de acuerdo a los

¹¹ Espinosa Meneses Veronica. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. Desarrollo Científico Enfermería, 2003; 11(1): 24-29.

indicadores de independencia-dependencia, y se dio seguimiento a cada necesidad para detectar el grado en que se encontraba.

Dentro de sus necesidades afectadas fueron, en primer lugar la de Moverse y mantener una buena postura, seguidas por las necesidades de Higiene de tegumentos, vestirse y desvestirse, respirar, comunicación, evitar los peligros, comer y beber, eliminación, dormir y descansar, aprendizaje, recrearse y ocuparse para auto realizarse.

Los planes de cuidados establecidos para cada uno de los diagnósticos de enfermería derivados de la dependencia en la necesidad de Movimiento y mantener una buena postura determinaron el tipo de intervenciones que permitirán cubrir las respuestas humanas del adolescente y evaluar sus resultados.

De acuerdo con la evolución que tuvo, se consideró que el paciente se encuentra en un grado de dependencia decreciente es decir mejoría.

Para concluir la metodología aplicada basada en las 14 necesidades a través del proceso de enfermería, es un aspecto que cambia la práctica de enfermería, el cual permitió brindar una atención de calidad al paciente adolescente detectando su necesidad afectada primordial la cual desencadenaba a las demás.¹²

Se realizó un estudio de caso a un paciente masculino de 20 años edad con diagnóstico de lupus eritematoso generalizado. El inicio de su padecimiento fue a los 11 años de edad al presentar eritema en región malar con distribución en las alas de mariposa sobre la nariz y los pómulos fiebre, náuseas y adinámica.

En noviembre de 2006 ingresó al Servicio de Urgencias, donde es valorado.

La valoración de enfermería, se realizó con un enfoque conceptual de las necesidades humanas en la unidad de cuidados intensivos. Por cada necesidad valorada se obtienen los datos para aplicar las etiquetas diagnósticas de enfermería según la NANDA.

¹² Sánchez León Virginia. Cuidados Básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería del IMSS, 2001; 9(2): 91 - 96

Dentro de las necesidades alteradas encontramos a las de mayor importancia: de Oxigenación; nutrición e hidratación; de los músculos; Nec. De moverse y tener una buena costumbre. Después se realizaron 13 diagnósticos de enfermería.

Para concluir tenemos que el Lupus el Eritematoso es una enfermedad imprescindible en la calidad y variedad de manifestaciones clínicas y su evolución.

Y el conocimiento de la patogénesis favorece que se otorgue mayor información al paciente sobre la enfermedad y con ello incrementar la calidad de cuidado de enfermería.¹³

Este caso se ha analizado según el modelo enfermero de Virginia Henderson. Se trata de paciente femenina de 28 años de edad y sin ningún problema de salud previo de salud, fue encontrada inconsciente en su domicilio precisando ser atendida por el servicio de urgencias sanitarias hasta el traslado al centro hospitalario, en donde ingresa a la unidad de cuidados Intensivos a donde se le tuvo que realizar una traqueotomía de urgencia y precisó respiración asistida con conexión a ventilación mecánica. Tiempo después es trasladada a la unidad de Cuidados de Neurología con las secuelas de ACV hemorrágico.

En la valoración de las 14 necesidades, se encontraron en dependencia la de oxigenación, comer y beber, eliminación, y movimiento y postura.

El área de dependencia detectada fue la de conocimientos por parte de la familia, es decir necesitaba saber que acciones eran las indicaciones.

La etapa de Diagnóstico y las subsiguientes tiene dos ejes prácticos de intervención: la familia y el paciente, a los cuales se dirigieron los cuidados.

La paciente fue dada de alta en abril de 2006 aunque sigue en independencia total para las actividades de la vida diaria. La continuidad de los cuidados fueron realizados por el núcleo familiar en el domicilio. Para concluir se tiene que el

¹³ Chávez García Claudia, Noé Sánchez Cisneros. Estudio de caso de un individuo con Lupus Eritematoso generalizado en una unidad de Cuidados Intensivos., Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Mayo-agosto 2007; 15(2): 54-61

principal problema que se encontró al abordar este caso ha sido la gran demanda de cuidados que precisaba la paciente.¹⁴

El siguiente artículo trata de un paciente de 26 de años de sexo femenino con diagnóstico de Síndrome de Down y cursando 24 días de postoperado de ventana pericárdica, quien se valora en el Instituto Nacional de Cardiología. El interrogatorio se realiza de forma indirecta por medio de preguntas a sus padres.

El objetivo de este estudio fue establecer intervenciones de enfermería con la orientación del modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA en una paciente con Síndrome de Down y Coma Mixedematoso, para generar evidencia científica de la atención de enfermería en personas con estas alteraciones de la salud.

Se realizó la valoración de enfermería identificando las necesidades no satisfechas o parcialmente satisfechas. Dentro de estas necesidades se encontraron alteradas como más importantes la necesidad de Oxigenación, hidratación y nutrición, eliminación, moverse y mantener una buena postura.

Posteriormente se realizaron los diagnósticos de enfermería a partir de las necesidades evidenciadas, se planearon e implementaron las intervenciones de enfermería y se evaluó la efectividad de las mismas.

Al término de este trabajo la paciente continúa en estado crítico, no respondió favorablemente al manejo médico y quirúrgico al que fue sometida y continuó en estado de sedación, alimentándose por sonda nasogástrica y con asistencia ventilatoria. Pero con relación al plan de Enfermería que se realizó para su atención las intervenciones tuvieron una evaluación favorable, al término de cada procedimiento se observó una mejoría, la aplicación del Proceso de Enfermería facilitó las intervenciones y evaluación de cuidados de una manera dinámica que

¹⁴ Ortiz Jiménez Felipe Manuel; Carmen María Poza Artés. Cuidados de suplencia total en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos recientes. Revista de Enfermería Basada en la Evidencia; 2007 Mayo-Junio; 4(15) Núm. 5 En [//www.indexf.com/evidencia/n15/329articulo.php](http://www.indexf.com/evidencia/n15/329articulo.php)

permitió reestructurar y adecuar los mismos cuando fue necesario y retroalimentar el proceso.¹⁵

Este artículo es de un trabajo que se ocupa de la planificación del alta de un enfermo recién trasplantado, utilizando para ello el modelo de Virginia Henderson como marco referencial y la taxonomía de la NANDA.

Se trata de un paciente masculino quien en mayo de 1988 fue diagnosticado con Angiomiolipomatosis renal por esclerosis tuberculosa, que le llevó a una Insuficiencia Renal Crónica e inicio su tratamiento con hemodiálisis en 1990.

En 1992 acude al hospital para un trasplante de riñón. A la semana de trasplantado y de su favorable evolución, se plantea la posibilidad de alta hospitalaria. Para ello se debe de planificar cuidados donde se prioriza la educación sanitaria con la finalidad de ayudarlo a incorporarse a su vida cotidiana con las mejores condiciones posibles. Ya que para que pueda llegar a alcanzar un nivel de vida optima, la persona trasplantada debe de conocer el cuidado de su salud.

Los datos sobre los que se basaron para la planificación del alta hospitalaria siguiendo la valoración de Virginia Henderson fueron con relación a las necesidades de Alimentación e hidratación; higiene y aprendizaje. En la valoración del resto de las necesidades no se detectó ningún problema.

A fin de evaluar la efectividad de los cuidados planificados, se utilizó como criterios, los objetivos establecidos en la fase de planificación. El día del alta hospitalaria se mantuvo una conversación con el enfermo, en el cual manifestó sentirse más tranquilo al ver que su evolución había sido favorable, y de conocer los signos y síntomas de un probable rechazo del órgano.

Fue capaz de definir los cuidados que él mismo realizará en casa con el fin de recobrar su independencia y no tener una recaída. El plan de cuidados estuvo orientado a la educación sanitaria que se inicia en el Hospital.

¹⁵ Añorve Gallardo Araceli; Araceli Torres Bonilla. Estudio de caso del Paciente con Síndrome de Down y Coma Mixedematoso. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero-Agosto 2005; 13(1-2): 37-43.

Este trabajo facilitó la adaptación del paciente a sus nuevas circunstancias. Ha servido también para valorar la necesidad de plasmar toda la información, de una forma estructurada y con una aplicación de criterios por parte del todo el personal de la unidad, mejorando así la atención que les proporcionan a nuestros pacientes.¹⁶

Este estudio se realizó a un paciente masculino de 54 años de edad sin problemas de salud previos, quien presenta disfonía y dolor en la región faríngea desde hace dos meses para lo cual recurrió al especialista quien observó una tumoración en la epiglotis y se le detectó una gran masa supraglótica. Se programó para cirugía en la que se le practicaría una Epiglotectomía con vaciamiento cervical derecho.

Se realizó una valoración inicial según el modelo de Virginia Henderson en donde se encuentra en dependencia la necesidad de aprendizaje.

Posteriormente se realizó la intervención quirúrgica la cual se complicó y le realizaron una laringectomía total y vaciamiento cervical radical bilateral. El paciente permaneció durante 24 horas en el servicio de reanimación y regresando de nuevo a su unidad de hospitalización, se realizó una nueva valoración en donde se detectó la alteración en la necesidad de oxigenación, comunicación, alimentación, recreación y seguridad y protección. Para cada una de las necesidades detectadas se realizaron diagnósticos de enfermería y plan de cuidados.

El paciente permaneció hospitalizado durante 49 días. Y del proceso de ajuste psicológico dependerá en gran medida la adaptación del paciente a la nueva situación, debido al gran impacto emocional que trae este tipo de cirugías. Se constató que es importante cuidar el aspecto físico como el psicosocial para que la adaptación de los pacientes sea lo más completa posible. El personal de enfermería juega un papel crucial en el proceso de adaptación y aprendizaje de una nueva situación de salud.

¹⁶ Castillo E.; M. Domínguez. Planificación de Alta de un Enfermo con Trasplante Renal. *Enfermería Clínica*, 1999; 3(4): 163-166

La aplicación de programas de educación para la salud dirigidos a los pacientes y a sus cuidadores de forma individualizada y adaptada a sus propias necesidades.¹⁷

En este artículo se comentan brevemente los puntos más relevantes de la cirugía artroscópica llevada a cabo en la articulación de la rodilla. Posteriormente se desarrollaron plan de cuidados estandarizados. No se realizó la valoración de ningún paciente solo las fases de la cirugía antes mencionada, estableciendo diagnósticos más comunes que en base a la experiencia han observado que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a esta cirugía.

El modelo conceptual utilizado para la planificación de cuidados es el de Virginia Henderson, juntamente con la metodología del proceso de atención de enfermería. Se centraron para la identificación de los problemas interdependientes y a la formulación de diagnósticos de enfermería en la fase preoperatorio y postoperatorio. Los problemas interdependientes definidos engloban los problemas médicos que la enfermera debe de conocer para vigilar, controlar e identificar las complicaciones potenciales.

La enfermera debe de realizar la recogida de datos individualizada para poder aplicar diagnósticos de enfermería, así como las actividades. La enfermera centra su trabajo en la valoración de las necesidades, hecha a partir de datos obtenidos de la entrevista. A partir de ahí se determinan las manifestaciones de dependencia y se escoge entre los diagnósticos de enfermería estandarizados. Para su enunciado se ha utilizado la taxonomía de la NANDA. Posteriormente se adecuan los objetivos y se sigue la programación de las actividades.

En la fase preoperatorio formuló un diagnostico relacionado al temor en el cual describe las manifestaciones de dependencia. En la fase postoperatoria los diagnósticos están relacionados a la necesidad de movimiento y postura, de sueño y descanso, y aprendizaje; de igual forma se describen sus manifestaciones de dependencia.

¹⁷ Poza Artes CM; Ortiz Jiménez FM. Plan de cuidados al paciente Laringectomizado total. Evidentia 2006 Noviembre-diciembre 3(12). En <http://www.indexf.com/evidentia/n12/266articulo.php>. Consultado en Octubre 2007

En conclusión del autor, tenemos que este artículo ayuda a unificar criterios entre los profesionales y a la vez nos sirve de guía en cada situación, sin olvidar que cada persona es un ser individual y requiere cuidados especializados. La utilización de planes de cuidado estandarizados permite a los profesionales unificar criterios en la asistencia, coordinar las pautas de actuación y en consecuencia, prever los resultados que es posible alcanzar.¹⁸

El siguiente artículo trata de un estudio epidemiológico transversal, que se realizó en Guipúzcoa, Servicio de Neurología del Hospital Donostia. La población de estudio la han conformado todos los pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple, de esta población se selecciono al azar obteniendo una muestra de 30 casos. Los datos se recolectaron mediante la entrevista

El cuestionario utilizado ha sido estructurado en función del Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se basa en el cuestionario propuesto por Phaneuf.

Los principales resultados obtenidos de este estudio son la detección de principales manifestaciones de dependencia, problemas de autonomía y manifestaciones de interdependencia son los que se refieren a la necesidad de eliminación, movimiento y postura, termorregulación, higiene, evitar los peligros, la necesidad de realización.

Los diagnósticos de enfermería reales se derivan de las manifestaciones de dependencia. Varias manifestaciones de dependencia encontradas se relacionan con la falta de información. Si se proporcionara la información adecuada en el momento adecuado, dichas manifestaciones desaparecerían.

Los diagnósticos formulados tanto reales como de riesgo orientan sobre el trabajo independiente de enfermería. El trabajo de interdependencia se deriva de los problemas de autonomía detectados.

Los resultados de este estudio y los diagnósticos propuestos nos orientan a la hora de organizar los cuidados de enfermería que se proporcionarían a estas personas. Confeccionar un plan de cuidados llevarlo a cabo y compararlo. Los profesionales de

¹⁸ Anton Riera Joseph; Mireia. Boixadera Vendrell. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Enfermería Clínica. 2003; 13 (4): 246-250.

enfermería tiene un importante cometido en la atención a estas personas y esa atención se podría llevar a cabo a través de una formación especializada en esclerosis múltiple. De esa manera y como sugiere Henderson, el trabajo de enfermería sería terapéutico.¹⁹

Finalmente este artículo es acerca de un estudio que se realizó cuyo objetivo fue detectar necesidades de los pacientes diabéticos atendidos en el Hospital General Dr. Ernesto Meana San Roma, e inducir los cambios en el estilo de vida del paciente diabético y adquirir habilidades y destrezas para su cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas.

Se trata de un estudio de caso prospectivo y transversal. Para el cual se tomó como muestra a todo paciente diabético que ingresa al hospital ya sea por urgencias o por consulta externa, en el periodo de 29 de junio al 16 de julio de 1999 mayor de 18 años.

La observación y entrevista está estructurada con un cuestionario ya establecido para una fácil y objetiva tabulación.

Se realizó este estudio para determinar las necesidades del paciente diabético, y así poder definir las necesidades que son dependientes de la Institución Sanitaria como lo es la educación para la salud y cuáles pueden y deben satisfacer al paciente con apoyo de su familia.

Se encuestaron a 52 pacientes. Para realizar este estudio se utilizó la teoría de Virginia Henderson. Durante la valoración de la necesidad de oxigenación se encontró la función cardíaca y respiratoria a nivel central normal, pero se detecta problema a nivel de la circulación periférica.

En la necesidad de alimentación se detecta que el 100% de los pacientes no cumplen con los requerimientos. Otras de las necesidades que se detectaron alteradas fueron las de eliminación, movimiento y postura, termorregulación y la necesidad de evitar peligros.

¹⁹ Elorza Puyadena I, Ana Gordo Askasibar; et. al. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Evidentia 2007 Marzo-Abril 4(12). En <http://www.indexf.com/evidentia/n14/316articulo.php>. Consultado en Octubre 2007.

De acuerdo a la teoría de Virginia Henderson, sobre la satisfacción de las 14 necesidades, se detecto que las necesidades dependientes de la institución son básicamente de educación para la salud. Cada una de las necesidades mencionadas anteriormente son originadas por una falta de educación.²⁰

Así como estos artículos presentados existen otras más con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en base a la propuesta teórica de las 14 necesidades, donde se muestra la efectividad que tiene el uso de estos ya que permite detectar las necesidades prioritarias de los pacientes realizando un plan de cuidados específico lo que permite interactuar e intervenir adecuadamente y de forma oportuna, brindado atención de calidad no importando el pronostico de vida que tengan los pacientes; además nos enseña que la enfermera no solo debe de asistir al paciente sino también a familiares e involucrarlos en el tratamiento.

Por otra parte nos damos cuenta que el modelo de Enfermería propuesto por Virginia Henderson se puede aplicar no solo en estudios de casos sino también en estudios de investigación ya que es flexible y esta encaminado a la atención del paciente en todas sus esferas aplicándolo a una población determinada con la finalidad de crear y promover programas de salud para el beneficio de las comunidades los cuales contribuyan a la satisfacción de sus necesidades.

²⁰ Enfermeras de Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero-Marzo 1999; 7(1-4):53-57

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Concepto

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

“El proceso de Atención de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”.²¹

Objetivos

- Establecer una base de datos para el paciente.
- Determinar las prioridades de cuidados, objetivos y resultados esperados.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad.²²

Características

- Sistemático: Por que consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir un propósito.
- Dinámico: Por que esta sometido a continuos cambios.
- De naturaleza interactiva: Por que se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales.

²¹ Iyer Patricia W.; Bárbara J. Taptich; Donna Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería 3ª Edición. México D.F Ed.McGraw-Hill Interamericana; 1997:11

²² Alfaro Rosalinda; Lafevre. Aplicación de Proceso Enfermero. 5ª edición. México, Ed. Masson 1995: 4.

- Flexible: Por que se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización y además sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- Tiene una base teórica: El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades.
- Potencia el desarrollo profesional, favorece el desarrollo cognitivo, técnico e interpersonal a través de sus etapas.²³

Etapas de Proceso de Atención de Enfermería

VALORACIÓN

Concepto

Es el proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente. La fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de atención individualizada de calidad. Es la base para la identificación de un diagnóstico, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las actividades de enfermería.²⁴

Tipos de Valoración

La valoración puede ser de diferentes tipos:

Tipo	Momento de ejecución	Propósito
Valoración Inicial	Realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de	Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las

²³ Iyer Op. Cit.: 13-14

²⁴ Ibidem: 35

	asistencia sanitaria.	referencias y las futuras comparaciones.
Valoración Focalizada	Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros.	Determinar el estado de un problema específico identificada en la valoración anterior.
Valoración Urgente	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente.	Identificar problemas que amenazan la vida.
Valoración después de un tiempo	Varios meses después del estudio inicial.	Comparar la evolución del paciente con los datos basales obtenidos anteriormente.

Fuente: Kozier Bárbara. Fundamentación en Enfermería (1999) Volumen 1. 3ª Edición Ed. McGraw-Hill: 97

Fuentes de Información

Durante la fase de valoración se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes y se clasifican en:

- Fuentes Primarias: El paciente es la fuente primaria y se debe de utilizar para obtener datos subjetivos pertinentes.
- Fuentes Secundarias: Son todas aquellas situaciones en las que el paciente no puede participar o cuando es necesario mayor información para aclarar o validar datos proporcionados con el paciente. Estas fuentes pueden ser familiares, otros miembros de equipo de salud o el registro clínico. Cada una de estas fuentes secundarias pueden contribuir a la base de conocimientos y ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las respuestas del paciente.²⁵

Métodos de recolección

Existen diferentes métodos para la recolección de datos como son:

- La Entrevista

²⁵ Iyer Op. Cit.: 38-41

Es el encuentro concertado entre dos o más personas para tratar de un asunto o recolectar información. Se dice también que es la comunicación planeada con una finalidad.

La habilidad de la enfermera para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar es la clave para establecer una relación positiva enfermera-paciente y esencial para conocer los hechos.²⁶

Objetivos

- Adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y la planeación.
- Facilitar la relación con el paciente creando una oportunidad para el dialogo.
- El paciente recibe información y participar en la identificación de problemas y objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

La entrevista consta de tres segmentos:

- Introducción: El profesional de enfermería y el cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica.
- Cuerpo: En esta segunda parte el diálogo esta enfocado sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios.
- Cierre: Durante esta fase se prepara al cliente para terminar la entrevista. Ya no se introduce material nuevo. Se debe de intentar terminar la entrevista de forma que transmita afecto y agradecimiento, esto puede crear un clima positivo y necesario para futuras interacciones entre el enfermo y el cliente dentro de la relación terapéutica.²⁷

Tipos de preguntas

- Abiertas: Para obtener una descripción de preocupaciones o sentimientos del paciente, exige repuestas de más de dos palabras.
- Cerradas: Para obtener hechos concretos, para enfocar la recolección de datos, exige respuestas breves de 1-2 palabras.

²⁶ Alfaro Op- Cit.: 52

²⁷ Iyer Op. Cit.: 54

- Sesgadas: Para obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.
- Guiadas: Supone la preferencia de una respuesta en particular
- Intencionadas: Pensadas para provocar la reacción del paciente a una determinada situación o tema.

- Observación

La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el entorno, el paciente y las interacciones entre estas tres variables. La observación exige una amplia base de conocimientos y el uso consiente de los sentidos de la vista, olfato, oído y sensibilidad. Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La Observación es una capacidad consiente y deliberada que se desarrolla solamente con el esfuerzo y un método organizado.²⁸

- Método clínico

Son los pasos ordenados que se aplican en la búsqueda del diagnóstico en los individuos. Es la guía para la buena atención del paciente. Suele definirse como la aplicación del pensamiento crítico a las actividades de la atención del paciente. “Se basa en el método científico, que abarca el reconocimiento y establecimiento de un problema, así como en la obtención de datos sobre éste por medio de la observación y experimentación, y la creación de hipótesis para solucionar el problema”.²⁹

Etapas de método clínico

El método clínico incluye Medición, inspección, palpación, percusión y auscultación. (En la evaluación abdominal, la secuencia es Inspección, auscultación, percusión y palpación). La realización de cada una de estas técnicas exige paciencia, práctica y un continuo perfeccionamiento.

²⁸ Iyer Op. Cit.: 57

²⁹ Potter Diana Odell; Minnie Bowen Rose. Estudio Clínico Integral. 1ª edición, México D.F. Ed. McGraww-Hill Interamericana: 4

- La medición: Consta de la toma de signos vitales y somatometría.
- La inspección: Es el proceso de Observación. Los ojos y la nariz son instrumentos sensibles que permiten recoger datos a lo largo de la exploración. Es el examen visual, es decir, la valoración usando la vista. La inspección es un proceso activo, no pasivo, debe ser sistemática, de manera que nada se pase por alto y se puede utilizar tanto luz natural como artificial.
- La palpación: Implica el empleo de las manos y los dedos para recoger información a través del tacto. Ciertas regiones de las manos y de los dedos son más adecuadas que otras para los distintos tipos de palpación. Es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto, se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles.
- La percusión: Es un método de exploración en la cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles, y consiguientemente ondas sonoras
- Auscultación: Es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa e indirecta.³⁰

La obtención de datos se realiza a partir de la historia de enfermería, la exploración física, los resultados de las pruebas de laboratorio y la información procedente de los miembros del equipo de salud de asistencia sanitaria y de la familia del paciente. Los datos recogidos durante la valoración debe ser descriptivos, concisos y completos no deben incluirse afirmaciones susceptibles de interpretación.³¹

Tipos de Datos

Hay cuatro tipos de datos y una base completa y exacta suele incluir una combinación de estos:

³⁰ Joyce E. Dains; Henry M. Seidel; Jane W. Ball. Manual Mosby de Exploración Física. 2ª edición, España. Ed. Mosby:25

³¹ Potter Patricia A.; Anne Griffin Perry Fundamentos de Enfermería Teoría y práctica. 3ª edición Ed. Harcourt: 125

- **Objetivos:** Consisten en información observable y medible. Se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del paciente.
- **Subjetivos:** Se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.
- **Históricos:** Consisten en situaciones o acontecimientos pasados que han tenido lugar en el pasado. Son importantes para identificar las características de la salud normal del paciente y para determinar experiencias pasadas.
- **Actuales:** Se refiere a acontecimientos que están sucediendo en este momento.³²

Validación

La vacilación de que la información que se dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico. Ayuda a evitar:

- Hacer asunciones
- Omitir información pertinente
- Mal interpretar las situaciones
- Extraer conclusiones o concentrarse en una dirección equivocada
- Cometer errores en la identificación de los problemas.³³

Guía de validación de datos

- Los datos que pueden medirse exactamente pueden aceptarse como hechos.
- Los datos que observa otra persona pueden ciertos o no.
- Validar la información dudosa, comprobando la de nuevos los propios datos, buscando factores que puedan alterar la exactitud ó comparando los datos objetivos y subjetivos.³⁴

Organización de datos

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Agrupar los datos

³² Iyer Op. Cit.: 38

³³ Alfaro Op. Cit.:63

³⁴ Ibidem: 64

sobre el estado de salud en grupos relacionados ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud.

Si se usa un instrumento de valoración bien diseñado, ya esta hecha gran parte de la organización por que el instrumento guía para anotar juntas las claves relacionadas. Puesto que los instrumentos de valoración no organizan toda la información, y dado que la valoración continuada con frecuencia se hace sin instrumento de valoración, existen diferentes formas de ordenar los datos:

- Agrupar los datos según la perspectiva enfermera: Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico, Por ejemplo se puede usar los patrones funcionales de Gordon, los patrones de respuestas humanas de la ANA, la pirámide de las necesidades de Maslow.

- Agrupar los datos según los sistemas corporales: Cuando se desea identificar datos que pueden indicar posibles problemas médicos, resulta útil el enfoque por sistemas corporales, por que los problemas médicos con frecuencia están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos o sistemas.³⁵

DIAGNÓSTICO

Concepto

El término diagnóstico de Enfermería se utilizó por primera vez en la década de los 50. En 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente. Un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. El profesional de enfermería será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud.³⁶

El diagnóstico es un juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. Es un análisis de los datos para identificar las capacidades

³⁵ Alfaro Op. Cit.:66

³⁶ Iyer Op. Cit.:93-95

y problemas reales y potenciales del paciente. Un diagnóstico 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. Sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión. La responsabilidad de la enfermera es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria. El diagnóstico de enfermería es identificado como componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.³⁷

Ventajas:

- Contribuyen a la identidad profesional.
- Mecanismo de expresión profesional
- Facilitan la autonomía
- Son la base para planear
- Ofrece a los pacientes cuidados de mayor calidad
- Permite el lenguaje común dentro de la profesión
- Facilitar la coordinación del trabajo entre enfermeras
- Desarrollar el saber enfermero

Errores en el proceso diagnóstico

El profesional de enfermería obtiene datos, identifica indicios, hace deducciones sobre el estado de salud del paciente y valida estos juicios con el propio paciente. El resultado de este proceso es un diagnóstico de enfermería. Si cualquier de estas etapas se realiza de forma incorrecta o incompleta, el diagnóstico puede no ser exacto. Son tres las fuentes principales de error en el proceso de diagnóstico. Estas con:

- Recolección incompleta o incorrecta de datos por:

³⁷ Christensen J. Paula; Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. 1993:141-162

- Problemas de comunicación: Hay diversos problemas de comunicación que pueden dar lugar a que la recogida de datos sea incorrecto o incompleta; como las barreras lingüísticas, el argot o jerga
- Ocultamiento de datos
- Interpretación errónea de los datos por:
 - Deducciones prematuras: Un tipo habitual de error es el desarrollo de un juicio antes de reunir o considerar toda la información importante.
 - Prejuicios personales: Estos y la falta de conocimientos de las prácticas y creencias populares pueden influir en la interpretación de los datos por parte del profesional de enfermería.
- Falta de conocimiento clínico o de experiencia: Esto puede afectar a la recogida e interpretación de los datos. Esto puede dar lugar a que no se reúnan datos fundamentales, que se agrupen indicios de forma incorrecta y que se interpreten indicios de forma incorrecta.³⁸

Normas

La formulación de un diagnóstico de enfermería se puede considerar una habilidad nueva. Con la práctica, el profesional de enfermería comprobará que el proceso de redacción de diagnósticos de enfermería se hace cada vez más fácil. Para ello se incluyen normas que ayudan a desarrollar diagnósticos redactados correctamente.

1. Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del paciente, en lugar de las necesidades de enfermería. Es decir el primer enunciado identifica la respuesta del paciente a la salud o la enfermedad.
2. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” ó “caudado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Redactar los diagnósticos sin juicios de valor. Deben de estar basados en datos objetivos y subjetivos recogidos y validados conjuntamente con el paciente.
5. Evitar la inversión de los enunciados. El primer enunciado es la respuesta humana, el segundo son los factores relacionados o de riesgo.

³⁸ Iyer Op. Cit.: 108-111

6. Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
7. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
8. Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.
9. No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
10. No indicar dos problemas al mismo tiempo, dificulta la información de los objetivos.³⁹

Tipos y componentes

- Real

Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales. Este representa un estado que ha sido clínicamente válido mediante características definatorias principales identificables.

Formato PES:

Problema + *Relacionado con* **Etiología** + *Manifestado por* **Signos y síntomas**

- Riesgo (potencial)

Juicio clínico sobre la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema.

Formulación en dos partes:

Problema + *Relacionado con* **Factores contribuyentes**

- Posible

Se sospecha de la existencia de un diagnóstico de Enfermería, pero se dispone de insuficiente información.

Formulación en dos partes:

Posible problema + *Relacionado con* Posibles **factores contribuyentes**

³⁹ Iyer Op. Cit.: 138-143

- Salud

Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel de bienestar a un nivel más elevado⁴⁰

Formulación: **Etiqueta diagnóstica**

Clasificación según la NANDA

Existen varias formas de expresar los diagnósticos de enfermería utilizando algunos sistemas diagnósticos. El sistema más utilizado fue el de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Este sistema fue adoptado por la Asociación Americana de Enfermería (ANA) como sistema de diagnóstico oficial de los Estados Unidos en 1988. La primera Conferencia Nacional sobre la clasificación de los diagnósticos aconteció en 1973 y dio lugar a la primera lista de los diagnósticos aprobados. Aproximadamente cada dos años se realizan las conferencias. Los miembros de la organización han continuado desarrollando y perfeccionando la lista de diagnósticos aprobados.

El diagnóstico es enviado a la NANDA y entra en el ciclo de revisión del diagnóstico. Cada uno de los diagnósticos debe de contener algunos y todos de los siguientes elementos:

- Designación: Proporciona un nombre al diagnóstico.
- Definición: Ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado.
- Características definitorias: Se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.
- Factores relacionados: Son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

Los diagnósticos aprobados por la NANDA se clasifican según la Taxonomía, que fue propuesta por el grupo de teóricos de enfermería convocada por la NANDA en 1978. Propusieron que los nueve patrones de respuestas humanas de la Persona Unitaria formaran el sistema para la organización de los diagnósticos. Los diagnósticos de

⁴⁰ Iyer Op. Cit.: 95-96

enfermería clasificados bajo cada patrón describen la forma en que responden a determinar estados de salud o enfermedad.

Estos nueve patrones son: de Intercambio, de Valoración, de Percepción, de Sentimientos de Relación, de Comunicación, de Movimientos, de Conocimientos, y de Elección.

La lista de diagnósticos continúa ampliándose a medida que los profesionales de enfermería identifican y validan designaciones que describen el campo de la práctica de la Enfermería.⁴¹

PLANEACIÓN

Concepto

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir los riesgos presentes en el paciente. Implica lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. Esta fase comienza después de la formulación de diagnósticos y concluye con la documentación real del plan de cuidados.⁴²

Tipos de Planeación

- Planeación inicial
- Planeación continua
- Planeación de alta

La planeación implica las siguientes actividades:

a) La Jerarquización

A cada problema identificado en el diagnóstico se le asigna un grado: Prioridad mayor, media o baja. Esto es enjuiciar pero también tiene que incluir el punto de vista del enfermo sobre la urgencia.

⁴¹ Iyer Op. Cit.: 122-123

⁴² Dugas, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2000:72-73

La asignación de prioridades esta influida por:

- Percepción del paciente
- Plan general de tratamiento
- Estado de salud del paciente

Tipos de Prioridad

- Alta: Dimensiones psicológicas y fisiológicas.
- Intermedia: Necesidades que no amenazan la vida.
- Baja: Necesidades que pueden afectar su futuro bienestar.⁴³

b) Establecimiento de Objetivos

Los objetivos son el centro de atención de la evaluación del profesional de enfermería para determinar la eficacia de las intervenciones. Sirven para dirigir las actuaciones de enfermería de forma individualizada.

Características de los Objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- Debe ser propio del sujeto o su familia.
- Debe ser observable y mensurable.
- Debe evolucionar con la situación.
- Su formulación incluye un verbo de acción.
- Puede afectar a diferentes campos: psicomotor, afectivo o cognitivo.
- Debe relacionarse con la parte “problema” del diagnóstico.

Tipos de Objetivos

- Corto plazo. Menos de una semana, son útiles en personas que necesitan cuidados durante periodos cortos como en enfermedades agudas.

⁴³ Kozier Bárbara, Gleonora. Enfermería fundamentada, conceptos, proceso y práctica Tomo1. 3ª edición. Madrid Ed. McGraw-Hill Interamericana 1999:140-141

- Largo plazo. Semanas o meses, se emplean preferentemente con los pacientes que viven en sus casas con problemas de salud crónicos o en clínicas de asistencias.⁴⁴

Los objetivos sirven para tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados, determinando si se ha conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones, ya que se sabe qué se pretende conseguir antes de poder decir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación, ya que pone un marco temporal para hacer las cosas.

Reglas para formulación de objetivos

1. Los objetivos identifican beneficios que espera ver el paciente después de brindar cuidados enfermeros.
2. El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.
3. Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el paciente después de realizar la intervención.
4. Para determinar los objetivos requiere que, invierta el problema.
5. Formular un objetivo más amplio y luego añadir los datos que demostrarán que el objetivo se ha logrado, ya que establecer objetivos claros ayuda a controlar los progresos del paciente.
6. Determinar si los objetivos son apropiados para el caso específico de su paciente.
7. Cerciorarse de que los objetivos son medibles en base a sus cinco componentes:
 - Sujeto: ¿Quién se espera que alcance el resultado?
 - Verbo: ¿Qué acción debe de hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?
 - Condición: ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?

⁴⁴ Potter Patricia. Op. Cit.:146

- Criterio: ¿En qué grado va a realizar la acción?
 - Momento específico: ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?
8. Usar verbos mensurables, es decir aquellos que describan exactamente lo que se espera ver.
 9. Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos.
 10. Ser realistas, colaborar con el paciente en su elaboración.⁴⁵

c) Tipos de Actuaciones

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

Características de las intervenciones

- Basarse en principios científicos de la fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Son individualizadas
- Deben de formularse de manera concisa, simple y concreta
- Se derivan de la Etiología.
- Responden a las preguntas: qué, cuándo, cómo, dónde, en que medida, con que frecuencia, quién.
- Buscan la autonomía o mayor bienestar del paciente.
- Deben de considerarse como el equivalente de la prescripción médica y estar firmada.
- Deben ser seguras y adecuadas para la edad, salud, etc.
- Son alcanzables con los recursos que se disponen.
- Son congruentes con los valores y creencias del paciente y otros tratamientos.

⁴⁵ Alfaro Op. Cit.:131-136

d) Documentación del plan

El Plan de cuidados coordina las intervenciones de enfermería, fomenta la continuidad del mismo, organiza, identifica, fomenta y administra los recursos utilizados. En el siguiente cuadro observaremos los diferentes tipos de planes de cuidados que conocemos:

TIPOS DE PLAN DE CUIDADOS

Tipos de planes	Ventajas	Desventajas
Individualizados	<ul style="list-style-type: none"> Permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige mucho tiempo.
Estandarizados	<ul style="list-style-type: none"> Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente. Son útiles en la enseñanza del profesional no familiarizado con los diagnósticos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser limitante, ya que es raro que todos los problemas del paciente se aborden en un solo plan.
Computarizados	<ul style="list-style-type: none"> Aumentan el potencial de documentación exacta y completa. La preparación del plan exige menos tiempo que el escrito a mano. Se leen fácilmente. El plan se realiza en la unidad del paciente. Se facilita la actualización frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> Se deberá disponer de una cantidad suficiente de ordenadores. Personal capacitado.
Multidisciplinarios	<ul style="list-style-type: none"> La asistencia del paciente esta reforzada por la comunicación cuando varias disciplinas comparten puntos de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> Se necesita tiempo para que el equipo se ponga de acuerdo.

Fuente: Christensen J. Paula; Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manual Moderno, 1993

Clasificación NIC

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones de enfermería comenzó en 1987 con la formación del equipo de conducido por Joane McCloskey y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez el año 1992.

Una Intervención la definen como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunicad, ya sean tratamientos indicados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales”. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención está estandarizado y que no deben de cambiarse cuando se usa el NIC para documentar los cuidados. Sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos. La clasificación se actualiza continuamente a través de un proceso continuo de retroalimentación y revisión. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, prevención y promoción de la salud.

Las 486 intervenciones de la tercera edición se han organizado en 7 campos y 30 clases. Cada campo incluye clases (a las que de 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 intervenciones, se construyó utilizando métodos de

análisis de semejanzas, agrupaciones jerarquizadas, juicio clínico y revisión de expertos.⁴⁶

EJECUCIÓN

Concepto

Es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones concretas para modificar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones deben de ser bastante detalladas y específicas para todo el personal de enfermería que entre en contacto con el enfermo, y que realice el procedimiento en la misma forma y en las horas indicadas, seguido de una documentación exacta y completa de los acontecimientos que se produzcan en esta etapa.

La ejecución Incluye:

- Preparación para el informe. Recibir un informe objetivo relevante a veces no es posible por diversos factores, pero se debe de informar sobre lo más relevante del paciente.
- Se deben de marcar prioridades durante la ejecución del plan así como en la planificación.
- Valorar a los usuarios antes y después de las intervenciones enfermeras es una parte crítica de la ejecución.
- Llevar a cabo las intervenciones significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determina la respuesta y hacer los cambios. La preparación fomenta la seguridad, bienestar y la eficiencia.
- Tras brindar cuidados enfermeros y evaluar las respuestas se deben anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas; esto ayuda a comunicar a otros

⁴⁶ Jonson Marion; Gloria Bulechek; et.al. Interacciones NANDA, NOC y NIC, .2ª Edición. Ed. Elsevier Mosby 2007: 4-7

profesionales el estado actual del paciente y da validación a nuestra labor realizada.

- Dar informe de cambio de turno, fomenta la comunicación para que los cuidados del paciente.⁴⁷

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, e incluye al paciente y a la familia así como a los demás miembros del equipo de salud. Las acciones de enfermería se basan en el conocimiento científico y el propio.

EVALUACIÓN

Concepto

La evaluación es una comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas. Es útil en varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación es una parte integral de cada componente del proceso de enfermería, comenzando con la valoración inicial, esta valoración es comparada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso. Las metas y los objetivos formulados en la etapa de planeación sirven como referencia de evaluación. Y durante la implementación, la enfermera observa la respuesta del paciente a las acciones de enfermería y decide si los patrones están ayudando al progreso del paciente; al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar prioridades en el plan de cuidados.⁴⁸

⁴⁷ Alfaro Op. Cit.: 164

⁴⁸ Christensen Op. Cit.: 193-205

La evaluación de los resultados es el proceso de determinar hasta qué punto se han logrado los objetivos. Es un paso extraordinariamente importante en el PAE en el que, como consecuencia, se trazan las conclusiones y se puede cambiar el plan.

Tiene tres componentes:

- a) Identificación de los criterios de los resultados: Sirve para establecer la clase de datos evaluativos que hay que recoger y para proporcionar un modelo para su enjuiciamiento.
- b) Recogida de datos: Se recogen los datos de forma en que se puedan trazar las conclusiones sobre su se han alcanzado los objetivos.
- c) Evaluación de la consecución de los objetivos: Se compara la información recogida con los criterios establecidos. La evaluación se realiza intencionadamente y de forma organizada. Es una actividad intelectual en la que los resultados del paciente se evalúan con respecto a los objetivos planteados.⁴⁹

Pasos

Evaluar un plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso de enfermería. Una vez se haya completado estos pasos, se decide si hay que continuar con el plan, modificarlo o darlo por finalizado. Se deben realizar los siguientes pasos:

- Determinar el logro de objetivos
- Identificar las variables que afectan el logro de objetivos, para ello se requiere analizar toda la información obtenida en la valoración.
- Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan:

Continuar con el plan si la persona no ha alcanzado los objetivos pero si no se ha identificado ningún factor que dificulte los cuidados y simplemente se requiera más tiempo.

⁴⁹ Kozier Barbara, Op. Cit.: 151-152.

Modificar el plan cuando se han logrado los objetivos, cuando detecta nuevos problemas o factores de riesgo o cuando identifica que los cuidados sean más efectivos.

Dar por terminado el plan si la persona ha conseguido los objetivos, no hay nuevos problemas o factores de riesgo y demuestra habilidad para cuidar de si misma.⁵⁰

La evaluación puede conceptualizarse de la siguiente manera:

a) **Estructura:** Mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente. Este enfoque se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de la organización del centro de salud.

b) **Proceso:** Mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso. Se centra en las actividades de enfermería. Puede ser concurrente ya que evalúa en el momento en que tiene lugar las intervenciones; retrospectiva ya que las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.

c) **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 enfermera. 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.⁵¹

⁵⁰ Alfaro Op. Cit.:191-193

⁵¹ Christensen Op. Cit.: 205

En el siguiente cuadro observaremos las características de las formas de evaluación.

FORMAS DE EVALUACIÓN		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<p>Propósito Mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.</p>	<p>Mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.</p>	<p>Mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermera.</p>
<p>Instrumentos o Medios Forma de la Comisión de la junta sobre hospitales.</p>	<p>Escala de clasificación de competencia de Enfermería.</p>	<p>Sistema Wisconsin Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.</p>
<p>Auditorías</p>	<p>Escala de calidad de los cuidados de Enfermería.</p>	
<p>Fuentes de datos Manuales de procedimientos Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de Enfermería.</p>	<p>CONCURRENTE La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La gráfica contiene evidencia de las acciones de enfermería realizadas.</p>	<p>CONCURRENTE El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.</p>
<p>Planes de orientación y programas de servicio. Niveles educativo del personal Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y Kárdex</p>	<p>RETROSPECTIVO La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.</p>	<p>RETROSPECTIVO La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.</p>

Fuente: Christensen J. Paula; Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manual Moderno, 1993: 195

A continuación se muestra en el siguiente cuadro los métodos de evaluación tomando en cuenta el Proceso y el Resultado.

METODOS DE EVALUACION DEL PROCESO Y RESULTADO	
PROCESO (Evaluación de enfermería)	RESULTADO (Evaluación del paciente)
<p>Concurrente</p> <p>PACIENTE: Preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera.</p> <p>ENFERMERA: Observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente.</p> <p>GRAFICA: Examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras estuvo el paciente en servicio.</p>	<p>PACIENTE: Observar los cambios del paciente que siguen en una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos y destrezas o habilidades nuevos.</p> <p>Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>
<p>Retrospectivo</p> <p>EXAMEN DE LA GRAFICA: Buscar datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los 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.</p>	<p>EXAMEN DE LA GRAFICA: 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 conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencia apropiada, después que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.</p>

Fuente: Christensen J. Paula; Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manual Moderno, 1993: 197

Clasificación NOC

El año de 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Jonson y Merodean Maar, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionaba con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez el año de 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo de los cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año de 2004 cuenta con 330 resultados agrupados en 31 dominios y 7 dominios para facilitar el uso. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retrospectiva de paciente.⁵²

1.3 MODELO VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

⁵² Jonson Marion. Op.Cit.: 5- 7

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación lo que ha ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Su experiencia teórica práctica la llevaron a preguntarse qué es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo medicalizado de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionará una identidad profesional propia. A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.⁵³

Conceptos principales

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

Enfermería

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".⁵⁴

Persona

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una

⁵³ Fernández Ferrín, Carmen, Gloria Novel Martí. El proceso de Atención de Enfermería, estudio de caso. 1ª edición España, Ed. MASSON S.A.,1999:3

⁵⁴ Marriner-Tomey: Virginia Henderson en: Modelos y teorías en Enfermería. 4ª edición, España. Ed. Harcourt, 2002: 102

unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Salud

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.⁵⁵

Independencia

Definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si 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.

El modo de de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad esta satisfecha, es totalmente individual.⁵⁶

⁵⁵ Fernández Ferrín. Op. Cit.: 4-5

⁵⁶ Fernández Ferrín. Op. Cit.: 6

Dependencia

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de las actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Los criterios de independencia deben de considerarse al igual que los de dependencia, de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).⁵⁷

Fuentes de la dificultad

La fuente de la dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad.⁵⁸

- a) **Falta de Fuerza:** Se interpreta 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 cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- b) **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.
- c) **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.

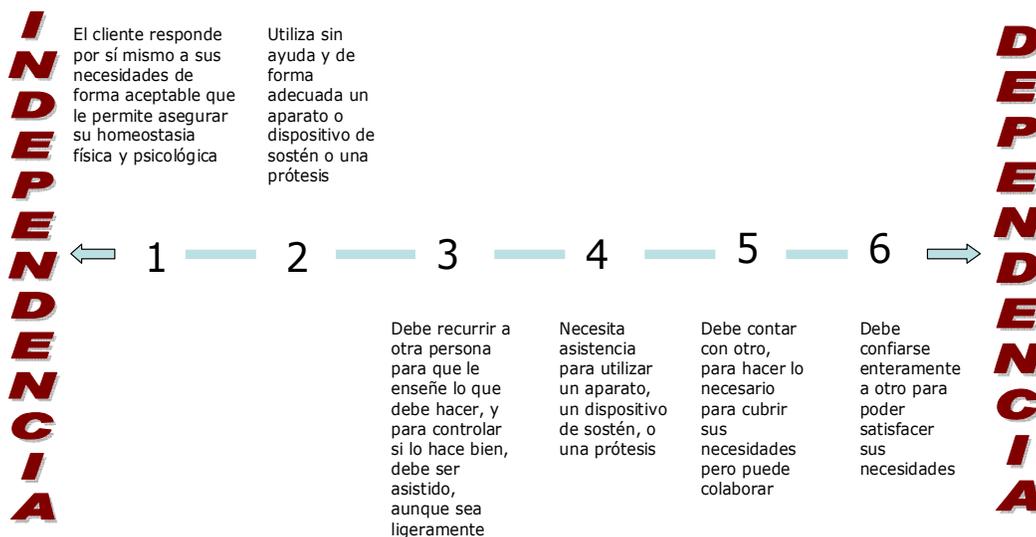
Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanentes.⁵⁹

⁵⁷ Fernández Ferrín. Op. Cit.: 6-7

⁵⁸ Riopelle, L. Grondin Cuidados de Enfermería. Madrid España. Ed. McGraw-Hill 1997: 4

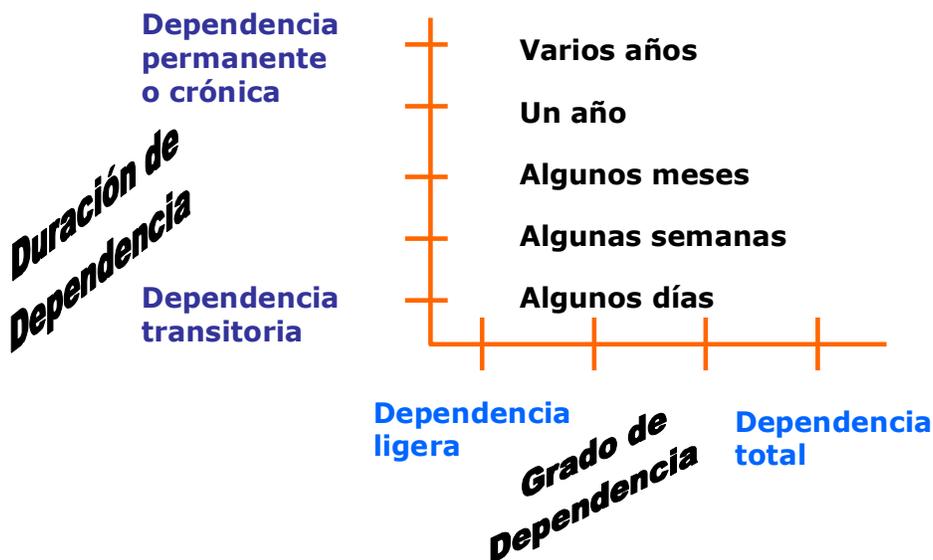
⁵⁹ Fernández Ferrín. Op. Cit. Pág. 7

Continuum Independencia - Dependencia



Fuente: Tomado de Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-McGraw Hill, p 31

Grafico que relaciona la duración y grado de dependencia de una persona



Fuente: Tomado de Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana-McGraw Hill, p 32

Necesidad

Todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

La autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Las catorce necesidades son:

1. Necesidad de 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 alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2. Necesidad de Comer y beber

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 energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. Necesidad de Eliminar

Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las parte del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. Necesidad de Dormir y descansar

Es una necesidad para todo ser humano, que debe de llevarse a cabo en las mejores condiciones y en calidad suficiente a fin de conseguir rendimiento del organismo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

Es una necesidad del individuo. Este debe de llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo de rigor del clima (frío, calor, humedad) y permite la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

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

Es una necesidad para el organismo. Este debe de conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1° y 38°, para mantenerse en buen estado.

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

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

9. Necesidad de Evitar Peligros

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

10. Necesidad de Comunicación

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Necesidad de actuar según sus Creencias y Valores

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

12. Necesidad de Realizarse

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. Necesidad de recrearse

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

14. Necesidad de Aprender

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 os con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.⁶⁰

Relaciones con otros profesionales

- Relación Enfermera-Médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación

⁶⁰ Riopelle, L. Grondin Op. Cit.: 7-68

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.
- Relación Enfermera-Paciente: 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.

Postulados

En los postulados que sostiene el modelo, para Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.⁶¹

Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de V. Henderson y están precisos en su definición mencionada anteriormente.

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.⁶²

⁶¹ Ibidem: 3

⁶² Riopelle, L. Grondin Op. Cit.: 3

Efectos mayores

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- Objetivo: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.
- Paciente. Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial.
- Intervenciones: El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- Consecuencias deseadas. Utilizando el modelo conceptual de V. Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir la independencia del paciente en la satisfacción de sus necesidades.⁶³

El Proceso de Atención de Enfermería forma parte de la identidad de la profesión por lo que es indispensable tener el conocimiento sobre este y de los diferentes modelos que podemos aplicar como lo es el caso del Modelo de las Catorce Necesidades propuesto por Virginia Henderson.

1.4 Aspectos Éticos

- **Ética en Enfermería**

El estudio de la ética, describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o grupal, deciden hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo. La ética es un tema de reflexión o, de tipo teórico. En primer lugar tiene el objetivo de comprender más que de decidir; se aparta para los demás temas de tipo práctico.

(Baelz, 1997)⁶⁴

⁶³ Riopelle, L. Grondin Op. Cit.: 3-5

⁶⁴ Graham Rumbold. Ética en Enfermería. 3ª edición. México D.F. Ed. McGRAW-HILL Interamericana; 2000: 1-4

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque *está bien*, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición una al bien propio y al de sus semejantes.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado.⁶⁵

⁶⁵ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. Cruzada Nacional por la Calidad de la Salud. México; Diciembre 2001: 4-5

- **Código de ética para Enfermeras y Enfermeros de México**

Las premisas constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social, que existió para alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario.

Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son. De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.⁶⁶

El Código de ética esta conformado por 6 capítulos; el primero se refiere a las disposiciones generales. El segundo contiene 8 artículos sobre los deberes de las enfermeras con las personas. El tercero contiene 8 sobre los deberes de las enfermeras como profesionistas. Cuarto trata de los deberes de las enfermeras con sus colegas en 5 artículos. El sexto trata de los deberes de las enfermeras con su profesión en 3 artículos. Y finalmente el sexto capítulo contienen 3 artículos sobre los deberes de las enfermeras para con la sociedad.

- **Principios**

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

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

⁶⁶ *Ibíd*em: 7-8

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

- 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.

- 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.

- Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

- 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.

- 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.⁶⁷

- Consentimiento Informado.- Todo paciente tiene derecho a otorgar su consentimiento por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, de los beneficios que se esperan o de las complicaciones que pudiese presentar a consecuencia del acto médico incluyendo estudios de investigación, o en su caso donación de órganos.

El consentimiento informado en caso de los menores se basa en la patria potestad que tiene los padres sobre los hijos.

⁶⁷ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. Cit.: 11-14

- **Decálogo de Enfermería**

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

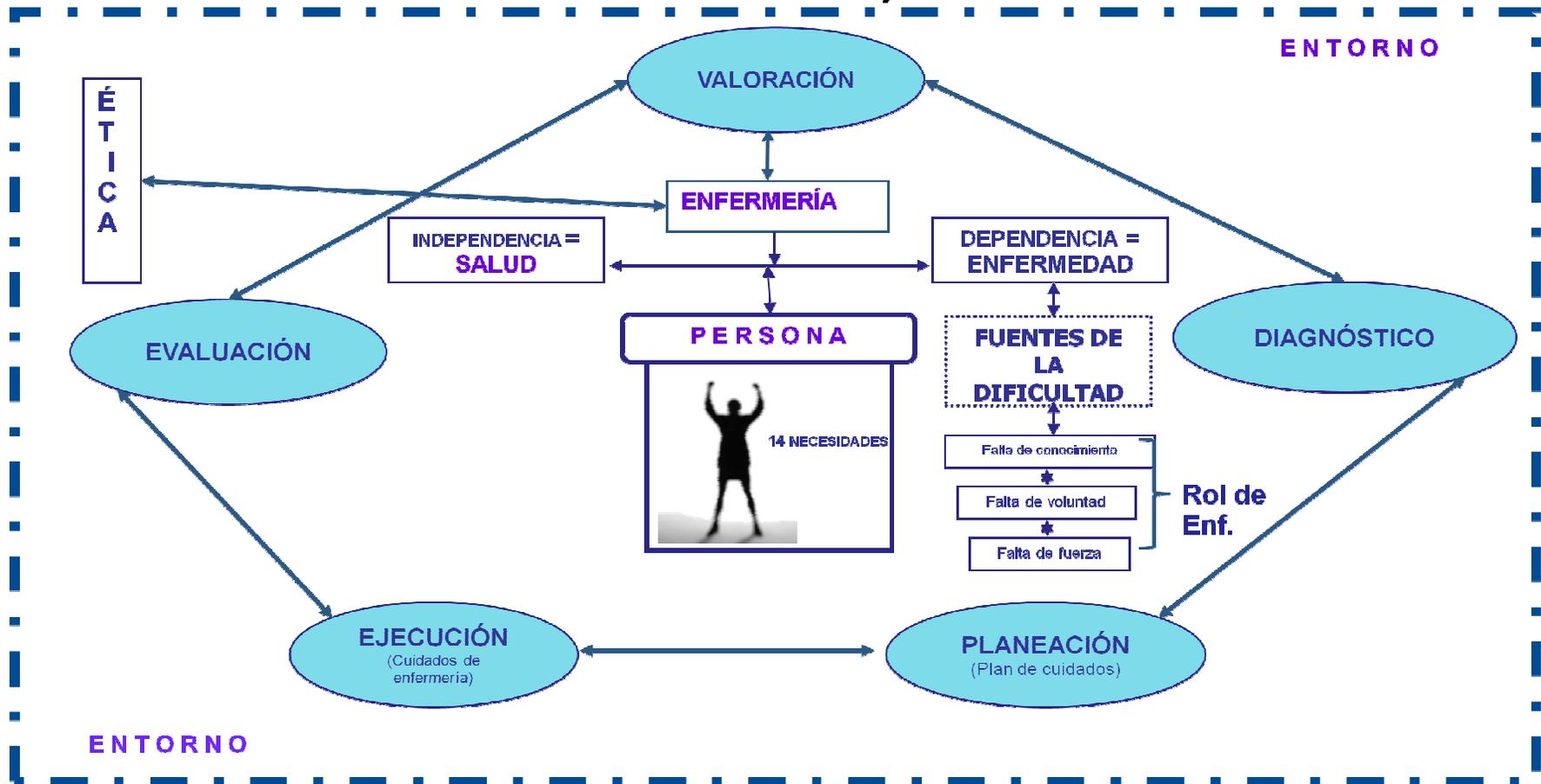
1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las 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 observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁶⁸

La ética forma parte de la profesión de enfermería los cuales nunca deben de ser separados en el ejercicio de esta, para que la atención sea de calidad se deben de tomar en cuenta los valores del paciente y los propios, así como las normas existentes.

En el siguiente esquema se muestra la relación entre el PAE y la filosofía de Virginia Henderson.

⁶⁸ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. Cit.: 19

La relación de los conceptos de la Propuesta de las necesidades y el PAE



Elaboró:
Lic. Sedano Mendoza Diana Elizabeth

La Propuesta filosófica de Virginia Henderson se encuentra presente en todo el proceso de atención de enfermería como se muestra en el esquema anterior, en donde se encuentra a la persona dentro de su entorno bio-psico-social y cultural, quien es eje del cuidado de enfermería. La persona cuenta con 14 necesidades básicas presentes en todo ser humano. Si estas 14 necesidades se encuentran presentes en la persona se dice entonces que esta en Independencia lo que significa que tiene Salud. Por el contrario si se encuentran alteradas estas 14 necesidades, la persona se encuentra en Dependencia lo que sugiere Enfermedad. Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad, que son los obstáculos o las limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente. Pero no debemos de olvidar las consideraciones éticas ya que estas siempre nos acompañarán durante el ejercicio de nuestra profesión.

1.5 Factor de Dependencia (Miocardiopatía Dilatada)

Concepto de miocardiopatía

Son procesos patológicos del miocardio, de etiología desconocida, que se instalan en forma progresiva y causan lesiones degenerativas en el tejido, que comprometen la función del corazón.⁶⁹

Clasificación

Se presenta fundamentalmente en tres formas:

a. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

Tiene un origen genético transmitido en forma autonómica de penetración variable. La patología consiste en la hipertrofia del tabique y pared libre del ventrículo izquierdo que, cuando el crecimiento muscular del tabique obstruye la salida del

⁶⁹ Martínez y Martínez Roberto. La salud del niño y el adolescente. 5ª Edición México D.F., Ed. El Manual moderno 2005: 1022

ventrículo izquierdo (VI), se le llama miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Histológicamente, existe hipertrófica y desorganización de los cardiomiocitos.

La obstrucción de la salida del VI origina mayor hipertrofia muscular, así se establece un círculo vicioso donde a mayor hipertrofia mayor obstrucción mayor hipertrofia. La paciente expresa disnea progresiva, palpitaciones, lipotimias y síncope. Puede presentarse muerte súbita hasta en 6% de los pacientes en edad pediátrica. En la EF, se escucha un soplo sistólico y accesorio aórtico, efectivo, de intensidad variable y un segundo ruido desdoblado (pero con desdoblamiento paradójico). Puede haber un soplo regurgitante en foco mitral por insuficiencia de la válvula mitral.⁷⁰

b. Miocardiopatía restrictiva

Es la menos frecuente de las tres formas de expresión de las miocardiopatías. Hay lesiones miocárdicas que puede obedecer a amiloidosis, sarcoidosis, hemocromatosis, glucogénesis.

Hay disminución de la distensibilidad ventricular, con dificultad al llenado ventricular y consecuente congestión venosa pulmonar y sistémica. El paciente tiene disnea, congestión visceral, plétora yugular, hepatomegalia y esplenomegalia. Puede haber ascitis.⁷¹

c. Miocardiopatía dilatada o congestiva.

Es la dilatación del VI, VD o ambos, generalmente grave, con disfunción sistólica y que invariablemente, se acompaña de hipertrofia. Es la más frecuente de las tres presentaciones de las miocardiopatías. La etiología puede ser genética (autosómica) dominante o recesiva), viral, inflamatoria, secundaria a fármacos, trastornos endocrinos, hematológicos o neuromusculares. Sólo se puede hablar de idiopática cuando se han descartado todas las causas posibles de miocardiopatía.⁷²

⁷⁰ Ibidem:1023

⁷¹ Martínez y Martínez Op. Cit.:1023

⁷² Behrman Richard E.; Robert M. Kliegona; Kal B. Json. Tratado de Pediatría Vol. II. 16ª edición. México DF Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2001:1565-1568

La miocardiopatía dilatada (MCD) puede ser considerada como un síndrome clínico y fisiopatológico caracterizado por disfunción miocárdica y dilatación del ventrículo izquierdo o de ambos ventrículos con hipertrofia inapropiada. Atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, sólo podrían incluirse en el término de miocardiopatía dilatada aquellos casos de causa desconocida, aplicándose el término de "enfermedad específica del músculo cardíaco" a los casos de miocardiopatía dilatada secundarios a otros procesos patológicos

Etiología

Aún en la actualidad, en la mayor parte de los casos de MCD la causa subyacente no llega a descubrirse, por lo que se siguen catalogando como primarios idiopáticos. Algunos de ellos se consideran residuos de miocarditis agudas virales que evolucionarían hacia miocardiopatía dilatada crónica por mecanismos autoinmunes. También parecen existir evidencias de asociación entre Hipertensión Arterial, pertenencia a raza negra, asma y otras enfermedades atópicas con MCD idiopática. La MCD puede ser secundaria a multitud de entidades patológicas, la mayoría de ellas muy infrecuentes. Puede derivarse daño miocárdico crónico de procesos infecciosos e inflamatorios, intoxicaciones por fármacos o metales, disturbios metabólicos y electrolíticos o enfermedades neuromusculares entre otros.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad afecta a todos los grupos de edad. Su comienzo es habitualmente insidioso, aunque, a veces, los síntomas de insuficiencia cardíaca aparecen de forma brusca. Son frecuentes la irritabilidad, la anorexia, el dolor abdominal, la tos debido a la congestión pulmonar y la disnea de esfuerzo. Los síntomas iniciales suelen desencadenarse con el desarrollo de actividades físicas, siendo generalmente los síntomas más precoces el cansancio fácil y la disnea de esfuerzo. Cuando la enfermedad está totalmente establecida, la piel se encuentra fría y pálida, el pulso arterial está disminuido, la presión diferencial es baja y existe taquicardia.⁷³

⁷³ Ibidem: 1566

La presión venosa yugular se incrementa y son frecuentes la hepatomegalia y el edema. El corazón aumenta de tamaño y se ausculta un soplo holosistólico de insuficiencia mitral y tricúspide. A menudo, se percibe un ritmo de golpe por sumación.

El paciente refiere disnea, fatiga, palpitaciones, lipotimias, síncope y edema de miembros inferiores. La EF muestra datos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Soplo de insuficiencia valvular mitral o tricuspídea. La radiografía del tórax muestra cardiomegalia, puede haber congestión venosa pulmonar y derrame pleural o pericárdico. El EGG muestra crecimiento del ventrículo izquierdo, crecimiento biauricular y trastornos de repolarización y de la onda T que sugiere infarto. Suele haber arritmias auriculares o ventriculares. El ecocardiograma permite ver la dilatación de la Aurícula izquierda y Ventrículo Izquierdo, con grosor de las paredes normal, pero disminución de la contractilidad muscular. La miocardiopatía dilatada se caracteriza por una cardiomegalia masiva secundaria a una dilatación extensa de los ventrículos, sobre todo del izquierdo.

La disnea, deriva de la congestión venosa pulmonar y constituye el síntoma principal de la insuficiencia cardíaca izquierda.

Diagnóstico

Exploración Física: Puede aportar datos orientativos para el diagnóstico sobre todo en fases avanzadas, ya que en fases precoces con sintomatología mínima o nula no suele ofrecer mucha información. La detección de signos de congestión venosa sistémica pasa por el examen de las venas del cuello en busca de hipertensión venosa yugular, la palpación del hígado para la detección de hepatomegalia y la observación de edemas en zonas declives. El origen cardiogénico de la hepatomegalia puede ponerse de manifiesto mediante la maniobra de Reflujo Hepato-yugular, que demuestra la incapacidad del corazón derecho para recibir el volumen extra de sangre movilizado por la compresión hepática. En casos

avanzados es posible la detección de ascitis, derrame pleural y esplenomegalia. La piel puede adquirir un tinte icterico y se produce una pérdida de peso que puede llegar a la caquexia.⁷⁴

Laboratorio: El electrocardiograma muestra una combinación de aumento de tamaño auricular, grados variables de hipertrofia ventricular izquierda y alteraciones inespecíficas de la onda T. La radiografía confirma la cardiomegalia y también puede mostrar congestión pulmonar y derrame pleural. El ecocardiograma revela dilatación de la aurícula y del ventrículo izquierdo y una escasa contractilidad. La afectación puede extenderse al ventrículo derecho.⁷⁵

Anatomía Patológica

El examen necrópsico del corazón muestra aumento del tamaño con dilatación de las cuatro cámaras. El espesor de la pared ventricular puede estar disminuido debido a la dilatación, aunque un incremento en el peso del corazón suele reflejar que la hipertrofia ha ocurrido. Las válvulas son anatómicamente normales, pero la mitral y la tricúspide pueden presentar dilatación de sus anillos y elongación de los músculos papilares. Las arterias coronarias suelen ser también normales, aunque la MCD puede coexistir con enfermedad coronaria. Con frecuencia se encuentran trombos murales en aurículas o ventrículos.

En el examen histológico puede aparecer un miocardio básicamente normal, aunque es frecuente la existencia de áreas de degeneración de las células miocárdicas con fibrosis, necrosis de fibras musculares e infiltración celular que será más pronunciada en pacientes con un proceso inflamatorio agudo. El examen microscópico suele mostrar gran hipertrofia de algunas fibras con agrandamiento nuclear llamativo, junto a atrofia de otras. Cuando se produce fibrosis patológica, hay un aumento de las fibras de la matriz que da lugar a una disminución de la flexibilidad del miocito que tiene como consecuencia una disminución de la distensibilidad ventricular. Esto

⁷⁴ Espino Vela Jorge. Cardiología Pediátrica. 3ª Edición México D.F., Editores Méndez S.A. De C.V. 1994: 514-516

⁷⁵ Ibidem: 514-516

puede contribuir al fallo diastólico presente en la miocardiopatía dilatada. Puede coexistir una fibrosis endocárdica si se ha producido una situación de fracaso cardíaco congestivo prolongado.

Pronóstico y tratamiento

La evolución de la enfermedad suele consistir en un deterioro progresivo, aunque algunos pacientes permanecen estables durante años. El tratamiento enérgico de la insuficiencia cardíaca induce una remisión temporal, pero las reactivaciones son frecuentes y, con el tiempo, los pacientes tienden a tomarse resistentes a la medicación.

Es preciso vigilar estrechamente a los pacientes con depresión intensa de la función miocárdica y, en caso de que aparezca arritmia, instaurar un tratamiento enérgico con antiarrítmicos o con desfibrilador-cardioversor implantable automático con warfarina por vía sistemática. Se han empleado bloqueantes B- adrenérgicos como el metoprolol y el carvedilol para algunos adultos con miocardiopatía y se ha descrito una mejoría de la capacidad de esfuerzo y, en algunos estudios, una reducción de período de hospitalización y de mortalidad. La experiencia con estos fármacos en los niños es muy limitada en la actualidad. Cuando el tratamiento médico fracasa, se recurre al trasplante.⁷⁶

En los casos de disfunción ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca, los objetivos del tratamiento son la mejoría de la sintomatología y la calidad de vida de los pacientes, así como la prolongación de la supervivencia a largo plazo. Una gran variedad de fármacos son potencialmente útiles para mejorar la sintomatología, capacidad funcional y calidad de vida de estos pacientes, pero no todos ellos consiguen mejorar la supervivencia a largo plazo.

⁷⁶ Behrman Richard. Op. Cit.: 1567

Los *Inhibidores de la E.C.A.* han conseguido mejorar la sintomatología, el pronóstico y la supervivencia de pacientes con MCD en todos los estadios funcionales.

Los *Diuréticos* constituyen otro pilar fundamental del tratamiento de pacientes con MCD y sintomatología congestiva, asociados a los Inhibidores de la E.C.A. Sin embargo, y dados sus posibles efectos contraproducentes al estimular el eje neurohormonal, en la actualidad se recomienda la disminución de la dosis e incluso su supresión del tratamiento cuando la sintomatología se encuentre controlada, y siempre con un estrecho control clínico del paciente.

La *Digoxina* tiene una utilidad clara en pacientes sintomáticos en Fibrilación Auricular. En pacientes con insuficiencia cardiaca y en ritmo sinusal su uso podría ser más discutido, reservándose para los casos más severos con sintomatología persistente a pesar del uso de Inhibidores de la E.C.A. y diuréticos.

Otros fármacos no han demostrado efectos beneficiosos sobre la supervivencia en pacientes con MCD sintomática. Es el caso de Antagonistas del Calcio o vasodilatadores. Los betabloqueantes pueden tener efectos beneficiosos en algunos subgrupos de enfermos, pero deben ser empleados con sumo cuidado en pacientes con disfunción ventricular severa.

En casos de insuficiencia cardiaca severa, frecuentemente se precisa hospitalización del paciente para control de los síntomas y tratamiento intravenoso. El tratamiento básico es similar al caso previo con Inhibidores de la E.C.A., digoxina y diuréticos, pudiendo ser necesario sumar fármacos inotrópicos intravenosos y vasodilatadores.

Anticoagulantes. En pacientes con disfunción ventricular izquierda severa, existe una considerable tasa de embolismo pulmonar y sistémico. Este fenómeno se ha puesto en relación con los grados más severos de disfunción ventricular, con la presencia de trombos intracavitarios por ecocardiografía, con el antecedente de tromboembolismo previo y con la presencia de fibrilación auricular crónica o paroxística, por lo que se recomienda el tratamiento anticoagulante en estos casos.

Tratamiento antiarrítmico: Aunque la presencia de arritmias ventriculares potencialmente mortales es relativamente frecuente en la MCD, no está claro el efecto beneficioso sobre la supervivencia de la supresión con antiarrítmicos de la extrasístole ventricular o la taquicardia ventricular asintomática.

Trasplante cardiaco: El único tratamiento eficaz es el trasplante cardíaco. Este se indicará en aquellos grupos de pacientes con menor probabilidad de supervivencia a corto plazo, dado el escaso número de donantes, el elevado riesgo operatorio y la morbilidad posquirúrgica. Un peor pronóstico a corto plazo.

2. METODOLOGIA DE ESTUDIO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente adolescente quien procede del estado de Tlaxcala y actualmente reside en el Distrito Federal desde hace 14 años. Pertenece a una familia nuclear la cual esta integrada por su padrastro, su mamá y dos hermanas; desconoce a su padre biológico y considera papá a la pareja de su madre ya que convive con él desde que tenía cuatro años, las relaciones afectivas entre ellos dos son fuertes al igual que con su mamá y sus hermanas.

Evelyn fue producto de la gesta I, bajo control, prenatal, lloró y respiró al nacer no necesito maniobras de resucitación, con un peso de 3,250 gr. Sonrisa social al mes de edad, sostén cefálico a los 3, sedestación a los 6 meses, deambulo a los 13 meses y controlo esfínteres a los 18 meses aproximadamente. Cuenta con cuadro básico de vacunación completo.

Se refiere haber cursado por cuadros recurrentes de Neumonía a partir de los 3 meses por lo que tenía que ser hospitalizada.

A los 4 años se le diagnóstica asma, actualmente no ha presentado sintomatología desde hace un año. A los 6 años presenta escarlatina sin complicaciones.

A los 8 años es operada por una hernia inguinal.

Antecedentes de Dependencia

Inicia su padecimiento desde hace tres años. Conocida por el Hospital Infantil de México desde el 2005 siendo referida por una unidad de salud de segundo nivel con los Diagnósticos de Hepatitis B, Insuficiencia Cardíaca y Asma. De acuerdo a estudios y análisis clínicos se le diagnostico Miocardiopatía Dilatada; desde entonces ha tenido múltiples internamientos por Insuficiencia Cardíaca y Choque Cardiogenico manejado con aminas. En este año se han referido alrededor de 5 internamientos.

El primer ingreso fue en Agosto después el día 24 de Septiembre del presente año, requiriendo apoyo aminérgico. Donde comenzó a presentar crisis de angustia durante el día y la noche. Se decide destetarla de las aminas no obteniendo buena respuesta, se realizan varios intentos hasta lograrlo, al siguiente día es dada de alta, días después, 12 de octubre ingresa nuevamente por urgencias con vómito, cefalea, palidez, hipotensión, dolor abdominal intenso; donde se inicia manejo inmediato con aminérgico intentando destetarla. Ya encontrándose en el servicio de pediatría 3 y 4 da tratamiento con Levosimendan obteniendo buena respuesta. Dos días después es dada de alta. El 22 de octubre acude a su consulta a cardiología presentando vómito con contenido alimenticio iniciando desde las 5 de la mañana, cinco veces. El día 29 de octubre llega a urgencias con hipoventilación, estertores finos y borde hepático de 12x12x8 con hepatalgia de dos días progresivo de tipo opresivo en hipocondrio, el abdomen estaba aumentado en tamaño, cefalea de inicio súbito. Inician manejo con dobutamina. Nuevamente es dada de alta.

El ultimo internamiento es el día 8 de noviembre presentó dificultad para respirar, dolor abdominal, cefalea, nauseas, hipotermia. Actualmente la paciente se nota más tranquila, los cuadros de crisis nerviosas disminuyeron, esta programada para ser dada de alta para el día 15 de noviembre.

La paciente se encuentra en protocolo de Trasplante Cardiaco.

SIGNOS VITALES	SOMATOMETRIA	EXAMENES DE LABORATORIO	
FC: 122x´ FR: 18 x´ T/A: 90/60 mmHg Temp.: 35.7 °C	Peso: 32 Kg. Talla: 1,55 cm. PA: 62 CM PC: 53 cm. P. Braquial: 18cm	Hb: 8.8 Saturación de O2: 95% Química Sanguínea Glucosa: 83 BUN: 38 Creatinina: 0.8 Sodio: 125 Potasio: 4.8 Cloro: 85 Calcio: 8.9 Magnesio: 2.2	Leucocitos: 14,500 Neutrofilos: 73% Linfocitos: 13% Eosinofilos: 0% Basófilos: 1% Monocitos: 5% Coagulación: TP: 21.4 TPT: 29.5 Densidad urinaria: 1010

Habitus Externo

Adolescente de edad aparente igual a la cronológica (14 1/12), fenotípicamente femenina, bien conformada, simétrica en ambos hemicuerpos, integra en todo su cuerpo. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Piel morena clara con palidez de tegumentos, facies de cansancio con sonrisas espontáneas. Viste pijama hospitalaria cuadriculada rosa de algodón limpia no despiden olores desagradables, no se encuentra peinada el cabello tiene aplicaciones de luces con descoloramiento de este. Su lenguaje es coherente y claro con tono de voz bajo. Posición libremente escogida en cama, para la marcha necesita ayuda.

Valoración de las Necesidades en Dependencia

*** Necesidad de Oxigenación**

Se encuentra en dependencia ya que la paciente cuenta con un diagnóstico de Miocardiopatía dilatada, con insuficiencia cardíaca y respiratoria, con antecedentes de choque cardiogénico, la madre refiere que ha necesitado fase de ventilación III en hospitalizaciones anteriores.

La paciente presenta tos no productiva con dolor de garganta, la cual si es en exceso empieza con sensación nauseoso.

La paciente presenta dificultad respiratoria cuando se mueve mucho o realiza alguna actividad. Tiene antecedentes de apoyo de aminoras con dificultad para retirarla, solo dura pocos días sin estas y nuevamente inicia con datos de insuficiencia cardíaca y respiratoria.

A la exploración la piel se encuentra fría y pálida, con equimosis en varios sitios de los miembros torácicos por múltiples punciones. Llenado capilar de 2 segundos. La nariz se encuentra alineada en forma de aguiliana, sin presencia de secreciones, es respirador nasal, a la palpación no hay presencia de dolor. La cavidad bucofaringea se muestra los labios sonrosados con mucosas secas con descamación de los labios. El cuello es corto, cilíndrico, la tráquea se encuentra centrada con pulsos carotídeos presentes rítmicos con relación al pulso radial de ambos lados.

A la inspección del tórax se observa simetría, piel seca, patrón respiratorio normal. A la palpación no hay presencia de dolor ni abultamientos. A la percusión se perciben sonido mate en región cardíaca y timpánico en campos pulmonares. A la auscultación de campos pulmonares se perciben ruidos de murmullo vesicular en ambos pulmones; ruidos cardíacos irregulares de buena intensidad.

La radiografía del tórax muestra cardiomegalia.

Signos vitales

FC: 122x' FR: 18 x' de ritmo regular T/A: 90/60 mmHg

Pulso: 90 x' de ritmo regular.

Exámenes de Laboratorio

Hb: 8.8

Saturación de O₂: 95%

*** Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Esta necesidad se encuentra alterada ya que la paciente debido a su padecimiento a tenido que cambiar su dieta ahora es hiposódica libre en irritantes. Por otra parte le ha provocada falta de apetito ya que ha tenido periodos de procesos nauseosos.

Cuenta con el diagnóstico de desnutrición de primer grado con un déficit del 18%.

Su peso antes de enfermarse era de 40 kilogramos actualmente pesa 32kg. Aunque se refiere que su apetito es bueno sus horarios de alimentación son regulares, consume alimentos de todos los grupos aunque no le agradan las verduras.

Por parte de Nutrición tiene indicados licuados para subir de peso los cuales los debe de ingerirse tres veces al día.

Tiene restricción hídrica de 800 ml.

Peso: 32 Kg. Talla: 1,55 cm. PA: 62 CM PC: 53 cm. P. Braquial: 18cm

La paciente se encuentra baja en peso y talla de acuerdo a los percentiles. En peso se encuentra en la percentil menor de la 5. Y para la talla se encuentra en la percentil 25.

La paciente debería de contar con un peso aproximado de 50 kg y una talla de 1,60 cm.

A la exploración, la piel de la paciente es seca y pálida con equimosis en brazos. A la inspección de la boca, esta se encuentra sonrosada con ligera sequedad de los labios, hinchía sonrosada, la lengua tiene movimientos simétricos. La paciente cuenta con piezas cariadas no tratadas, el 1er molar inferior derecho, el 2º premolar inferior derecho se le ha ido cayendo en pedacitos. El 1er molar superior derecho cuenta con caries con tratamiento de amalgama. La paciente refiere que la comida se le queda en la muela que se le esta cayendo en pedacitos ya que ha quedado un hueco y que en ocasiones le llega a dolor.

El abdomen se observa de coloración uniforme, cuenta con una cicatriz quirúrgica en la línea media umbilical, de tiempo. Se auscultan los ruidos abdominales; a la palpación se detecta ligero dolor en hipocondrio derecho, a la percusión se perciben sonidos timpanitos.

Química Sanguínea

Glucosa: 83 Sodio: 125 Potasio: 4.8 Cloro: 85 Calcio: 8.9 Magnesio: 2.2

* **Necesidad de Eliminación**

Esta necesidad se encuentra alterada, ya que presenta problemas para evacuar, ella padece de estreñimiento y para remediarlo ingiere leche de magnesia y laxantes también consume papaya. Sus deposiciones fecales son duras.

Orina alrededor de cinco veces al día en un total aproximada de 940 a 1240 al día. Esta bajo control estricto de líquidos así como balance de estos. Su orina es amarilla. Llega a presentar en ocasiones periodos de náuseas que en ocasiones llegan al vómito con contenido alimenticio de 100ml. aproximadamente en varias ocasiones.

Por otra parte es una adolescente inició su menstruación a los 13 años de ritmo irregular, pero que desde junio de este año fue la última vez que se presentó su menstruación.

A la exploración la piel se encuentra pálida, no hay datos de diaforesis, sin edema y los ojos un poco hundidos. La boca se encuentra semihidratada.

Densidad urinaria: 1010 BUN: 38 Creatinina: 0.8

* **Necesidad de Moverse y mantener una buena postura**

Esta necesidad se encuentra alterada debido a que la paciente presenta debilidad generalizada, lo que le dificulta la deambulacion la cual debe de realizarla con apoyo de otra persona por periodos cortos. Debe de hacer uso de la silla de ruedas para trasladarse del su cama al baño, o algún otro lugar esto lo realiza tanto en su casa como en el hospital.

Anteriormente realizaba ejercicio pero esta actividad la ha tenido que dejar debido a la falta de fuerza y la disnea que presenta al realizar actividades.

A la exploración física se observa debilidad generalizada con dificultad para incorporarse de la cama y deambular. Los ojos tienen movimientos oculares normales y coordinados. En el cuello cuenta con los movimientos de rotación, extensión y flexión sin dificultades. La columna vertical se encuentra alineada sin datos de dolor. La paciente cuenta con una fuerza muscular de grado 2 en miembros pélvicos. En miembros torácico en grado 4.

Su rotación es normal. Su posición sentada es encorvada al igual que al caminar.

* **Necesidad de Realización**

Esta necesidad se encuentra dependencia debido a que la paciente cuenta con muchas aspiraciones una de ellas es llegar a ser Cardióloga o Enfermera pero teme de que no pueda cumplirse esa meta.

A la paciente le gusta mucho estudiar, es lo que le ha causado mayor satisfacción, pero ahora no puede lograr por completo este gusto por la escuela ya que presenta periodos de hospitalización repetitivos y su tratamiento es largo.

Además se encuentra esperando un donador de Corazón, lo que será una gran satisfacción para ella y su Familia obtenerlo. Por otra parte, en la valoración inicial de la necesidad, la paciente muestra indiferencia hacia los demás y hacia el tratamiento, se nota apática y mal humorada.

* **Necesidad de vivir según sus valores y creencias**

Esta necesidad se encuentra en dependencia ya que la paciente se encuentra en la etapa de negación del duelo, la paciente se muestra enojada, con mal humor, no habla mucho, pelea con su madre. Presenta periodos de tristeza prolongados, además sufre de crisis nerviosas para lo cual es necesario que ingiera medicamento para controlarlas. Ha crecido y vivido profesando la religión católica.

Considera que su enfermedad es como una prueba que dios le puso para ver que tan fuerte es; aunque le cuesta aceptar su estado de salud por el cambio que tuvo que dar su vida. La paciente refiere que ha sido educada por sus padres inculcándole valores, y el más importante para ella es el amor a su familia.

A la exploración física, no se observa ninguna prenda de vestir referentes a su religión.

* **Necesidad de Comunicación**

Al interrogatorio de la madre refiere que su hija anteriormente le gustaba convivir con sus hermanas pero recientemente se molesta con ellas, era muy alegre pero ahora se nota triste, se enoja con facilidad, no le gusta hablar mucho y presenta periodos de crisis nerviosas. La paciente se le dificulta expresar sus emociones y sentimientos verbalmente, en ocasiones se aísla de los demás. Durante los periodos de hospitalización su madre es quien cuida de ella y a la que le tiene más confianza en todos los aspectos.

En la exploración física se observa tristeza, no entabla comunicación verbal, el tono de voz es bajo. En la valoración de los sentidos del gusto, vista, tacto, olfato y audición no se observaron alteraciones relevantes.

* **Necesidad de Descanso – sueño**

Esta necesidad se encuentra en dependencia debido a que la paciente acostumbra a dormir alrededor de 9 horas, de las 22:00 a las 7:00, pero se despierta en las noches debido a que le realizan procedimientos o rutinas del hospital. Refiere que duerme alrededor de 9 horas, pero durante los internamientos se despierta antes de lo deseado, antes de dormir acostumbra a cepillarse los dientes y ver la televisión. La paciente refiere no tener pesadillas durante el sueño.

Generalmente por las noche es cuando presenta las crisis nerviosas, para estas tiene indicado un medicamento el cual anteriormente era indicado tres veces al día y ahora ha disminuido la dosis solamente administrarlo por las noches para que la paciente pueda descansar mejor.

En la exploración física, se inspecciona la cara observando palidez de tegumentos y ojeras en la región peri orbitaria, con facies de cansancio.

* **Necesidad de seguridad y protección**

Se encuentra alterada debido a que la paciente cuenta con inmunosupresión debido a todas las complicaciones que conlleva su diagnóstico principal.

Al interrogatorio la madre responde que las emociones de su hija si influyen en la protección física, psicológica lo cual se observa cuando le dan lapsos de crisis nerviosas. Por otra parte la paciente refiere conocer algunas medidas de prevención de accidentes o enfermedades.

A la exploración física la piel se encuentra seca y delgada, con múltiples lesiones debido a los procedimientos invasivos que le han realizado como lo son instalación de catéter central en dos ocasiones y de accesos venosos periféricos., las mucosas orales se encuentran secas y los labios también con descamación de estos en ocasiones con ligero sangrado; a la palpación de la piel en distintas partes del cuerpo no hay datos de dolor.

Leucocitos: 14,500

Neutrófilos: 73% Linfocitos: 13% Eosinófilos: 0% Basófilos: 1% Monocitos: 5%

Coagulación: TP: 21.4 TPT: 29.5

* **Necesidad de Juego y Recreación**

Esta necesidad se encuentra alterada ya que la paciente antes de que su enfermedad se complicara más le gustaba salir con sus amigas ya sea al parque a jugar básquetbol o al cine, actualmente la paciente no puede realizar muchas de las actividades que antes hacía, le gusta hacer manualidades en el hospital, por ejemplo días antes de la época del día de muertos realizó algunos adornos, pero en esta última hospitalización ya no le dio tiempo de traer su material para realizar alguna otra manualidad, en ocasiones se pone a leer, dibujar o hacer tarea pero refiere que se aburre.

En su casa la madre refiere que antes jugaba con sus hermanitas pero actualmente que tiene un mal humor y ya no le agrada jugar con ellas.

* **Necesidad de Vestirse y desvestirse**

Esta necesidad se encuentra en dependencia, la paciente refiere que le cuesta trabajo agarrar y manipular los objetos, presenta agotamiento físico y falta de fuerza lo que le impide realizar todas las actividades de vestido y desvestido por sí sola por lo que recurre a su madre para completar esta actividad. Anteriormente sí podía realizar estas actividades pero poco a poco fue perdiendo fuerza. Refiere que le gusta vestirse a la moda y de acuerdo al clima pero sin abrigarse mucho, para ella la ropa significa comodidad.

A la exploración se observa que la paciente no es autónoma para vestirse sobre todo necesita ayuda para colocarse calcetines y el pantalón, se nota fatiga y falta de fuerza corporal para realizar el cambio de ropa, ella escoge su ropa.

* **Necesidad de Higiene y protección de la piel**

Se encuentra en dependencia ya que la paciente presenta dificultad en realizar las actividades de higiene como son el baño, el cepillado de dientes, lavado de manos, el cuidado del cabello, entre otras actividades más. Para lo cual su madre y cuidador primario (enfermera) le ayudan a realizar estas actividades. Refieren que el baño lo realiza diario o si hace mucho frío solo cada tercer día. A la paciente la bañan en silla

de ruedas debido a que no cuenta con la fuerza suficiente en los miembros pélvicos para mantenerse de pie.

A la exploración física el cabello se observa limpio y desenredado, aunque la madre refiere que necesita un cambio de shampoo por que el del hospital le deja caspa. La piel en general se encuentra limpia y reseca, los genitales se encuentran limpios; no despide olores desagradables. La uñas son cortas y se encuentran limpias. Durante el baño se observó que la madre es quien lo realiza mientras la paciente se encuentra en su silla.

* **Necesidad de Termorregulación**

Al interrogatorio la madre refiere que su hija acostumbra a consumir sus alimentos tibios, y que la mayoría de la ropa que usa son pantalones de mezclilla, blusas de algodón. No le agradan mucho las chamarras, gorros, bufadas y guantes o suéteres grandes o gruesos no le gusta usarlos aunque haga frío. Refieren que la habitación en la que se encuentra es muy fría por las noches. La madre trata de cubrir adecuadamente a la paciente pero a ella no le gusta cubrirse, refiere no tener frío.

A la exploración física se observa la piel seca, con llenado capilar de 2 segundos, con piloerección, a la palpación la piel se encuentra fría en todo el cuerpo.

Temperatura: 35.7°C

* **Necesidad de Aprendizaje**

Esta necesidad se encuentra en dependencia debido a que la paciente interrumpió su ciclo escolar lo cual para ella fue un golpe fuerte debido a que le gusta mucho estudiar; el ciclo que debería de estar cursando es tercero de secundario el cual ya no inicio porque fue el tiempo en el que presentó mayores malestares sobre su padecimiento presentando múltiples internamientos.

Por otra parte tanto madre como hija tratan de poner atención sobre la información que les proporcionan el personal de salud sobre su enfermedad. Desconoce que cuidados debe de tener después del trasplante cardiaco y eso le angustia a ella y su familia.

Evelyn ha mostrado interés en sobre el conocimiento de la toma de signos vitales especialmente de la Presión Arterial pero no tiene los recursos de información para aprender sobre estos temas.

A la exploración física de los sentidos, no se observaron alteraciones en estos.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Para la realización del estudio de caso se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en base a la teoría de Virginia Henderson. La valoración de la paciente inicio con la aplicación de una historia clínica denominado “Valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 13 a 18 años” el cual fue proporcionado por la escuela, la cual fue necesario realizarla en tres momentos debido a que la paciente se notaba cansada. Este instrumento consta de varios apartados: los datos demográficos, familia, mapa familiar, antecedentes, valoración de las necesidades de alimentación, eliminación, oxigenación reposo-sueño, vestido, termorregulación, movilidad, comunicación, higiene, religión (valores y creencias), seguridad y protección, aprendizaje, realización, otros datos, se incluye un cuadro para jerarquizar las necesidades, otro para jerarquizar los diagnósticos, plan de atención de enfermería y plan de alta.

Así mismo se le realizó la exploración física en base al método clínico. También se recabo información de fuentes secundarias como el expediente clínico y los familiares.

Hasta el momento se han realizado 10 valoraciones focalizadas utilizando el instrumento de reporte diario, el cual contiene los siguientes apartados: Nombre completo, sexo, edad del paciente, nombre de la necesidad valorada, Datos históricos (interrogatorio), registro de datos objetivos y otros, datos subjetivos: Observación general, exploración de la necesidad (exploración física cuando corresponda); fuentes de la dificultad, diagnósticos de enfermería, comentarios, incluye dos esquemas para determinar el nivel de independencia o dependencia el continuum de independencia-dependencia y el gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia propuestos por Phaneuf.

2.3 PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Con los datos recabados de la valoración se identificaron las necesidades alteradas así como las fuentes de la dificultad, lo que permitió la realización de diagnósticos con el formato PES y utilizando la taxonomía de la NANDA.

Con los datos obtenidos de la historia clínica y las 10 valoraciones focalizadas efectuadas, se realizaron 13 diagnósticos reales y uno de riesgo.

A continuación se presentan los diagnósticos considerando su prioridad.

Dependencia en la perfusión cardiopulmonar relacionada con disminución del transporte de oxígeno manifestado por disnea de medianos esfuerzos, arritmias, taquicardia, piel fría y pálida.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Oxigenación	14 de Octubre 2008	Falta de fuerza	Grado 6 temporal	Alta

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes manifestado por peso corporal inferior en un 18% al ideal, palidez de conjuntivas y de mucosas.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Nutrición	14 de Octubre 2008	Falta de fuerza	G 5 de algunos meses	Alta

Intolerancia a la actividad física relacionada con falta de fuerza para realizar las actividades de la vida diaria manifestada por frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad y disnea de pequeños esfuerzos.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Movimiento y postura	27 de Octubre 2008	Falta de fuerza y de voluntad	Grado 6 de algunos meses	Alta

Estreñimiento relacionado con Actividad física insuficiente manifestado por defecación dificultosa y eliminación de heces duras, secas y formadas.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Eliminación	22 de Octubre 2008	Falta de fuerza y de Voluntad	G 4 de algunos días	Alta

Afrontamiento inefectivo relacionado con falta de conocimiento en la capacidad para afrontar su enfermedad manifestado por indiferencia, apática, malhumor.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Realización	14 de Octubre	Falta de conocimiento y voluntad	Grado 5 de algunos meses	Alta

Duelo anticipado relacionada con etapa de negación de su padecimiento manifestada por tristeza, alteración en los patrones de comunicación, mal humor y alteración del nivel de actividad.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Creencias y valores	16 de octubre	Falta de voluntad	Grado 5 de algunos mees	Alta

Deterioro de la comunicación verbal relacionada con falta de voluntad para establecer contacto con las personas manifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente, y negativa para hablar.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Comunicación	16 de octubre	Falta de voluntad	Grado 4 de algunas semanas	Alta

Deterioro del patrón del sueño: despertar antes de lo deseado relacionada con interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por facies de cansancio, ojeras y ansiedad.

Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Descanso y sueño	10 de Noviembre	Falta de fuerza y conocimiento.	G 3 de algunos días	Alta

Riesgo de infección sistémica relacionada con múltiples factores (hospitalización frecuente, accesos vasculares periféricos).				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Seguridad y protección	10 de noviembre	Falta de Fuerza	G3 algunos días	Mediana

Dependencia en la recreación relacionada con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmación verbal de que se aburre y desea querer hacer algo diferente.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Recreación	27 de octubre	Falta de fuerza y voluntad	Grado 3 de algunos días	Mediana

Dependencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionada con debilidad generalizada manifestado por apoyo total para poder realizar las actividades de cambio de ropa.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Vestido	31 de Octubre	Falta de fuerza	G 4 de algunas semanas	Mediana

Dependencia en la necesidad de higiene relacionada con debilidad generalizada manifestado por incapacidad para parcialmente el cuerpo y secarse el cuerpo.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Higiene	31 de Octubre	Falta de fuerza	Grado 4 de algunas semanas	Mediana

Hipotermia relacionada con ambiente frío y uso de prensas inadecuadas para el clima manifestado por piel fría, piloerección y temperatura debajo de los normal (35.7°C).				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Termorregulación	12 de noviembre	Falta de voluntad	Grado 3 de algunas semanas	Mediana

Dependencia en el aprendizaje relacionada con falta de información sobre el tratamiento sustitutivo de su padecimiento (trasplante cardiaco) manifestado por verbalización del paciente de referir requerir conocimientos sobre el tema.				
Necesidad	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Duración y grado de dependencia	Prioridad
Aprendizaje	12 de noviembre	Falta de conocimiento	Grado 3 de algunas semanas	Baja

2.4 PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Para la planeación de los cuidados especializados de Enfermería se realizó la jerarquización de estas. A cada problema identificado en el diagnóstico se le asigna un grado de dependencia o Independencia: Prioridad mayor, media o baja. Incluyendo el punto de vista del enfermo sobre la urgencia.

La asignación de prioridades esta influida por:

- Percepción del paciente
- Plan general de tratamiento
- Estado de salud del paciente

Los Tipos de Prioridad que se tomaron en cuenta fueron:

- Alta: Dimensiones psicológicas y fisiológicas.
- Intermedia: Necesidades que no amenazan la vida.
- Baja: Necesidades que pueden afectar su futuro bienestar

De esta manera se realizó la jerarquización de las 14 Necesidades.

Los criterios que se utilizaron para planear las intervenciones una vez establecidas las prioridades y estructurado los Diagnósticos de Enfermería se establecieron los objetivos, para más adelante seleccionar las intervenciones y acciones trazadas en el Plan de Cuidados. Las intervenciones se clasificaron en Independientes, Interdependientes y Dependientes.

Los Planes de cuidados están estructurados de la siguiente manera: un apartado para la identificación del paciente, el diagnostico de enfermería, fecha de identificación, el grado y nivel de dependencia, fuentes de la dificultad y prioridad, objetivo, intervenciones y fundamentación, y Evaluación.

A continuación se presentan 14 planes de cuidados de cada una de las 14 Necesidades propuestas por Virginia Henderson.



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



Sede: Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Oxigenación

Fecha de Identificación: 14 de Octubre 2008

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza

Prioridad: Alta Grado 6 temporal

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Dependencia en la perfusión cardiopulmonar relacionada con disminución del transporte de oxígeno manifestado por disnea de medianos esfuerzos, arritmias, taquicardia, piel fría y pálida.

Objetivo: Mejorar la perfusión tisular cardiopulmonar de la adolescente mediante intervenciones especializadas en coordinación con el equipo multidisciplinario durante las 24 horas, a fin de lograr la independencia lo antes posible.

Rol de Enfermería: Ayuda y suplencia.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Intervención Interdependiente	
1. Realizar una valoración cardiopulmonar cada 4 horas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar cambios sensoriales, por ejemplo letargo, confusión, desorientación, ansiedad y depresión. ➤ Inspeccionar la piel en busca de 	Los mecanismos fisiológicos que gobiernan la función cardiopulmonar son muy sensibles a cualquier cambio de las funciones del organismo y por ello los cambios del estado cardiopulmonares son indicadores clínicos importantes.

<p>cambios de coloración.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar la presencia de dificultad respiratoria. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de Silverman ➤ Palpar pulsos periféricos. ➤ Delimitar y auscultar los 4 focos cardiacos. ➤ Detectar la presencia de arritmias cardiacas. ➤ Monitoreo de signos vitales. ➤ Mantener monitoreo no invasivo de la actividad cardiaca y saturación de oxígeno. <p>➤ Palpar el borde costal derecho para valorar el crecimiento del hígado.</p> <p>En colaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoración del electrocardiograma. ➤ Monitorizar pruebas de laboratorio: Gasometría arterial y venosa, biometría hemática. ➤ Monitorizar ecocardiogramas seriados y modificaciones en radiografías torácicas. 	<p>El control del pulso genera datos para detectar arritmias cardíacas, cambios del volumen sanguíneo y deterioro circulatorio.</p> <p>La evaluación de la piel ofrece información para evaluar la circulación, temperatura corporal y grado de hidratación.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito 2005: 66)</p> <p>La vasoconstricción afecta el color de la piel. Cuando la saturación de oxígeno es inferior a 85%, que equivale a 5 g. de hemoglobina reducida por 100ml de sangre, la cianosis observa fácilmente. El grado de cianosis visible depende de de la hemoglobina total y de su grado de saturación. La cianosis periférica (extremidades, peribucal) puede deberse a hipotermia o a disminución del flujo sanguíneo, mientras que la cianosis central (en mucosas) indica disminución de la saturación de hemoglobina.</p> <p style="text-align: right;">(Slota, Margaret. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Niño, 2000:173)</p>
<p style="text-align: center;">Interdependientes</p> <p>2. Realizar medidas para la estabilidad hemodinámica.</p>	<p>La Estabilidad hemodinámica, comprende las constantes vitales</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener las restricciones de la actividad; por ejemplo reposo en cama, sentado, programar periodos de descanso sin interrupciones; ayudar a la paciente con las actividades de la vida diaria. ➤ Proporcionar un entorno tranquilo, minimizar la actividad y ruido ambiental. Limitar el número de visitas y su duración, permitir la estancia permanente de la madre. ➤ Enseñar técnicas de relajación, imaginación guiada o distracciones para evitar el estrés. ➤ Administración de Oxígeno en caso necesario por medio de puntas nasales 3litros por minuto. En colaboración ➤ Administrar Levosimendan 6.5 mg. aforados a 12 ml. con solución glucosada al 5%, velocidad 0.5ml. por hora IV. 	<p>dentro de normalidad o dentro de unos márgenes de seguridad.</p> <p>El descanso adecuado reduce el consumo de oxígeno y disminuye el riesgo de hipoxia y por ende ayuda a mantener una estabilidad hemodinámica. El cansancio aumenta la dificultad respiratoria.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito 2005, pág. 95)</p> <p>* El Levosimendan es miembro de una nueva clase de agentes cardiotónicos sensibilizadores del calcio, los cuales aumentan la contractilidad del corazón mediante el incremento de la sensibilidad del músculo cardiaco al calcio.</p> <p>Como resultado el Levosimendan tiene efecto inotrópico positivo que son independientes de aquellos mediados por los receptores beta o por la participación a AMP cíclico.</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">• Espironolactona 18 mg VO c/8 hrs.	<p>captopril en la insuficiencia cardiaca es un vasodilatador. Disminuye la resistencia vascular periférica (pos carga), la presión capilar pulmonar (precarga) y la resistencia vascular pulmonar; mejora el gasto cardiaco y la tolerancia al ejercicio.</p> <p>(PLM, 2004:695)</p> <ul style="list-style-type: none">• Espironolactona esta indicado para el tratamiento coadyuvante para la disminución en la incidencia de muerte en pacientes con insuficiencia cardiaca grados III y IV. Hipertensión arterial esencial. Trastornos edematosos en los que se requiera la acción de un diurético ahorrador de potasio. La espironolactona es un antagonista farmacológico específico de la aldosterona, que actúa principalmente, mediante la unión competitiva de los receptores para la aldosterona en el lugar del intercambio de sodio y potasio que depende de la aldosterona en el túbulo renal contorneado distal. La espironolactona actúa como diurético ahorrador de potasio, causando un aumento en la excreción de sodio y agua, pero
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • ASA 100 mg VO c/24 hrs <p>➤ Monitorizar la respuesta a la medicación para controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca.</p>	<p>preservando el potasio y el magnesio.</p> <p>(PLM, 2004:311)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ASA es un antiplaquetario está indicado como preventivo del infarto del miocardio en pacientes con riesgo y para reducir el riesgo de ataques isquémicos cerebrales transitorios o recurrentes de eventos vasculares cerebrales trombóticos. <p>(PLM, 2004:433)</p>
<p style="text-align: center;">Interdependiente</p> <p>3. Realizar el control de líquidos cada 6 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar el peso diario ➤ Valorar la presencia de edema palpebral y en extremidades. ➤ Llevar un registro preciso de ingesta de alimentos. ➤ Registrar las eliminaciones urinarias. ➤ Realizar el balance por turno. 	<p>El riñón responde a una disminución del gasto cardiaco reteniendo agua y sodio. La diuresis suele disminuir durante el día ya que el líquido se traslada hacia los tejidos, pero puede aumentar durante la noche al volver a la circulación cuando el paciente se encuentra acostado.</p> <p>Los traslados de líquidos y el uso de diuréticos pueden alterar los electrolitos (especialmente potasio y cloro), lo que afecta al ritmo y contractilidad cardiaca.</p> <p>(Doenges Marylynn E., et. Al., Planes de cuidado de Enfermería 7ª edición Edit. McGrawHill, Pág. 51,53)</p>

<p style="text-align: center;">Independiente</p> <p>4. Vigilar signos de alarma cardiorespiratorios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Taquicardia ➤ Hipotensión ➤ Ingurgitación yugular ➤ Lechos ungueales pálidos o cianóticos, con llenado capilar lento. ➤ Edema en zonas de declive ➤ Ansiedad e irritabilidad ➤ Sintomatología gastrointestinal (vómito, nauseas, dolor abdominal. ➤ Dolor precordial 	<p>La prevención del shock cardiogenico es fundamental ya que este es causa frecuente de un infarto agudo al miocardio con insuficiencia cardiaca congestiva. Este es difícil de diagnosticar dadas las complejas variaciones hemodinámicas que se presentan. Aunque la disminución del gasto cardiaco es un signo frecuente. Además tiene una evolución fatal y para salvar a la persona es imprescindible que el tratamiento sea inmediato.</p> <p style="text-align: right;">(Slota:173)</p>
<p style="text-align: center;">Independiente</p> <p>5. Mantener la ingesta adecuada de alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar tomas frecuentes y poco abundantes de alimentos de 5 a 6 porciones. ➤ Administrar oxigeno durante la ingesta. ➤ Vigilar que la dieta sea hiposódica e hiperproteica y con alto contenido en fibra. ➤ Vigilar que el consumo de líquidos sea de 800ml en 24 hrs. 	<p>El mantenimiento de una ingesta adecuada de los alimentos evita datos de dificultad respiratoria y contribuye a una buena alimentación sin alterar la estabilidad de la paciente.</p> <p>http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vo138N%B01%20supl/html/v38n1s1a7.html</p>
<p style="text-align: center;">Independiente</p> <p>6. Proporcionar apoyo emocional.</p>	<p>Una de las medidas más positivas para apoyar a la familia es aceptar</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente y la familia a reducir la ansiedad. ➤ Alentar a la adolescente a expresar su miedo y duda sobre la enfermedad y tratamiento. ➤ Estimular a los padres a participar en los cuidados, ayudando administrar los medicamentos indicados y a identificar los signos de alarma del problema de salud. 	<p>sus reacciones emocionales al problema de forma menos crítica posible. El apoyo emocional permite disminuir la ansiedad y miedo lo cual interviene en el tratamiento de la paciente.</p> <p>Whaley y Wong: 492</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La adolescente se encontraba en dependencia crónica grado 6, con la ejecución del Plan de Cuidados Especializados de Enfermería, no se presentaron complicaciones y se mantuvo hemodinámicamente estable, sin embargo continua en un nivel 4 de dependencia permanente hasta que se encuentre un donador para trasplante cardiaco.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Nutrición e Hidratación

Fecha de Identificación: 14 de Octubre 2008

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza

Prioridad: Alta Grado 5 de algunos meses

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes manifestado por peso corporal inferior en un 18% al ideal, palidez de conjuntivas y de mucosas.

Objetivo: Evelyn aumentará en promedio 500 gramos por semana con el establecimiento de un régimen alimenticio en conjunto con el equipo multidisciplinario.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención Interdependiente</p> <p>1. Proporcionar ayuda para ganar peso (NIC 1D-1240).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Observar si existe la presencia de nauseas y vómito y tratarla si existen (NIC 1D-1050,4). * Controlar periódicamente el consumo diario de calorías (NIC 1D-1050,7). * Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados (NIC 1D-1050,11): <ul style="list-style-type: none"> - Panes y cereales. - Leguminosas como frijol, haba, soya, lenteja y garbanzo. * Proporcionar suplementos alimentarios (NIC 1D-1050,27): <ul style="list-style-type: none"> - Licuados indicados por el departamento de nutrición tres veces al día. * Registrar el progreso de la ganancia de peso (NIC 1D-1050,31). 	<p>La ganancia de peso ayuda a recobrar una buena nutrición la cual permite mantener el funcionamiento normal del organismo.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. :38</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los panes y cereales incluyen el trigo, arroz y maíz; son ricos en aminoácidos y constituyen una fuente fácil y directa de suministro de calorías. - Las leguminosas tienen alto contenido de proteínas y producen calorías por unidad de peso, contiene pocas grasas y son ricas en vitaminas.

<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>2. Cuidados de la nutrición (NIC 1D-1100).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Preguntar a Evelyn y su familiar su tiene alergia a algún alimento (NIC 1D-1100,1). * Determinar en colaboración con la dietista, el numero de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación (NIC 1D-1100,3). <ul style="list-style-type: none"> * Soporte nutricional a niños con cardiopatías: <ul style="list-style-type: none"> -Incrementar los requerimientos energéticos desde 75 a 120 kcal/kg/d en 20% a 100%. - Promover alimentos con altas calorías con bajo contenido de agua, con proteínas entre 8% y 10% carbohidratos entre 35 y 65% y grasas entre 35 y 50%. - Limitar el ingreso de líquidos Restringir el sodio entre 2.2 y 3 mEq/kg/d - Monitorizar los electrolitos, sobre todo el potasio - Mantener una osmolaridad urinaria por debajo de 400 mOsm/l <p>Fuente: ISSN 1657-9534 Versión online Nutrición en el niño cardiópata Carlos Alberto Velasco, M.D</p>	<p>Estos cuidados son indispensables ya que todas las células de la economía humana consumen energía en forma interrumpida. Esta es aportada por los nutrimentos calorígenicos (grasas, proteínas y azúcares). La cantidad de energía requerida es individual depende de varios factores. Si el aporte es mayor que las necesidades, el exceso se depositará en forma de grasa; y si es inferior inicialmente se utilizan reservas y posteriormente se consume de otras fuentes como el tejido muscular y visceral lo que conduce a la desnutrición.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. Max, 4ª edición: 38</p> <ul style="list-style-type: none"> * El manejo nutricional del niño con cardiopatía es complejo, debido a la restricción hídrica, a los elevados requerimientos calóricos y a la prevalencia de intolerancia a los alimentos. A pesar de esto, un estrecho seguimiento y muchos métodos de alimentación son esenciales para obtener unos óptimos resultados médicos, nutricionales y psicosociales. <p>http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38N%20B01%20supl/html/v38n1s1a7.html</p>
---	---

<p>* Proporcionar alimentos nutritivos y ricos que puedan consumirse fácilmente (NIC 1D-1100,11).</p>	
<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>3. Proporcionar a Evelyn su ingesta nutricional (NIC 1D-1050).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>* Identificar la dieta prescrita (NIC 1D-1050,1).</p> <p>* Crear un ambiente placentero durante la comida (NIC 1D-1050,3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar orinal y equipos de succión fuera de la vista de Evelyn. <p>* Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia fuera durante la alimentación (NIC 1D-1050,11).</p> <p>* Animar a los padres a que alimenten a su hija (NIC 1D-1050,24).</p> <p>* Realizar la alimentación sin prisas (NIC 1D-1050,22).</p> <p>* Registrar la ingesta (NIC 1D-1050,16).</p>	<p>Proporcionarle sus alimentos a la paciente permite asegurar la ingesta y asimilación de los alimentos a la hora determinada y evita que deje los alimentos sin probar.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. Max, 4ª edición: 38</p>

<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>4. Enseñanza sobre la dieta prescrita (NIC 1D-5614).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Evaluar el nivel actual de conocimientos de Evelyn acerca de la dieta prescrita (NIC 1D-5614,1). * Explicar el propósito de la dieta (NIC 1D-5614,4). * Instruir a Evelyn sobre los alimentos permitidos y los prohibidos (NIC 1D-5614,7). <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el consumo de alimentos con alto contenido en sodio como el uso de saborizantes y sal en exceso. * Reforzar la información proporcionada por otros miembros de equipo de salud (NIC 1D-5614,16). 	<p>La forma de alimentación y los requerimientos energéticos se basan en situaciones y necesidades individuales con el fin de aportar la cantidad máxima de nutrientes con el mínimo de gasto energético por ello es indispensable el llevar adecuadamente la dieta prescrita.</p> <p style="text-align: right;">Doenges Marylynn E., 7ª: 125</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>5. Monitorización nutricional (NIC 1D-1160).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pesar a Evelyn semanalmente (NIC 1D-1160,1). * Vigilar las tendencias de pérdida o 	<p>La monitorización proporciona datos para una referencia de comparación.</p> <p style="text-align: right;">(Doenges Marylynn E., 7ª: 332</p>

<p>ganancia de peso (NIC 1D-1160,2).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual (NIC 1D-1160,3). * Programar el tratamiento y procedimientos a las horas que no sean las de alimentación (NIC 1D-1160,7). * Valorar el estado de la piel si esta seca, descamada o sin pigmentación, la turgencia (NIC 1D-1160,8). * Observar las características del cabello si este se encuentra seco o resulta fácil de arrancar (NIC 1D-1160,10). * Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel (NIC 1D-1160,13): <ul style="list-style-type: none"> - Pliegues en tríceps - Circunferencia muscular en medio del brazo - Perímetro abdominal * Comprobar el crecimiento y desarrollo (NIC 1D-1160,17). * Vigilar los niveles de energía, malestar físico y debilidad (NIC 1D-1160,18). 	
<p>EVALUACIÓN</p> <p>A la valoración inicial de esta necesidad Evelyn se encontraba en un nivel de dependencia 4 de algunos meses. Por lo que se ha estado cumpliendo</p>	

paulatinamente el objetivo por lo que continua con el plan establecido, para la ejecución de este plan se contó con los recursos, materiales y equipo adecuados, se trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario la paciente ahora se encuentra en un nivel 3 de dependencia. El cambio se ve reflejado en el peso de la paciente anteriormente pesaba 34 kg y ahora alcanza los 38 kg.

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Movimiento y Postura

Fecha de Identificación: 27 de Octubre 2008

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza y de voluntad

Prioridad: Alta Grado 6 de algunos meses

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Intolerancia a la actividad física relacionada con falta de fuerza para realizar las actividades de la vida diaria manifestado por frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad y disnea de pequeños esfuerzos.

Objetivo: Evelyn mejorará su actividad física por medio de un plan terapéutico que incluye ejercicios activos y pasivos con el apoyo de su cuidador primario durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>1. Enseñanza sobre la actividad, ejercicio y movilidad (NIC 1A - 5612).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>* Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad o</p>	<p>La importancia de la movilidad para la salud de una persona es muy importante. Los beneficios globales del ejercicio y la capacidad de llevar a cabo las</p>

<p>ejercicio prescrito (NIC 1A – 5612,1).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Informar a Evelyn sobre el propósito y los beneficios de las actividades y ejercicios prescritos (NIC 1A – 5612,2). * Enseñar a Evelyn a realizar las actividades y ejercicios adecuados (NIC 1A – 5612,3). * Informar acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico (NIC 1A – 5612,6). * Enseñar métodos de conservación de energía (NIC 1A – 5612,10). * Incluir al familiar en la enseñanza (NIC 1A 5612,21). 	<p>actividades cotidiana, caminar y moverse, suelen consideradas garantizadas para una persona sana. La enfermedad y el confinamiento en cama pronto debilita el cuerpo y pueden producir complicaciones serias, no solo en el movimiento sino también en el funcionamiento de otros sistemas corporales.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000: 521)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Proporcionar cuidados encaminados para la regulación del uso de la energía y tolerancia a la actividad (NIC 1A -0180).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinar las limitaciones físicas de Evelyn (NIC 1A -0180,1). * Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (NIC 1A -0180,9), observando: <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Disrritmias - Disnea - Diaforesis - Palidez - Presión hemodinámica - Frecuencia respiratoria * Limitar los estímulos ambientales como la 	<p>La tolerancia a la actividad o resistencia es la capacidad de soportar una actividad en términos de duración. Por lo general, suele aumentar con la repetición de la actividad durante un período de tiempo. La resistencia se ve afectada por un número de factores como el dolor, fuerza física, función cardiopulmonar, edad, estilo de vida y estado emocional.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000: 522)</p>

<p>luz y ruidos para facilitar la relajación (NIC 1A -0180,14).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Favorecer el reposos, mediante la limitación de actividades (NIC 1A -0180,16). * Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad (NIC 1A -0180,17). * Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales Proporcionar cuidados encaminados para la regulación del uso de la energía (NIC 1A -0180,18). <ul style="list-style-type: none"> - Evitar la actividad inmediatamente después de las comidas. * Ayudar en las actividades físicas normales como la deambulación, traslados, giros y cuidado personal (NIC 1A -0180,26). * Instruir a Evelyn y familiar a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad (NIC 1A -0180,31). 	
<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>3. Terapia de Ejercicios para control muscular (NIC 1A -0226).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el numero de veces que debe de realizar cada movimiento (NIC 1A -0226,3). * Ayudar a mantener la estabilidad del tronco 	<p>El ejercicio tiene varios objetivos: restaurar, mantener el tono y la fuerza de los músculos, mantener o aumentar la flexibilidad de las articulaciones, mantener o favorecer el crecimiento de los huesos mediante la aplicación del esfuerzo físico y mejorar el</p>

<p>y/o articulación proximal durante la actividad (NIC 1A -0226,11).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ayudar a Evelyn a colocarse en las posiciones de sedente entre otras (NIC 1A -0226,14). * Orientar sobre las funciones de movimiento del cuerpo (NIC 1A -0226,18). * Proporcionar un ambiente relajado después de cada periodo de ejercicios (NIC 1A -0226,23). * Ayudar a Evelyn a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad (NIC 1A -0226,24). 	<p>funcionamiento de otros sistemas orgánicos como los sistemas cardiovascular y gastrointestinal.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 2000: 522)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>4. Fomentar en Evelyn los mecanismos corporales (NIC 1A -0140).</p>	<p>La postura corporal ejerce gran influencia sobre la actividad frente a la vida, de tal forma que los hábitos posturales incorrectos, una vez establecidos tienden a empeorar. Al adoptar una postura incorrecta se está forzando la posición normal de los músculos, lo que probablemente exigirá una distorsión de las articulaciones. Las posturas equivocadas y los esfuerzos físicos mal efectuados suelen terminar por manifestarse en molestias como las contracturas y calambres, e</p>

Acciones

- * Instruir acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición óptima en el movimiento y el uso del cuerpo (NIC 1A -0140,4).
- * Instruir sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones (NIC 1A -0140,5).



- * Enseñar a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física (NIC 1A -0140,6).

- **AL DORMIR:** el colchón ha de ser de firmeza intermedia. Si se duerme boca arriba, la altura de la almohada debe permitir mantener alineadas la cabeza y la columna. Si es muy alta, obliga a flexionar la cabeza y tensar la musculatura posterior. Si es muy baja, la cabeza queda en extensión, lo que es perjudicial. Al dormir de lado, la almohada debe

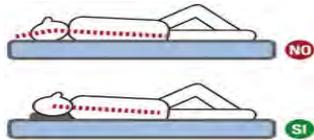
incluso lesiones que van a requerir una rehabilitación más complicada.

(Higashida Hirose, 1991:348)

- * La columna vertebral, eje óseo del cuerpo, cumple funciones de protección (médula ósea y raíces), resistencia y movimiento gracias a su especial morfología, disposición de las articulaciones e integridad funcional músculo-ligamentosa. Se trata de una estructura compleja con múltiples sistemas de protección.

(Higashida Hirose, 1991:86)

tener la altura suficiente para llenar el espacio entre hombro y oreja y debe evitarse dormir boca abajo, la peor postura para las cervicales.



- **AL LEER:** la mayoría solemos leer estirando el cuello hacia delante y mirando el libro desde arriba. Lo más correcto, sin embargo, es mirar al frente, de manera que se pueda situar el libro al nivel de los ojos. Puede ayudarnos usar un atril.



- **AL HABLAR POR TELÉFONO:** es importante evitar utilizar el cuello y el hombro como una “tercera mano” para coger el teléfono.

- **AL MIRAR LA TELEVISIÓN:** lo correcto es hacerlo con la parte superior de la espalda, el cuello y la cabeza en línea. Para ello, es útil colocar un almohadón en forma de cuña, de 60 cm de alto, apoyado contra el respaldo del sofá o sillón.

- **AL SENTARSE:** la silla debe permitirnos tener una posición alineada, de forma que podamos apoyar en el respaldo la zona lumbar. Un cojín para acomodar la parte baja de la espalda es de gran ayuda.

Intervención Independiente	
<p>5. Proporcionar terapia con ejercicios pasivos.</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinar las limitaciones del movimiento y actuar sobre la función. * Proteger a la paciente de traumas durante el ejercicio. * Ayudar a la paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular * Realizar ejercicios pasivos o asistidos durante el turno matutino. <p>a) CUELLO</p> <p>⇒ EXTENSIÓN – FLEXION. El paciente debe estar en decúbito supino y sin almohada. Sosténgale la nuca con la mano y la barbilla con la otra. Para efectuar la extensión, dóblele el cuello hacia atrás, de modo que mire hacia el techo; para la flexión, hágale la cabeza hacia delante, de modo que el cuello se flexione y la barbilla se dirija al pecho. En condiciones ideales.</p> <p>⇒ FLEXIÓN LATERAL. Agarrar la cara poniéndole las manos por ambos lados. Inclinarle la cabeza acercando la oreja derecha al hombro respectivo, y lentamente de regreso hacia el hombro izquierdo.</p> <p>⇒ ROTACIÓN. Ponerle las manos en la misma posición y girar a la derecha e izquierda como si se mirara el hombro.</p>	<p>Los ejercicios pasivos de amplitud completa, que se emplean para mover las articulaciones del paciente hasta donde sea posible dentro de su arco de movimiento máximo, mejoran o conservan la movilidad articular y ayudan a prevenir contractura.</p> <p>Su objetivo es mantener la flexibilidad articular para un buen funcionamiento cotidiano eficaz y prevenir la rigidez articular.</p> <p style="text-align: right;">(Smith y Young: . 398)</p>

b) PARA LOS HOMBROS

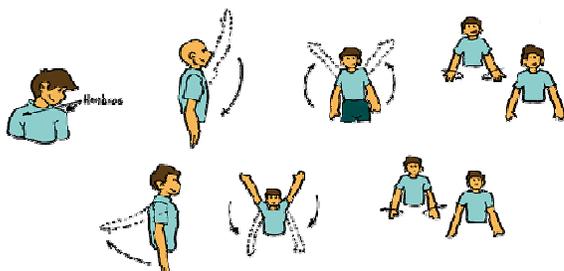
⇒ EXTENSIÒN – FLEXIÒN. Colocar al paciente en decùbito prono o lateral, tomar el brazo con la palma dirigida hacia el cuerpo. Ponerle la mano debajo del codo y tomar la muñeca con la otra. Manteniéndole recto el codo, levantarle el brazo hasta la oreja. Si es necesario, dóblele el codo para que el antebrazo suba más allá de la cabeza.

⇒ ABDUCCIÒN – ADUCCIÒN VERTICALES. Se parte de la misma posición inicial de la anterior. Tomar el brazo hacia fuera, manteniéndolo en el mismo plano del cuerpo. Regresarlo al costado y dirigirlo, atravesando la línea media, hasta el otro brazo. Para alcanzar el arco máximo de movimiento, rotar hacia fuera el brazo por el hombro, llévelo hacia la oreja y regréselo a la posición inicial.

⇒ ABDUCCIÒN – ADUCCIÒN HORIZONTALES. Acomodar el brazo en abducción vertical y luego doblarle el codo. Tomar el codo con una mano y la muñeca con la otra. Llevar el brazo por delante del cuerpo hasta que la mano toque el hombro contrario.

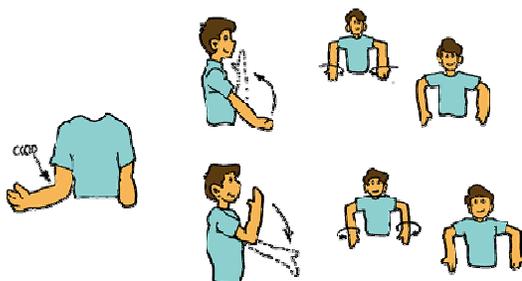
⇒ ROTACIÒN INTERNA – EXTERNA. Colocar el brazo en abducción horizontal. Con una mano tomar la muñeca y con la otra el codo, flexionando en ángulo recto. Manteniendo el hombro en un ángulo de 90° en relación con el colchón, bajar suavemente el antebrazo hasta que la palma toque la cama (rotación interna).

Vuelva a la posición inicial con suavidad el antebrazo hacia el colchón hasta que el dorso de la mano alcance a tocar el lecho (rotación externa).



c) EJERCICIOS PARA EL CODO

⇒ EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Póngale al costado con la palma hacia arriba (extensión). Tomar la muñeca para que la mano no cuelgue. Manteniendo el brazo sobre la cama, levántele la mano hacia el hombro (flexión).



EJERCICIOS PARA EL ANTEBRAZO.

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

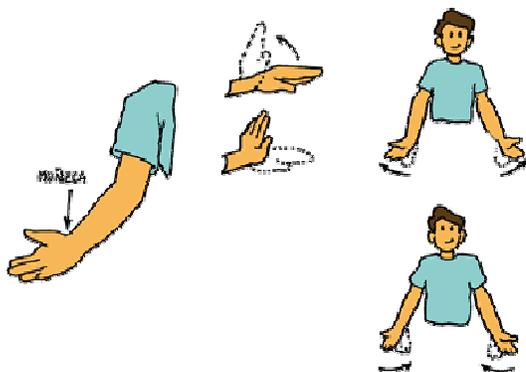
(probación).

d) EJERCICIOS PARA LA MUÑECA.

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

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

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



e) EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LAS MANOS

⇒ EXTENSIÓN-FLEXIÓN. Manténgale el brazo en la misma posición que para los ejercicios del antebrazo. Tome la palma y la muñeca con una mano, y con la otra enderécela suavemente los dedos

(extensión). A continuación, póngale la mano en el dorso de los dedos y dóbleselos con suavidad para que empuñe la mano (flexión). Repita estos dos movimientos en cada dedo, flexionando individualmente cada articulación.

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

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

f) EJERCICIÓN PÀRA CADERA Y RODILLA.

⇒ EXTENSIÒN – FLEXIÒN. Teniendo el paciente el miembro inferior bien apoyado sobre la cama en la extensión natural, colocar una mano bajo el tobillo y la otra bajo el hueso poplíteo. Doblar la cadera y rodilla hacia el pecho, sacando la mano del hueso poplíteo para permitir la flexión completa de la rodilla.

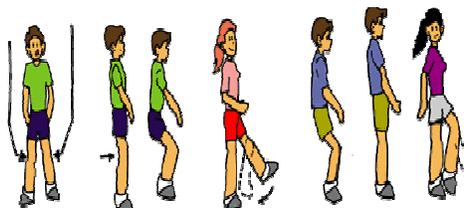
⇒ ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN. Poner las manos bajo el tobillo y el hueso poplíteo. Mover la pierna hacia fuera alejándola de la contraria (abducción) y luego regresarla cruzándola sobre la otra (aducción).

⇒ ROTACIÒN INTERNA – EXTERNA. Teniendo al paciente bien apoyado el

hacia la cama y empuje el talón hacia atrás.
 ⇒ CIRCUNDUCCIÒN. Meter la mano debajo del tobillo y agarrar el pie con la otra. Manipular el tobillo con un movimiento circular.

h) EJERCICIOS PARA EL PIE.

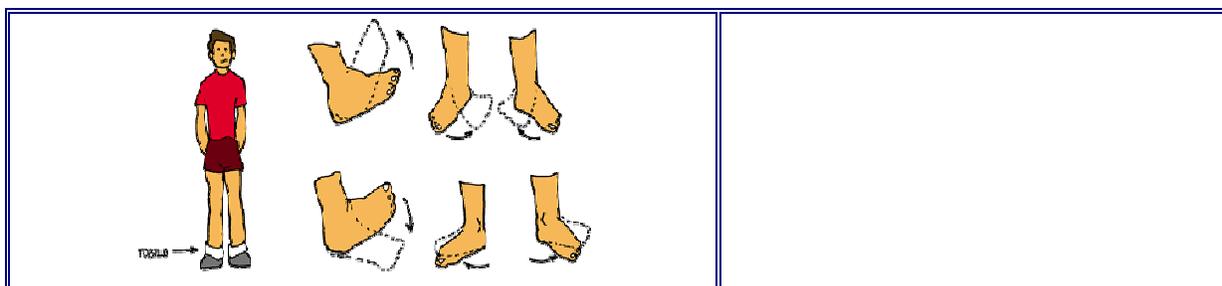
☞ INVERSIÒN – EVERSIÒN. Manteniendo la misma posición inicial de la Circunducción del tobillo, sostener firmemente este. Girar el pie volteando la planta hacia la línea media (inversión) y luego en sentido opuesto (eversión).



i) EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LOS PIES

☞ EXTENSIÒN – FLEXIÒN. Tomar firmemente el tobillo con una mano y doblarle los dedos hacia la planta con la otra (flexión). Enderezar y estirar los dedos hacia atrás en dirección al dorso (extensión).

ABDUCCIÒN – ADUCCIÒN. Separar dos dedos adyacentes (abducción) y luego juntarlos (aducción). Repetir los movimientos con los dedos restantes.



EVALUACIÓN

En el momento de la valoración inicial de esta necesidad, la paciente se encontraba en un nivel de dependencia grado 6, la ejecución de este plan de cuidados se realizó durante los días de estancia en el nosocomio, los cuales fueron alrededor de 5 internamientos, dando seguimiento continuo de la necesidad. Se contó con el apoyo del cuidador primario para la realización de intervenciones, la evolución de la paciente se dio paulatinamente para finalmente ubicarla en un nivel de dependencia 4, cabe mencionar que actualmente se le ha solicitado interconsulta con el servicio de Rehabilitación por lo que ya acudió a su primera cita en el mes de abril para iniciar con plan terapéutico.

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Eliminación

Fecha de Identificación: 22 de Octubre 2008

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza y Voluntad

Prioridad: Alta Grado 4 de algunos días

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por defecación dificultosa y eliminación de heces duras, secas y formadas.

Objetivo: Evelyn disminuirá el estreñimiento a través de medidas que promuevan el peristaltismo en un lapso de 2 días.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Proporcionar cuidados para disminuir el Estreñimiento (NIC 1B-0450).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color en caso de defecación (NIC 1B-0450,3). * Vigilar la presencia de peristaltismo (NIC 1B- 0450,4). * Instruir a Evelyn y familiar acerca de la dieta rica en fibra (NIC 1B-0450,15). * Instruir a la paciente y su familiar sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento (NIC 1B- 0450,17). * Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional (NIC 1B-0450,18). * Uso de laxantes o leche de magnesia en caso necesario, también recomendar la ingesta de papaya (NIC 1B-0450,20). 	<p>El objetivo del tratamiento del estreñimiento debe de adaptarse a la gravedad del problema siendo su objetivo principal el establecimiento de un patrón regular de evacuaciones.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. :273</p> <p>- Los laxantes son fármacos que facilitan la evacuación intestinal aumentando la masa fecal, suavizando las eses o lubricando la pared intestinal.</p> <p>- La leche de magnesia es un laxante y alcalino que contiene hidróxido de magnesio, se usa para evitar el estreñimiento y la acidez gástrica.</p> <p style="text-align: right;">(Diccionario de Medicina Océano Mosby: 798-799.)</p>

<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Proporcionar cuidados intestinales (NIC 1B-0430).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal (NIC 1B-0430,1). * Tomar en cuenta problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad (NIC 1B-0430,8). 	<p>Los cuidados intestinales periódicos permiten llevar un control sobre los hábitos en la evacuación y realizar una evaluación del funcionamiento intestinal.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. :273</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>3. Entrenamiento intestinal (NIC 1B-0440).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Realizar masaje abdominal adecuado una vez por turno: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar masaje abdominal de forma circular con el uso de las yemas de los dedos en dirección a las manecillas del reloj. * Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones (NIC 1B-0440,8). * Disponer de intimidad (NIC 1B-0440,9). * Evaluar el estado intestinal a 	<p>El entrenamiento intestinal permite mantener las dos funciones principales del tracto gastrointestinal: la digestión y la absorción, realizándose en el intestino delgado el 90% de estos procesos. Y de mantener las funciones del intestino grueso que son la de almacenar la materia fecal y absorber el resto de agua, lo que determinará la consistencia de las heces.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. :273</p>

intervalos regulares (NIC 1B-0440,13).	
EVALUACIÓN Esta necesidad se encontraba en dependencia grado 4 al momento de la valoración inicial, se realizó la ejecución del plan de cuidados para ello se contó con el material y equipos necesarios, la participación activa de la paciente y familiar, al paso de dos días la paciente mejoró su patrón intestinal, pero debido a la falta de actividad física a la que estaba sometida la paciente continua en dependencia disminuyendo a grado 3.	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Realización

Fecha de Identificación: 14 de Octubre

Fuente de la Dificultad: Falta de conocimiento y voluntad

Prioridad: Alta Grado 5 de algunos meses

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Afrontamiento inefectivo relacionado con falta de conocimiento en la capacidad para afrontar su enfermedad manifestado por indiferencia, apática, malhumor.

Objetivo: Evelyn y su familiar afrontaran efectivamente su enfermedad mediante el apoyo y orientación que requieren durante todo el transcurso de su hospitalización.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Intervención Independiente 1. Aumentar el Afrontamiento (NIC 3R-5230). Acciones	Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como

<ul style="list-style-type: none"> * Valorar el impacto de la situación vital de Evelyn en los papeles y relaciones (NIC 3R-5230,2). * Alentar a la paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel (NIC 3R-5230,3). * Valorar la comprensión de Evelyn del proceso de Enfermedad (NIC 3R-5230,4). * Disponer de una ambiente de aceptación (NIC 3R-5230,7). * Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad en caso de solicitarlo (NIC 3R-5230,10). * Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia (NIC 3R-5230,12). * Evaluar la capacidad de toma de decisiones (NIC 3R-5230,13). * Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante (NIC 3R-5230,14). * Animar a la paciente a desarrollar relaciones sociales (NIC 3R-5230,17). * Explorar lo éxitos anteriores (NIC 	<p>de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.</p> <p>Es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afrontamiento activo, • afrontamiento pasivo, y • evitación. <p>Otra clasificación básica podría ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afrontamiento cognitivo y • afrontamiento conductual. <p>http://www.wikipedia.org/wiki/psicologia</p>
--	---

<p>3R-5230,23).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Controlar los sentimientos ambivalentes de la paciente como enfado o depresión (NIC 3R-5230,25). * Fomentar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad (NIC 3R-5230,26). * Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos (NIC 3R-5230,33). * Animar a la paciente a evaluar su propio comportamiento (NIC 3R-5230,51). 	
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Orientar sobre estrategias que podrían ser utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Orientar sobre estrategias de afrontamiento centradas en el problema. 	<p>Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

<p>* Orientar sobre estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.</p>	<p>* Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.</p> <p>http://www.wikipedia.org/wiki/psicologia</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>En el contacto inicial con Evelyn, se encontró en dependencia grado 5 temporal esta necesidad por lo que fue necesario establecer un plan de cuidados para ser ejecutado en el siguiente contacto; en cada internamiento que la paciente tenía se realizaron seguimientos e intervenciones, por lo que la paciente evoluciono hacia un nivel de independencia en grado 2, durante el desarrollo del plan de cuidados se contó con la participación activa del familiar.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Valores y Creencias

Fecha de Identificación: 16 de octubre

Fuente de la Dificultad: Falta de de voluntad

Prioridad: Alta Grado 5 de algunos mees

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Duelo anticipado relacionado con etapa de negación de su enfermedad manifestado por tristeza, alteración en los patrones de comunicación, mal humor y alteración del nivel de actividad.

Objetivo: Evelyn enfrentara la etapa de duelo en la que se encuentra mediante un programa que incluya a la familia en un lapso mínimo de dos semanas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención Independiente</p> <p>1. Facilitar enfrentar el duelo.</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Identificar las alteraciones en la vida (NIC 3R-5290,1). * Fomentar la expresión de sentimiento acerca de la pérdida de su salud (NIC 3R-5290,4). * Escuchar las expresiones de duelo (NIC 3R-5290,5). * Animar a la paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida de su salud (NIC 3R-5290,7). * Fomentar la identificación de los 	<p>El duelo es una forma de pena que sigue a la percepción o anticipación de una pérdida de uno o más objetos valiosos o significativos. Es una respuesta normal a una pérdida. Es un proceso, no un acontecimiento. Se producen comportamientos y sentimientos asociados al proceso del Duelo en individuos que experimentan la pérdida de algo importante para ellos como lo es su salud. El duelo no solo se produce en las personas que experimentan la pérdida sino también en la familia y amigos.</p>

<p>miedos más profundos respecto a la pérdida (NIC 3R-5290,9).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida (NIC 3R-5290,24). * Interesarse por el duelo del paciente, mostrando empatía y animarle que exprese sus sentimientos. 	<p>Potter: 503</p> <ul style="list-style-type: none"> * Esto permite reconocer que sus sentimientos son normales y pone de manifiesto la comprensión de la enfermera. La expresión de sentimientos es exclusiva del individuo. Escuchar a la paciente sin juzgarle favorece el desarrollo de relaciones terapéuticas que apoyaran una mayor confianza y participación. <p>Potter:509</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Realizar actividades especializadas de acuerdo a la etapa en que se encuentra Evelyn.</p> <p>Etapa de Negación</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Apoyar las necesidades emocionales sin reforzar la negación. * Ofrecerse a permanecer con la paciente sin comentar razones de la conducta ni la necesidad de enfrentarse a ello, a menos que 	<p>La negación es la respuesta inmediata o pérdidas inminentes. Entre las respuestas fisiológicas se pueden encontrar debilidad muscular, temblores, suspiros profundos, piel ruborizada o fría y húmeda, diaforesis, anorexia y malestar. Son frecuentes los cambios de humos. Los individuos se aíslan a sí mismos de las fuentes de información exacta o rechazan ofertas de consuelo y apoyo. En esta etapa eluden la realidad, no</p>

<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Aceptar las reacciones emocionales de la familia. * Escuchar de forma activa. * Inspirar comprensión * Ayudar a la familia a sobreponerse. Identificar algunos sistemas de apoyo (familia inmediata) * Aceptar las reacciones de dolor. * Identificar la fase de dolor en la que se encuentra enfermedad. * Animar a los familiares a permanecer lo más cerca posible de Evelyn. * Asegurarse de la promoción de Asegurarse la comodidad de la paciente y la familia. * Transmitir una actitud de atención a la paciente y la familia. * Animales a satisfacer sus propias necesidades. 	<p>problema de forma menos crítica posible.</p> <p style="text-align: right;">Whaley y Wong: 492</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para que la familia supere las tensiones y se adapte; de la forma óptima a la dolencia, el niño se debe de apoyar en cada miembro por separado, de forma que el vínculo familiar sea fuerte. <p style="text-align: right;">Whaley y Wong: 492</p>
--	--

EVALUACIÓN

Debido a que su padecimiento ha cambiado drásticamente la vida cotidiana de la adolescente por lo que en la valoración de esta necesidad ubicó en un grado de dependencia 5, encontrándose en duelo por las manifestaciones que presentaba. Se contó con el apoyo del personal y cuidadores en desarrollo de las actividades, en cada uno de los seguimientos observaron cambios aunque a pesar de ello la paciente ahora se encuentra en dependencia grado 4 por todos los riesgos y limitaciones que pueda tener su padecimiento.

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Comunicación

Fecha de Identificación: 16 de Octubre 2008

Fuente de la Dificultad: Falta de Voluntad

Prioridad: Alta

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con falta de voluntad para establecer contacto con las personas manifestado por dificultad para expresar sus pensamientos verbalmente, y negativa para hablar.

Objetivo: Evelyn mostrara mejoría en su capacidad para expresarse verbalmente mediante el apoyo del personal de enfermería y su familia durante su hospitalización.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1.- Establecer relaciones terapéuticas con la enfermera (NIC 3Q-5000).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación (NIC 3Q-5000,1). * Dejar a un lado los sentimientos personales (NIC 3Q-5000,3). * Crear un clima de calidez y aceptación (NIC 3Q-5000,4). * Tratar de manera confidencial la información compartida (NIC 3Q-5000,6). * Ajustar la distancia física entre el profesional de enfermería y el paciente (NIC 3Q-5000,10): 	<p>La comunicación terapéutica promueve la comprensión por parte tanto del trasmisor como del receptor. Esta es el proceso de ayuda a superar el estrés temporal, a relacionarse con las demás personas, a adaptarse en lo inalterable y a superar obstáculos psicológicos que interrumpen en el camino de la auto-realización.</p> <p>La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Intima: desde el contacto físico hasta 50 cm. - Personal: Desde 50 cm. A 1m. - Publica: Desde 4 m en adelante. <p>* Mantener una postura corporal abierta (NIC 3Q-5000,11):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postura derecha y paso activo: sentimiento de bienestar. - P. desgarbada y paso lento: abatimiento o malestar físico. - P. tensa y a paso rápido: ansiedad o enfado. <p>* Dar seguridad al paciente del interés en él como persona (NIC 3Q-5000,15).</p>	<p>enfermería. Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.</p> <p>Al crear una relación terapéutica, creamos el espacio, el lenguaje, en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones enfermeras. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000 : 66, 72)</p>
<p>2 Escuchar activamente a Evelyn diariamente mediante (NIC 3Q-4920) :</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mostrarle interés a Evelyn (NIC 3Q-4920,2) * Hacer preguntas o utilizar frases que la animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones (NIC 3Q-4920,3). * Mostrar conciencia y sensibilidad de las emociones (NIC 3Q-4920,5). * Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (NIC 3Q-4920, 6). - Postura y modo de andar 	<p>La escucha activa es una relación de ayuda en la cual se crean metas en común con el paciente o los compañeros en caso de que el paciente no quiera colaborar.</p> <p>En esta se utilizan todos los sentidos, aquí se requiere de energía y concentración, implica prestar atención en la comunicación verbal y no verbal. La actitud de cuidado e interés anima al paciente a seguir hablando.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000: 71, 73)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial - Movimientos con las manos - Gestos * Estar atentos a las palabras que se eviten, así como los mensajes no verbales que acompañen a las palabras expresadas (NIC 3Q-4920, 6). * Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación de la voz (NIC 3Q-4920, 9). * Identificar los temas predominantes (NIC 3Q-4920, 10). * Evitar barreras a la escucha activa como (NIC 3Q-4920,16): <ul style="list-style-type: none"> - Minimizar sentimientos - Ofrecer soluciones sencillas - Interrumpir - Hablar de uno mismo - Terminar de manera prematura. 	
<p>3. Socialización con otras personas diariamente por medio de (NIC 3Q-5100):</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fomentar la implicación en relaciones ya establecidas (NIC 3Q-5100,1). * Animar a Evelyn a desarrollar relaciones con los demás (NIC 3Q-5100,2) a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Abordajes de temas en común - Participación de juegos * Fomentar el respeto de los derechos de 	<p>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros permite crear relaciones de ayuda entre cada uno de los implicados, favoreciendo la comunicación mediante la expresión de sentimientos y actitudes.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000: 72)</p>

<p>los demás (NIC 3Q-5100,8).</p> <p>* Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás (NIC 3Q-5100,17).</p> <p>* g) Facilitar el entusiasmo y planificación de actividades futuras por parte del paciente (NIC 3Q-5100,19).</p>	
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La necesidad de Comunicación se encontraba en un nivel de dependencia 4 desde el momento inicial de la valoración, en cada uno de los seguimientos se observó que las manifestaciones de dependencia disminuían para finalmente ubicarse en un nivel 2 de independencia. Durante las intervenciones de Enfermería se contó con las instalaciones físicas adecuadas y el apoyo el cuidador primario.</p>	

Plan de Intervenciones de Descanso y Sueño

Fecha de Identificación: 10 de Noviembre

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza y conocimiento.

Prioridad: Mediana Grado 3 de algunos días

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño: despertar antes de lo deseado relacionado con interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por facies de cansancio, ojeras y ansiedad.

Objetivo: Evelyn lograra conciliar el sueño mediante técnicas de relajación antes de dormir y evitar ser interrumpida cuando duerme.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Mejorar el sueño y descanso (NIC 1F-1850).</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> * Observar el número de horas de sueño de Evelyn (NIC 1F-1850,5). * Ajustar el ambiente para favorecer el sueño (NIC 1F-1850,9): <ul style="list-style-type: none"> - Iluminación - Área física limpia y ventilada - Ropa de cama limpia * Ayudar a Evelyn a limitar el sueño durante el día (NIC 1F-1850,15). * Disponer de siestecillas durante el día, para cumplir con las necesidades del sueño (NIC 1F-1850,19). * Permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos (NIC 1F-1850,20). * Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos de día-noche normales (NIC 1F-1850,25). 	<p>El sueño es una función protectora en todos los organismos, permite reparar y recuperar los tejidos después de la actividad. Como en otros muchos aspectos del desarrollo, se da una amplia variación individual en cuanto a la cantidad y distribución del mismo en las distintas edades.</p> <p style="text-align: right;">(Whaley y Wong 1995: 62)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Proporcionar los cuidados de Enfermería en el tiempo adecuado del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueños / vigilia de Evelyn. 	<p>Se han identificado dos tipos de sueño: Sueño NREM (no REM).</p> <p>Sueño REM: Se divide en cuatro fases:</p>

<ul style="list-style-type: none"> * Evitar despertar a la paciente innecesariamente, por ejemplo para preguntar sobre algún dato que su familiar pueda contestarnos. * Realizar procedimientos de Enfermería cuando la paciente se encuentre despierta como lo es la toma de signos vitales, el baño, el tendido de cama. * Evitar el ruido excesivo durante las noches, como: <ul style="list-style-type: none"> - Hablar fuerte - Escuchar música en tono alto - Trasladar la mesa de mayo innecesariamente de un lugar a otro 	<ul style="list-style-type: none"> - FASE 1: sueño muy ligero. La frecuencia cardiaca y respiratoria disminuye. Se despierta fácilmente. Dura unos minutos. - FASE 2: sueño ligero, la frecuencia cardiaca y respiratoria siguen disminuyendo. Se despierta fácilmente, dura de 10 a 15 minutos y constituye el 40-45% del total de sueño. - FASE 3: sueño de profundidad media, la frecuencia cardiaca y respiratoria se aminoran. Es difícil despertar a la persona. - FASE 4: sueño profundo, los músculos están completamente relajados dura 15 a 30 minutos y es mas difícil despertar a la persona. <p>La fase REM dura aproximadamente 10 minutos, el cerebro esta muy activo y se producen los sueños. Existen movimientos rápidos de los ojos. Los adolescentes duermen una media de 7.5 horas por la noche.</p> <p>El 20 % de su sueño es REM</p> <p style="text-align: right;">Dr. José Antonio García Higuera http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/suenyos.htm</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Interdependiente</p> <p>3. Proporcionar medidas de relajación para disminuir la ansiedad y favorecer el</p>	<p>Las técnicas de relajación se han usado de forma muy extendida para</p>

<p>descanso y sueño.</p> <p style="text-align: center;">Acciones</p> <p>* Proporcionar enseñanza sobre la relajación progresiva:</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO</p> <p>a) Asegurarse de que el entorno estará en silencio, tranquilo y con una temperatura que proporcione bienestar al paciente.</p> <p>b) Explicar al paciente en que consiste la relajación progresiva.</p> <p>c) Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda.</p> <p>- Asegurarse de que todas las partes del cuerpo disponen de un apoyo adecuado, de que las articulaciones estén</p>	<p>disminuir los grados elevados de estrés y de dolor crónico. Las técnicas de relajación permiten al paciente mantener el control sobre la reacción de su organismo a la tensión y la ansiedad.</p> <p>La relajación progresiva precisa que el paciente tense primero y relaje después grupos musculares sucesivos y centre su atención en diferenciar las diferentes sensaciones que experimenta cuando los músculos están relajados, en comparación cuando están contraídos.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 2000: 949)</p> <p>a) Las interrupciones o las distracciones, así como la temperatura excesivamente fresca, interfieren en la capacidad del paciente para relajarse por completo.</p> <p>b) Proporcionar una explicación racional del procedimiento, permite comprender como el estrés afecta al organismo.</p>
---	--

ligeramente flexionadas y no hay tensión en los músculos.

d) Animar a la paciente a relajar su mente.

- Pedir que mire de forma relajada a su alrededor.

e) Enseñar al paciente a tensar primero y relajar después cada grupo muscular.

- Avanzar por cada grupo muscular en el orden que se cita, y empezar por el lado dominante:

✎ Mano y antebrazo

✎ Brazo

✎ Frente

✎ Parte central de la cara

✎ Parte inferior de la cara y mandíbula

✎ Cuello

✎ Tórax, hombro y parte superior de la espalda

✎ Abdomen

✎ Muslo

✎ Músculos de la pierna

✎ Pie

- Animar a la paciente a respirar despacio y con profundidad durante todo el procedimiento.

- Animar a la paciente a concentrarse en cada grupo muscular se tense y relaje.

Preguntar si existe algún tipo de tensión

- La respiración lenta y profunda favorece la relajación.

(Kozier, 2000: 949 – 950)

<p>después de haber tensado y relajado todos los grupos musculares.</p> <p>f) Terminar el ejercicio lentamente, por lo tanto se cuenta despacio hacia atrás, desde 4 a 1.</p> <p>- Pedir que el paciente mueva su cuerpo despacio, primero las manos y los pies, después los brazos y las piernas y, por último, la cabeza y el cuello.</p> <p>g) Anotar la reacción del paciente al ejercicio.</p> <p>Tomado de Kozier, 2000: 949 – 950</p>	
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>4. Fomentar al familiar que le realice a su hija medidas agradables como masaje, una adecuada colocación en la cama y contacto afectuoso.</p> <p>* Proporcionar el masaje después del baño matutino, antes de acostarse o cuando sea necesario.</p>	<p>El masaje facilita o logra la relajación antes de dormir, o para estimular la sangre, junto con las medidas higiénicas.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 2000:947)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>En la valoración inicial de la necesidad la paciente se encontraba en dependencia grado 3 de algunas semanas, se estableció un plan de cuidados en caminado a mejorar el patrón del sueño contando con las instalaciones adecuadas, apoyo del cuidador primario y personal del servicio del turno matutino. Se observo que disminuyeron sus manifestaciones de dependencia por lo que se ubica en independencia 2, aunque en algunas ocasiones refiere que en el turno nocturno le interrumpen para la realización de procedimientos.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Seguridad y Protección

Fecha de Identificación: 10 de noviembre

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza

Prioridad: Mediana

Grado 3 algunos días

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Riesgo de infección sistémica relacionado con múltiples factores (hospitalización frecuentes, acceso vascular periférico).

Objetivo: Evelyn evitará datos de infección sistémica mediante cuidados preventivos de enfermería durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención Interdependiente</p> <p>1. Protección contra infecciones (NIC 4V-6550).</p> <p style="padding-left: 40px;">Actividades</p> <p>* Observar la aparición de signos y síntomas de infección sistémica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Aumento de pulso • Aumento de la frecuencia respiratoria • Malestar general • Perdida de energía • Anorexia • Nausea • Vómito 	<p>La infección es el resultado de la interacción entre un agente infeccioso y un huésped susceptible, dicha interacción se produce a través de un mecanismo de transmisión (éstos son los eslabones de la cadena epidemiológica). Estos huéspedes tienen factores predisponentes como la enfermedad de base y los tratamientos medicamentosos.</p> <p>Estos signos y síntomas pueden indicar la necesidad de un tratamiento complementario.</p> <p style="text-align: right;">(Wujick 1996)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor leve en los ganglios linfáticos que drenan la zona infectada. <ul style="list-style-type: none"> * Observar el grado de vulnerabilidad de Evelyn a las infecciones (NIC 4V-6550,2). * Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles (NIC 4V-6550,6). * Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo (NIC 4V-6550,7). * Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas (NIC 4V-6550,9). * Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas (NIC 4V-6550, 10). * Fomentar una ingesta nutricional suficiente (NIC 4V-6550,13). * Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar (NIC 4V-6550,16). * Instruir a Evelyn y su familiar acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al personal de salud (NIC 4V-6550,21). 	<ul style="list-style-type: none"> * Esta medida precautoria minimiza la exposición del paciente a bacterias, virus y hongos patógenos tanto exógenos como endógenos. (Carpenito 2005) * Una dieta equilibrada aumenta la salud de todos los tejidos corporales, ayuda a mantener la piel intacta y promueve la capacidad de la piel de repeler los microorganismos. La nutrición adecuada capacita los tejidos para mantenerse y reconstruirse y ayuda a mantener la función del sistema inmunitario. (Kozier 2008)
---	--

<p>Intervención Interdependiente</p> <p>2. Control de infecciones (NIC 4V-6540).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes (NIC 4V-6540,2). * Cambiar el equipo de cuidados de Evelyn (NIC 4V-6540,3). * Enseñar a Evelyn y sus familiares el lavado de manos apropiadas. <ul style="list-style-type: none"> • Mojarse las manos y poner jabón en ellas. • Frotar palma con palma. • Frotar dorso con palma y frotar energicamente entre los dedos. • Frotar palma con palma y frotar energicamente entre los dedos. • Frotar en oposición dedos con palmas. • Frotar energicamente el pulgar de cada mano. • Frotar la punta de los dedos girándolos contra la palma. • Enjuagar muy bien las manos y secarlas con papel desechable. 	<p>Una infección es invasión del tejido corporal por microorganismo y su crecimiento en él.</p> <p>(Kozier 2008).</p> <p>* La limpieza de las manos ayuda a evitar la transferencia de microorganismos de una persona a otra.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 2008)</p>
--	--

Todo el procedimiento dura entre 40-60 segundos.

* Realizar los procedimientos de Enfermería manteniendo las normas de asepsia y antisepsia.

○ Lavado de manos antes y después del contacto con el paciente.

○ Asegurarse de que todos los artículos estén correctamente limpios y desinfectados antes de utilizarse.

○ Crear un ambiente seguro para el paciente, eliminar los factores de riesgo del mismo, como:

✓ Clasificar los RPBI de acuerdo a la norma. Ejemplo pañales, punzo cortantes, toallas de papel, equipos de venoclisis.

✓ Depositar la ropa de cama sucia y húmeda de la forma adecuada.

✓ Depositar las heces y la orina en los recipientes adecuados.

✓ Asegurarse que todos los

• Lavarse las manos es un medio importante de controlar y evitar la transmisión de microorganismos.

(Kozier, 2008)

• El conocimiento de las formas de reducir o eliminar los microorganismos reduce el número de microorganismos presentes en la probabilidad de transmisión.

(Kozier 2008)

<p>contenedores de líquidos como las jarras con agua junto a la cama y los frascos de drenaje estén cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vaciar los frascos de aspiración y drenaje al final de cada turno si fueron utilizados, en función a las normas de la institución. ✓ Cambio de equipos de venoclisis cada 24 horas. ✓ Trasladar al paciente con uso el uso de cubrebocas y bata. 	
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Esta necesidad se ubico en dependencia grado 3 con riesgo a presentar infección debido a múltiples factores como lo puede ser las hospitalizaciones frecuentes entre otros, para ello se estructuro un plan de prevención en el cual se tubo participación del familiar y apoyo del personal del servicio, se contaron con los recursos físicos y materiales necesario. Durante este tiempo la paciente no presento datos de infección a ningún nivel pero continua en riesgo es decir en el mismo grado de dependencia debido a las hospitalizaciones futuras que pueda tener.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Recreación

Fecha de Identificación: 27 de octubre

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza y voluntad

Prioridad: Mediana

Grado 3 de algunos días

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Dependencia en la recreación relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por afirmación verbal de que se aburre y desea querer hacer algo diferente.

Objetivo: Evelyn lograra su independencia en la recreación mediante actividades lúdicas durante su hospitalización.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Intervención Independiente</p> <p>1. Fomentar la recreación. (NIC 3O-4310).</p> <p style="padding-left: 40px;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas y sociales actividades (NIC 3O-4310,4). * Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada actividades (NIC 3O-4310,6). * Facilitar la sustitución de actividades cuando la paciente tenga limitaciones de energía y movimiento actividades (NIC 3O- 	<p>La Recreación es la actitud positiva del individuo hacia la vida en el desarrollo de actividades para el tiempo, que le permitan trascender los límites de la conciencia y el logro del equilibrio biológico y social, que dan como resultado una buena salud y una mejor calidad de vida.</p>

<p>4310,16).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ayudar en las actividades físicas regulares por ejemplo la deambulaci3n, transferencias, giros y cuidado personal cuando sea necesario actividades (NIC 3O-4310,18). * Disponer de un ambiente seguro para el movimiento que realice Evelyn. * Observar la respuesta emocional, f3sica, social y espiritual a la actividad actividades (NIC 3O-4310,26). 	
<p style="text-align: center;">Intervenci3n Independiente</p> <p>2. Terapia con juegos (NIC 3O-4430). Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Brindar el tiempo suficiente para permitir el juego efectivo actividades NIC 3O-4430,2). * Proporcionar un equipo de juego seguro NIC 3O-4430,7). * Proporcionar equipo hospitalario real o simulado para fomentar la expresi3n de conocimientos y sentimientos acerca de su enfermedad NIC 3O-4430,11). * Supervisar las sesiones de juego NIC 3O-4430,12). 	<p>La terapia del juego busca entender los mecanismos del juego, para su aplicaci3n al tratamiento de problemas psicol3gicos. El juego permite que el ni1o exprese y resuelva sus conflictos, y promueve el crecimiento y desarrollo en lo cognitivo, as3 como la interacci3n apropiada con los semejantes.</p> <p>Ericsson define al juego como una funci3n del yo, en busca de un ajuste entre los procesos sociales y corporales, con la personalidad del ni1o.</p> <p>Son actividades l3dicas que permiten el desarrollo integral del individuo como parte del fortalecimiento de habilidades y</p>

	<p>destrezas psicomotoras.</p> <p>La terapia del juego cumple funciones biológicas, intra e inter personales, y socioculturales. Dentro de las funciones biológicas, está el aprendizaje de habilidades básicas, la liberación del exceso de energía, la estimulación sinestésica. Funciones intrapersonales, como el dominio de situaciones, la exploración, iniciativa, comprensión de las funciones mentales, desarrollo cognitivo. En las funciones interpersonales encontramos, las habilidades sociales y la separación-individuación. Socioculturalmente, se da la imitación de los modelos de los adultos que admiran.</p> <p>http://www.apuntesdepsicologia.com/terapias-psicologicas/terapia-del-juego.php</p>
<p>Intervención Independiente</p> <p>3. Fomentar la terapia ocupacional.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Colaborar con lo terapeutas ocupacionales o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades. * Proporcionar instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia. * Discutir la descripción de dibujos o creaciones artísticas con Evelyn. 	<p>Definimos Terapia Ocupacional como la ciencia o disciplina orientada a analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud; entendiendo a la misma como el bienestar biopsicosocial y no solo a la ausencia de la enfermedad.</p> <p>Las metas del tratamiento se dirigen a ayudar a los individuos a lograr una actitud positiva hacia sus capacidades y modificar gradualmente su habilidad disminuida con vistas a una mayor independencia en sus</p>

<ul style="list-style-type: none"> * Estar un tiempo con Evelyn durante el uso del medio artístico. * Animar a Evelyn a describir sus dibujos o creaciones artísticas. 	<p>actividades.</p> <p>La terapia ocupacional ayuda a los pacientes pediátricos, adolescentes, adultos y geriátricos a mejorar el uso funcional de las extremidades superiores y las habilidades de desempeño para las actividades de la vida diaria, como las habilidades visuales, espaciales, de pensamiento y de percepción.</p> <p>La terapia ocupacional beneficia a quienes tienen limitaciones para cuidarse por sí solos, en la función de brazos y manos, así como en las habilidades cognitivas o perceptivas, de administración del hogar, comunitarias, las relacionadas con el tiempo libre y las habilidades vocacionales, al igual que los pacientes que tengan enfermedades crónicas.</p> <p style="text-align: right;">Lic. González Laura Terapista Ocupacional http://www.caren.org.ar/areasterapiaocupacional.htm</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La valoración de esta necesidad se realizó el 27 de octubre de 2008 con 4 seguimientos, encontrándose en dependencia grado 3 de algunos días es decir, el tiempo de estancia hospitalaria, para la ejecución del plan de cuidados se contó con los recursos necesarios, participación del cuidador primario y el apoyo del voluntariado. Evelyn mejoro hacia un nivel de independencia grado2, esto se reflejo en la participación activa en actividades recreativas como las manualidades, juegos.</p>	

Dentro de las manualidades ella realizó arreglos para el día de muertos y práctico el bordado.

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Vestido y Desvestido

Fecha de Identificación: 31 de Octubre

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza

Prioridad: Mediana Grado 4 de algunas semanas

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Dependencia en la necesidad de vestido y desvestido relacionado con debilidad generalizada manifestado por apoyo total para poder realizar las actividades de cambio de ropa.

Objetivo: Evelyn lograra su independencia en el vestido mediante la utilización de medidas que promuevan su fuerza corporal en menos de dos semanas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Ayuda en el vestido y arreglo personal (NIC 1F-1802).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>* Informar sobre la vestimenta disponible que puede seleccionar (NIC 1F-1802,1).</p> <p>* Facilitar el peinado del cabello</p>	<p>- El único problema de dependencia que la satisfacción de esta necesidad conlleva a la inhabilidad de vestirse y desvestirse. Este problema se sitúa a dos niveles: el primer nivel esta relacionado con la toma de decisiones frente a la elección de la ropa adecuada y el segundo con la</p>

<p>(NIC 1F-1802,5).</p> <p>* Mantener la intimidad mientras que la paciente se cambia (NIC 1F-1802,7).</p>	<p>capacidad de vestirse y desvestirse relacionado al estado de salud del cliente.</p> <p>Ciertas enfermedades físicas o mentales pueden dificultar la toma de decisiones para escoger la ropa adecuada, es por ello que algunas personas llevan ropa inadecuada para protegerse de la temperatura ambiente y el clima.</p> <p>http://www.wikipedia.org/wiki/vestido</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Vestir (NIC 1F-1630).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>* Identificar las áreas en las que la paciente necesita ayuda para vestirse (NIC 1F-1630,1).</p> <p>* Observar la capacidad para vestirse (NIC 1F-1630,2).</p> <p>* Vestir a la paciente después de completar la higiene personal (NIC 1F-1630,3).</p> <p>* Vestir a la paciente con ropas que no le aprieten (NIC 1F-1630,8).</p> <p>* Proporcionar asistencia hasta que la paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por ella misma (NIC 1F-1630,12).</p>	<p>La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad.</p> <p>Lo que en un principio cumplía una función de protección del cuerpo de las inclemencias del tiempo, desarrollándose toda una tarea para determinar qué tejidos eran los más adecuados en relación al clima, la ropa también indica la pertenencia a un grupo. La satisfacción de esta necesidad por tanto, iría desde la concordancia con el clima a la coherencia con su patrón cultural.</p> <p>La elección del vestido o traje</p>

	<p>constituye una diversión para todas las personas, ya sean jóvenes o viejas.</p> <p style="text-align: right;">Phaneuf,:40</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Esta necesidad se encontraba en dependencia 4 en la valoración inicial, paulatinamente han ido disminuyendo las manifestaciones en cada seguimiento finalmente se ubica en un nivel de dependencia de 3 debido a las limitaciones todavía existentes pero en menor grado. Se contó con la participación de la paciente, familiar y apoyo del personal del servicio, al igual se tuvieron los recursos necesarios como la ropa hospitalaria.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Higiene

Fecha de Identificación: 31 de Octubre

Fuente de la Dificultad: Falta de fuerza

Prioridad: Mediana Grado 4 de algunas semanas

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Dependencia en la necesidad de higiene relacionado con debilidad generalizada manifestado por incapacidad para lavar y secarse parcialmente el cuerpo.

Objetivo: Evelyn adquirirá su independencia para realizar actividades de higiene a través de intervenciones de enfermería que aumenten su fuerza corporal durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Ayuda en los cuidados de baño/higiene (NIC 1F-1801).</p>	<p>La higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma, en</p>

Actividades

- * Colocar toallas, jabón y demás accesorios a pie de cama o en el baño (NIC 1F-1801,1).
- * Proporcionar los objetos personales deseados como: desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño (NIC 1F-1801,2).
- * Proporcionar ayuda en el momento del baño de acuerdo a sus posibilidades mediante la valoración de una escala:

NIVEL INDICADOR DE CONDUCTA

0	Independiente; capaz de iniciar y completar por sí mismo la actividad.
1	Requiere mínima ayuda puede usar el equipo pero lo maneja solo; hace al menos el 75% del trabajo.
2	Requiere ayuda supervisión o educación moderada; hace aproximadamente el 50 % del trabajo.
3	Requiere ayuda extensa de otra persona y equipo o aparatos, hace menos de 25% del trabajo.

consideración a su salud es un asunto altamente individual vinculado con los valores y las practicas personales. Le afectan factores culturales, sociales, familiares e individuales así como el conocimiento de cada uno sobre la salud y la higiene y las percepciones de la comunidad y de las necesidades.

(Kozier 1995)

- * El jabón disminuye la tensión de la piel y ayuda así mismo a la limpieza, algunos jabones contienen productos antibacterianos, que pueden cambiar la flora natural de la piel. El desodorante enmascara o disminuye los olores corporales.

(Kozier 1995)

4	Dependiente de los cuidadores, cuidado total; no participa activamente.	
<p>(Kozier 1995 pp. 540)</p> <p>Evelyn se encuentra en nivel 3.</p> <p>* Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir solo sus cuidados. (NIC 1F-1801; 08)</p>		<p>Intervención Independiente</p> <p>2. Baño (NIC 1F-1610).</p> <p>Actividades</p> <p>* Ayudar en la ducha de silla de ruedas (NIC 1F-1610,1).</p> <p>El baño tiene una serie de funciones. La piel esta fisiológicamente bañada continuamente por el sebo y la transpiración de las glándulas sebáceas y sudoríparas, respectivamente .ambas tienen misiones de protección: al sebo evita la sequedad y la transpiración proporciona un medio ligeramente ácido que impide el crecimiento bacteriano.</p> <p>Estos dos procesos pueden ser nocivos si no se lleva a cabo el baño regularmente ya que ambas sustancias se acumulan, así como las células muertas.</p> <p>(Kozier 1995)</p> <p>* Una de las funciones de la piel es la de regular la temperatura corporal. El enfriamiento del cuerpo se produce mediante los</p>
<p>* Realizar el baño con el agua a temperatura agradable (NIC 1F-1610,3).</p>		

<ul style="list-style-type: none"> * Ayudar con el cuidado perianal. (NIC 1F-1610;05) * Ayudar con las medidas de higiene (NIC 1F-1610,6). * Lavar cuerpo y pies (NIC 1F-1610; 7). * Aplicar crema hidratante en las zonas de piel seca (NIC 1F-1610; 9). * Ofrecer el lavado de manos después de ir al baño o antes de es comidas (NIC 1F-1610,10). 	<p>procesos de pérdida de calor de la evaporación y la sudoración y por la radiación y conducción del calor del cuerpo, cuando los vasos sanguíneos de la piel se vasodilatan el calor corporal se conserva mediante la falta de sudoración y la vasoconstricción de los vasos sanguíneos.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> * La higiene de la zona genital y el periné se denomina higiene perianal. El cuidado perianal es parte del baño y es un procedimiento embarazoso. Los cuidados perianales se deben administrar eficazmente y de forma natural. <p style="text-align: right;">(Kozier 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Existe un riesgo de infección si la piel se agrieta. Por lo tanto se debe aplicar una crema para hidratar la piel y evitar que se agriete. <p style="text-align: right;">(Kozier 1995)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>3. Cuidado de las uñas (NIC 1F-1680).</p>	<p>Las uñas están normalmente presentes desde el nacimiento. Continúan creciendo a lo largo de la vida y cambian muy poco hasta la</p>

<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas, de acuerdo a la capacidad de los propios cuidados del paciente. (NIC 1F-1680;01) * Controlar o ayudar a cortar las uñas de acuerdo con la capacidad del paciente. (NIC 1F-1680;02) 	<p>vejez. En ese periodo tienden a hacerse más duras, quebradizas y en algunos de los casos más gruesas.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1995)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>4. Cuidados de los oídos (NIC 1F-1640).</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Evitar introducir objetos con punta en los oídos (NIC 1F-1640; 2). * Enseñar a los padres de familia como se limpian los oídos (NIC 1F-1640; 6). <p>La mejor manera de limpiar el oído es dejar que desarrolle su proceso natural de limpieza.</p> <p>El conducto auditivo cuenta con un sistema natural de limpieza que procura que el cerumen vaya saliendo hacia fuera y se caiga.</p> <p>Para limpiarse el oído basta con</p>	<p>Los oídos normales requieren una higiene mínima, los pacientes que tienen excesivo cerumen (cera del oído) pueden requerir ayuda de enfermería.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> * El canal auditivo que comunica el exterior con el tímpano está formado por folículos pilosos y glándulas productoras de aceite ceroso denominado cerumen. La cera actúa como protección natural del oído, atrapa el polvo, los microorganismos y las partículas extrañas y evita que penetren en él y lo lesionen.

<p>mojarse el oído en la ducha y limpiar la zona más externa del pabellón auricular con una gasa o toalla fina.</p>	
<p>Intervención Independiente</p> <p>5. Cuidados de los pies (NIC 1F-1660).</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies (NIC 1F-1660; 1). * Secar los pies cuidadosamente, los espacios interdigitales (NIC 1F-1660,4). * Examinar si en las uñas hay espesor o descoloramiento (NIC 1F-1660,21). 	<p>Los pies, al igual que las manos, requieren cuidados para estar bien. El frío, el calor y el uso de un calzado no apropiado, pueden dañarlos y provocar durezas, ampollas, callos.</p> <p>Cuidado de los pies. (En línea), (consulta 11 abril 2009); disponible en: www.innatia.com/s/c-cuidado-piel/a-cuidado-de-los-piel.html</p>
<p>Intervención Independiente</p> <p>6. Cuidados del cabello (NIC 1F-1670).</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Lavar el cabello (NIC 1F-1670,1). * Cepillar, peinar el cabello a diario (NIC 1F-1670,3). * Inspeccionar el cabello todos los días. (NIC 1F-1670,4). 	<p>Para que el pelo este sano, es necesario cepillarlo diario. El cepillado cumple tres funciones principales: estimula la circulación de la sangre de la piel cabelluda, reparte la grasa a los largo del tronco del pelo y ayuda a arreglarse el pelo.</p> <p>(Kozier, 2000 pág. 443)</p>
<p>Intervenciones Independientes</p> <p>7. Fomentar la salud bucal de Evelyn.</p>	<p>La salud bucal evita que el consumo</p>

<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios (NIC 1F-1730,2). * Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las sustancias: Solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal (NIC 1F-1730,5). * Enseñar a Evelyn a realizar la higiene bucal después de las comidas (NIC 1F-1730,13). <ul style="list-style-type: none"> - Los dientes superiores se cepillan de arriba hacia abajo en forma de barrido. - Los dientes de abajo de abajo hacia arriba. - Las muelas en la parte superior se cepillan de forma circular. - La lengua también debe de cepillarse suavemente en forma de barrido hacia fuera. 	<p>de la diete especialmente rica en carbohidratos fermentables favorezcan la colonización del estreptococo y otros microorganismos, así como la producción de ácidos y mal aliento.</p> <p style="text-align: right;">Salas A. : 686</p> <p>El restablecimiento de la salud bucal evita que la caries siga su curso evitando perdidas dentales, dolores dentarios que inhiben la masticación y provocan alteraciones dietéticas que a su vez pueden producir trastornos nutricionales y digestivos.</p> <p style="text-align: right;">(Diccionario de Medicina Océano Mosby: 224-225.)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Esta necesidad se encontraba en dependencia 4 en la valoración inicial, paulatinamente han ido disminuyendo las manifestaciones en cada seguimiento finalmente se ubica en un nivel de dependencia de 3 debido a las limitaciones todavía existentes pero en menor grado. Se contó con la participación de la paciente, familiar y apoyo del personal del servicio, al igual se tuvieron los recursos necesarios como agua caliente, jabón, e instrumentos personales para la higiene.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Termorregulación

Fecha de Identificación: 12 de noviembre

Fuente de la Dificultad: Falta de voluntad

Prioridad: Mediana Grado 3 de algunas semanas

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Hipotermia relacionado con ambiente frío y uso de prensas inadecuadas para el clima manifestado por piel fría, pálida y temperatura debajo de los normal (35.7°C).

Objetivo: Evelyn lograra un equilibrio de la temperatura corporal mediante medidas de enfermería encaminados a aumentar la temperatura en menos de 24 horas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Monitoreo de la temperatura corporal.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>* Comprobar la temperatura por lo menos dos veces por turno.</p> <p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO</p> <p>a) Preparar al paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exponer la axila de la paciente. Si se encuentra húmeda, secar la axila con una toalla con movimiento de palmoteo. <p>b) Preparación del equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar el termómetro digital previa limpieza de este. <p>Verificar el buen funcionamiento del</p>	<p>La temperatura corporal representa el equilibrio entre el equilibrio entre el calor producido y el calor perdido por el organismo. Existen dos tipos de temperatura corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura central; es la temperatura de los tejidos corporales profundos, como el cráneo, el tórax, la cavidad abdominal o la cavidad pelviana. Se mantienen relativamente constantes a 37°C. - Temperatura Superficial; es la temperatura de la piel, el tejido subcutáneo y la grasa. Esta se eleva y desciende como reacción ante el entorno.

<p>termómetro</p> <p>c) Tomar la temperatura</p> <ul style="list-style-type: none">- Encender el termómetro y esperar a que en la pantalla aparezca °C- Colocar el termómetro en la axila del paciente.- Ayudar al paciente a mantener el brazo fuertemente sujeto contra el pecho, para mantener el termómetro en su lugar- Mantener el termómetro puesto hasta que lo indique la alarma y de que la pantalla deje de parpadear <p>d) Retirar el termómetro</p> <p>e) Leer la temperatura</p> <p>f) Limpiar el termómetro y apagarlo</p> <ul style="list-style-type: none">- Limpiar el termómetro con solución jabonosa ya que es necesario eliminar la materia orgánica, antes de guardar el termómetro o usarlo otra vez.- Aclarar el termómetro con un algodón húmedo. <p>g) Registrar la temperatura</p> <p>Tomado de Kozier, 2000: 174-177</p> <p>* Realizar una grafica de los datos obtenidos de la temperatura obtenida.</p> <p>* Observar el color de la piel así como palpar su temperatura.</p>	<p>(Kozier 4ª Edit. Tomo 1 2000:168)</p>
--	--

<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Regular la temperatura corporal de Evelyn.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Enseñar a Evelyn acciones encaminadas a evitar y controlar la hipotermia, como evitar la exposición al frío, el uso de prendas adecuadas al clima. * Proporcionar alimentos a temperatura ambiente. 	<p>La regulación de la temperatura corporal se da por medio de un sistema que tiene tres partes fundamentales: los receptores localizados en la cubierta y el núcleo, un integrador hipotalámico y un sistema efector que ajusta la producción y la pérdida de calor. La mayor parte de los sensores o receptores sensoriales se encuentran en la piel, que constituye la mayor parte de la cubierta. En la lengua, las vías respiratorias y las viseras se encuentran un número menor de receptores. La piel posee receptores tanto para el calor como para el frío; sin embargo, son más los receptores que detectan el frío que los que posee del calor.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 4ª Edit. Tomo 1 2000:169)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>3. Proporcionar medidas para la Hipotermia.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Detectar los signos clínicos de la hipotermia: <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la temperatura - Tiritona grave (al principio) - Sensación de frío y escalofríos 	<p>La hipotermia consiste en una temperatura corporal central por debajo del límite inferior de la normalidad. La capacidad del hipotálamo para regular la temperatura resulta gravemente afectada cuando la temperatura corporal desciende por debajo de</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Piel pálida, fría y cérea - Hipotensión - Disminución del gasto urinario - Ausencias de la coordinación muscular - Desorientación (en estado extremo) - Mareo que puede progresar hasta el coma. <p>* Recalentamiento pasivo por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Ambiente cálido ii. Uso de cobijas <p>* Observar si se presentan síntomas asociada a la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambios del color de la piel.</p>	<p>34.5°C y la muerte se produce generalmente cuando la temperatura cae por debajo de 34°C. En los casos de hipotermia grave, el ritmo de producción de calor en cada célula desciende de forma sustancial. Es probable que se presente somnolencia e incluso coma, lo cual deprime aún más la función de los mecanismos de control de calor y evita la tiritona.</p> <p>(Kozier 4ª Edit. Tomo 1 2000:171-172)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La valoración inicial de esta necesidad fue el día 12 de noviembre 2008 encontrándose en dependencia grado 3, para lo que se ejecutaron cuidados inmediatos encaminados a la independencia de la apaciente en esta necesidad; se contó con el material necesario, equipo e instalaciones. En cada uno de los seguimientos de la necesidad, hubo variaciones en las manifestaciones, finalmente se logro un equilibrio por lo que paso a ser independencia en un nivel 2.</p>	

Plan de Intervenciones de la Necesidad de Aprendizaje

Fecha de Identificación: 12 de noviembre

Fuente de la Dificultad: Falta de conocimiento

Prioridad: Baja Grado 3 de algunas semanas

Rol de Enfermería: Ayuda

Diagnóstico: Dependencia en el aprendizaje relacionado con falta de información sobre el tratamiento sustitutivo de su padecimiento (Trasplante cardiaco) manifestado por verbalización del paciente de referir requerir conocimientos sobre el tema.

Objetivo: Evelyn lograra su independencia en relación a los cuidados del trasplante cardiaco mediante la orientación proporcionada por la enfermera en un lapso de una semana.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>1. Recopilar la información acerca de conocimientos previos, que los miembros del equipo de salud han proporcionado a la paciente y familiar.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pedir a Evelyn que explique con sus propias palabras lo que sabe del tratamiento. * Preguntar sobre las dudas que tiene. 	<p>Esta valoración ayuda a la Enfermera a identificar necesidades de información y a planificar métodos docentes apropiados.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito 1994:381)</p>
<p style="text-align: center;">Intervención Independiente</p> <p>2. Proporcionar enseñanza individual a Evelyn y su familiar sobre el</p>	<p>Es un procedimiento quirúrgico para extirpar un corazón lesionado o</p>

<p>trasplante cardiaco como tratamiento sustitutivo de la Miocardiopatía Dilatada.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar información certera, clara y de manera sencilla sobre los cuidados después de un trasplante cardiaco así como los signos de alarma. * Realizar un tríptico resumiendo los datos más importantes sobre lo referente al trasplante cardiaco: <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar sobre los cuidados y medidas que deben de hacer después de la intervención. 	<p>enfermo y reemplazarlo por el corazón sano de un donante.</p> <p>El corazón sano se obtiene de un donante que ha sufrido muerte cerebral, pero que permanece con soporte vital. Dicho órgano sano se coloca en una solución especial que lo preserva.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Saber que hacer ante una situación urgente, favorece la instauración de un tratamiento inmediato, previniendo la aparición de complicaciones importantes. <p style="text-align: right;">(Morgan 1993:271)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Esta necesidad se encontró en dependencia grado 3 debido a que tanto la paciente como el familiar desconocen o tiene duda sobre algunos tratamientos de la enfermedad y su evolución, pero sobre todo sobre los cuidados que deberán de tener después de que Evelyn sea sometida al trasplante cardiaco, por lo que esta necesidad queda en el mismo grado de dependencia debido a los diferentes cambios del tratamiento y la evolución del padecimiento. Cabe mencionar que la paciente mostró interés sobre la toma de signos vitales por lo que se le oriento y realizó trípticos sobre esto. (Ver anexos).</p>	

2.5 PLAN DE ALTA

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

Nombre: Evelyn Adriana Absolan Tlapalamatl Edad: 14^a 1/12
 Registro: 785365 Servicio: Pediatría 3 y 4 Fecha: 12/Nov./08
 Dx. Médico: Miocardopatía dilatada, Desnutrición de primer grado, Insuficiencia mitral moderada, Insuficiencia cardíaca, gastritis crónica, trastornos de la ansiedad moderada.

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

- La paciente debe de permanecer en reposo absoluto, evitar disgustos.
- Debe de tomar correctamente los medicamentos con las dosis establecidas y en un horario establecido.
- Acudir puntualmente a las consultas médicas o a urgencias en caso de presentarse alguna situación que ponga en peligro la vida del paciente.
- Preparar los alimentos de forma limpia y bien cocidos.

2. Orientación dietética:

- Consumir alimentos bajos en grasa
- Deben de ser sin irritantes.
- Hipo sódica
- Restricción hídrica de 860 ml.

Se le aconseja no añadir sal en las comidas y evitar los alimentos salados.

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
<u>Captopril</u>	<u>18 mg</u>	<u>c/8 hrs.</u>	<u>VO</u>
<u>Furosemide</u>	<u>35 mg</u>	<u>c/8 hrs.</u>	<u>VO</u>
<u>Espirinolactona</u>	<u>18 MG.</u>	<u>C/8 hrs.</u>	<u>VO</u>
<u>Carbelidor</u>	<u>1.6 MG.</u>	<u>C/24hrs.</u>	<u>VO</u>
<u>Omeprazol</u>	<u>40 m/g</u>	<u>c/24 hrs.</u>	<u>VO</u>
<u>Clonazepam</u>	<u>2 Gts.</u>	<u>C/24 hrs.</u>	<u>Por la noche</u>
<u>ASA</u>	<u>100 mg</u>	<u>c/24 hrs.</u>	<u>VO</u>

4. Registro de signos y síntomas de alarma: (Qué hacer y adónde acudir cuando se presenten).
 - Cuando haya presencia de datos de dificultad respiratoria y cardiaca.
 - Cuando hay dolor abdominal y torácico.
 - En presencia de cefaleas de inicio súbito.
 - Nauseas.
 - Se debe de detectar la presencia de datos anormales y acudir a la unidad hospitalaria más cercana; mejora ustedes.

5. Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Estomas, Ejercicios, etc.).
 - Paulatinamente debemos de iniciar con movimientos pasivos hasta donde tolere.
 - Mantener hidratada y limpia la piel.
 - Aseo dental tres veces al día.

6. Fecha de su próxima cita: Cita abierta ante cualquier situación.

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).
 - Se le solicitó autorización a la madre para realizar esta historia clínica planteándole su finalidad., accediendo muy amablemente ella y su hijo.

Nombre de la Enfermera: **Sedano Mendoza**
Diana Elizabeth.

3. RESULTADOS

Uno de los principales objetivos de la realización de este estudio de caso fue identificar las necesidades básicas en una adolescente con dependencia el la necesidad de Oxigenación mediante la realización de la Exploración Física y utilización de instrumentos de valoración como la hoja de reporte diario y valoración de las necesidades en adolescentes de 13 a 18 años.

Se realizó una valoración exhaustiva con la aplicación del instrumento de la valoración clínica en niños de 13 a 18 años, para la cual fueron necesarios 3 días. Posteriormente se realizaron 11 seguimientos con el uso de la hoja de reposte diario en diferentes fechas.

Las 14 necesidades que contempla Virginia Henderson en una filosofía evolucionaron de la siguiente manera:

La necesidad principalmente afectada fue la de **oxigenación**, la cual disminuyo considerablemente con las intervenciones realizadas, pero debido a la cronicidad del padecimiento, el tratamiento efectivo para este es el Trasplante Cardíaco mientras eso suceda solo se darán cuidados de soporte. Esta necesidad es elemental en el ser humano por lo que alteró a las demás encontrándose todas en dependencia.

En la necesidad de **Nutrición e hidratación** se cumplió paulatinamente el objetivo por lo que continua con el plan establecido. El cambio se ve reflejado en el peso de la paciente anteriormente pesaba 34 kg y ahora alcanza los 38 kg.

En la necesidad de **Movimiento y Postura**, la ejecución de este plan de cuidados se realizó durante los días de estancia en el nosocomio, los cuales fueron alrededor de 5 internamientos, dando seguimiento continuo de la necesidad. La evolución de la paciente se dio paulatinamente.

En la necesidad de **Eliminación** se realizó la ejecución del plan de cuidados mejorando el patrón intestinal, pero debido a la falta de actividad física a la que estaba sometida la paciente puede volver a caer en el problema de estreñimiento.

En la necesidad de **Realización** se observó un gran cambio dirigido a la independencia en comparación al primer contacto que se tuvo con Evelyn, ella se mostraba más sonriente y de buen humor.

En la necesidad de **Valores y creencias** la paciente se encontraba en la etapa de negación del duelo por las manifestaciones que presentaba. Se contó con el apoyo del personal y cuidadores en desarrollo de las actividades, en cada uno de los seguimientos observaron cambios favorables en esta necesidad.

En la **Comunicación** inicialmente la paciente rehusaba a establecer contacto con los demás pero poco a poco Evelyn mejoró su capacidad de comunicación, expresando más sus emociones y estableciendo comunicación con sus cuidadores.

En el **Descanso y sueño** el plan de cuidados diseñado mejoró el patrón del sueño. Se observó que disminuyeron sus manifestaciones de dependencia.

La necesidad de **Seguridad y protección** presentaba riesgo de infección debido a múltiples factores como lo puede ser las hospitalizaciones frecuentes entre otros, para ello se estructuró un plan de prevención logrando que durante este tiempo la paciente no presentó datos de infección a ningún nivel pero continúa en riesgo es decir en el mismo grado de dependencia debido a las hospitalizaciones futuras que pueda tener.

En la **Recreación** Evelyn participó activamente en actividades recreativas de su agrado, descubriendo en ella nuevas habilidades y destrezas sobre todo en las manualidades.

En las necesidades de **Vestido y desvestido**, e **Higiene** los cambios se dieron paulatinamente, finalmente aun se cuenta con manifestaciones de dependencia debido a las limitaciones todavía existentes pero en menor grado.

En la **Termorregulación** se logró un equilibrio de la temperatura corporal.

Y en la necesidad de **Aprendizaje**, se necesita que la educación y orientación proporcionada sea continua, veraz y oportuna durante todo el tiempo de tratamiento de acuerdo a las necesidades que aprendizaje que pueda tener la paciente y familiar.

En comparación con la revisión de Estudios de Casos presentados al inicio de este trabajo, se observó relación con este debido a que se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería basado en la Filosofía de las 14 Necesidades y en los tres primeros artículos la necesidad alterada fue la misma quedando jerarquizadas de manera semejante.

4. CONCLUSIONES

Este estudio de caso ha permitido interactuar el Proceso de Atención de Enfermería con el Modelo de Virginia Henderson. Además de permitir realizar una valoración más exhaustiva para así detectar las necesidades alteradas del paciente y jerarquizar, para brindar un mejor cuidado al paciente planificando adecuadamente las intervenciones de enfermería que se realizaran.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson, permite adquirir conocimientos específicos sobre el cuidado especializado de Enfermería, propiciando en el estudiante un pensamiento crítico, analítico y reflexivo el cual se reflejara en el ejercicio profesional cada día, pero sobre todo en la atención proporcionada a cada uno de los pacientes, por que los cuidados serán sistematizados de forma lógica, efectivos e individualizados.

Es preciso mencionar que la relación enfermera-paciente-familiar fue satisfactoria, me permitió realizar la valoración e interactuar con ellas. A pesar de que la paciente al principio se encontraba iniciando el duelo, era un poco apática, conmigo mostró amable y cooperadora.

El logro de los objetivos fueron alcanzados en un 90% debido a los cambios repentinos y a la evolución del padecimiento para el cual es necesario el tratamiento sustitutivo como lo es el Trasplante Cardíaco para lo cual Evelyn se encuentra en protocolo en lista de espera, solo así las necesidades básicas de la paciente posiblemente con el transcurso de un tiempo considerable disminuyan el grado de dependencia o logren la independencia.

5. SUGERENCIAS

- Se sugiere seguir estimulando a los alumnos la elaboración de Estudios de Caso utilizando algún modelo teórico de Enfermería.
- Investigar sobre otros estudios relacionados con pacientes que presenten la misma necesidad alterada y quizá modifique los planes de cuidado dirigidos a la independencia de la paciente.
- Realizar publicaciones de Estudios de Caso para acrecentar el acervo bibliográfico de nuestra profesión.
- Participar en congresos, sesiones clínicas o eventos difundiendo los estudios de caso realizados en las diferentes especialidades para así darlos a conocer a mayor número de personas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro Rosalinda; Lafevre. Aplicación de Proceso Enfermero. 5ª edición. México, Ed. Masson 1995.

Behrman Richard E.; Robert M. Kliegona; Kal B. Json. Tratado de Pediatría Vol. II. 16ª edición. México D.F. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2001.

Christensen J. Paula; Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. 1993.

Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. Cruzada Nacional por la Calidad de la Salud. México; Diciembre 2001.

Doenges Marylynn E., et. Al., Planes de cuidado de Enfermería 7ª edición Edit. McGrawHill, Pág. 125

Donna L. Wong Enf. Pediatrica 4ª edición Editorial Mosby.

Dugas, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2000.

Espino Vela Jorge. Cardiología Pediátrica. 3ª Edición México D.F., Editores Méndez S.A. De C.V. 1994.

Fernández Ferrín, Carmen, Gloria Novel Martí. El proceso de Atención de Enfermería, estudio de caso. 1ª edición España, Ed. MASSON S.A., 1999.

Graham Rumbold. Ética en Enfermería. 3º edición. México D.F. Ed. McGRAW-HILL Interamericana; 2000.

Iyer Patricia W.; Bárbara J. Taptich; Donna Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería 3ª Edición. México D.F Ed.McGraw-Hill Interamericana; 1997.

Jonson Marion; Gloria Bulechek; et.al. Interacciones NANDA, NOC y NIC, .2ª Edición. Ed. Elsevier Mosby 2007.

Joyce E. Dains; Henry M. Seidel; Jane W. Ball. Manual Mosby de Exploración Física. 2ª edición, España. Ed. Mosby.

Kozier Bárbara, Gleonora. Enfermería fundamentada, conceptos, proceso y práctica Tomo1. 3ª edición. Madrid Ed. McGraw-Hill Interamericana 1995, 1999 y 2000.

Martínez y Martínez Roberto. La salud del niño y el adolescente. 5ª Edición México D.F., Ed. El Manual moderno 2005.

Marriner-Tomey: Virginia Henderson en: Modelos y teorías en Enfermería. 4ª edición, España. Ed. Harcourt, 2002.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".

Potter Diana Odell; Minnie Bowen Rose. Estudio Clínico Integral. 1ª edición, México D.F. Ed. McGraww-Hill Interamericana.

Potter Patricia A.; Anne Griffin Perry Fundamentos de Enfermería Teoría y práctica. 3ª edición Ed. Harcourt.

Riopelle, L. Grondin Cuidados de Enfermería. Madrid España. Ed. McGraw-Hill 1997.

Slota, Margaret. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Niño 2000.

Salas A. Max, (et al). Guía para el Diagnóstico de Terapéutica en Pediatría 4ª edición
Edit. Masson Doyma México.

Thomson Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM. Edición 50ª 2004.

Diccionario de Medicina Océano Mosby.

Internet

ISSN 1657-9534 Versión online Nutrición en el niño cardiópata
Carlos Alberto Velasco, M.D

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38N%B01%20supl/html/v38n1s1a7.html>

REFERENCIA HEMEROGRAFICAS

Anton Riera Joseph; Mireia. Boixadera Vendrell. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Enfermería Clínica. 2003; 13 (4): 246-250.

Añorve Gallardo Araceli; Araceli Torres Bonilla. Estudio de caso del Paciente con Síndrome de Down y Coma Mixedematoso. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero-Agosto 2005; 13(1-2): 37-43.

Castillo E.; M. Domínguez. Planificación de Alta de un Enfermo con Trasplante Renal. Enfermería Clínica, 1999; 3(4): 163-166

Chávez García Claudia. Métodos de Enfermería y el Modelo de Henderson en un paciente con Estenosis Mitral y Accidente Cerebro vascular, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2007 Enero-Abril; 15(1): 14-18

Chávez García Claudia, Noé Sánchez Cisneros. Estudio de caso de un individuo con Lupus Eritematoso generalizado en una unidad de Cuidados Intensivos., Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Mayo-agosto 2007; 15(2): 54-61

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

Elorza Puyadena I, Ana Gordo Askasibar; et. al. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Evidentia 2007 Marzo-Abril 4(12). En <http://www.indexf.com/evidentia/n14/316articulo.php>. Consultado en Octubre 2007.

Enfermeras de Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román. Plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enero-Marzo 1999; 7(1-4):53-57

Espinosa Meneses Verónica. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía.

Desarrollo Científico Enfermería, 2003; 11(1): 24-29.

Ferrer Pardavila, Ángeles; García Sanpedro, Rosario; Barreiro Bello, José María. El Proceso de Atención y la relación de ayuda en Enfermería Pediátrica. Cultura de los Cuidados, 2003 1er semestre; Año VII (13): 52-62.

Flores Montes Imelda Lic. Enf., Lic. Enf. Araceli Añorve Gallardo, Dr. Pablo Emilio Escalante Salgado. Cierre asistido con presión negativa en el tratamiento de mediastinitis. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006: 90 – 97.

Guallarti Monterde Mercedes, Núria Roca Capara. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino, Enfermería Clínica, 1998; 8(2): 84-86.

Lugo Escobedo, Diana Julieta; Sandra Frutos Balzazar; Araceli Añorve Gallardo. Adulto Mayor con Patología Cardiovascular y Neurovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2003 Enero-Abril; 11(1): 18-25

ORTEGA Vargas Ma. Carolina. Valoración de Enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001 Enero-Abril; 9(1): 18-23

Ortiz Jiménez Felipe Manuel; Carmen María Poza Artés. Cuidados de suplencia total en el ACV. Intervención en el afrontamiento familiar comprometido y conocimientos recientes. Revista de Enfermería Basada en la Evidencia; 2007 Mayo-Junio; 4(15) Num. 5 En [//www.indexf.com/evidencia/n15/329articulo.php](http://www.indexf.com/evidencia/n15/329articulo.php)

Parra Basurto Azyadet et.al. Procesos de Atención de Enfermería a un paciente con Estenosis Aórtica crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2003 Mayo-agosto; 11(2): 14-18

Poza Artes CM; Ortiz Jiménez FM. Plan de cuidados al paciente Laringectomizado total. Evidencia 2006 Noviembre-diciembre 3(12). En <http://www.indexf.com/evidencia/n12/266articulo.php>. Consultado en Octubre 2007

Sánchez León Virginia. Cuidados Básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería del IMSS, 2001; 9(2): 91 – 96

Sierra Pacheco, Magdalena. Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006 Enero-Abril; 14(1): 16-23

Solis Mohedano María Eugenia. Valoración de Enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Desarrollo Científico Enfermero, Octubre 2008; 16(9): 414-417.

6. ANEXOS

ANEXO 1
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Plan Unico de Especialización de Enfermería

**Instrumentos de valoración
clínica en niño de 13 a 18 años**

Especialización en Enfermería Infantil



Elaboro:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostiguiñ Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 13-18 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	Nombre: _____ Edad _____
	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
	Escolaridad: Padre _____ Madre: _____ Adolescente: _____
	Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
	_____ Domicilio: _____
	_____ Procedencia: _____
	Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____

II F A M I L I A	Qué problemas de salud a tenido usted o su esposo últimamente: _____
	Características de la vivienda: Propia _____ Rentada _____ Tipo de construcción: _____
	_____ Servicios intradomiciliarios: _____
	Disposición de excretas: _____
	Descripción de la vivienda: _____

	¿Quién aporta los ingresos económicos de la familiar? _____
	Medios de transporte de la localidad: _____
¿Cuánto tiempo haces de tu casa al centro de salud más cercano? _____	
Y de tu casa al Hospital: _____	

III
A
N
T
E
C
E
D
E
S

Orientación en la hospitalización: Si han explicado los siguientes aspectos: Horarios de visita: Sí ___ No ___ Sala de espera: Sí ___ No ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí ___ No ___ Informes sobre el estado de salud: Sí ___ No ___ Horarios de cafetería: Sí ___ No ___ Servicios religiosos: Sí ___ No ___ restricciones en la visita: Sí ___ No ___

Valoración de las necesidades básicas del adolescente: Complete la información incluyendo las palabras del familiar o del joven:

Motivo de la consulta/hospitalización: _____

Problemas de salud anteriores/Contactos con enfermedades transmisibles: _____

Qué dificultad presenta para satisfacer sus necesidades: _____

Alimentación

Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____ Perímetro braquial: _____

¿Dinos cómo es tu apetito? Bueno: _____ Poco: _____ Mucho: _____ Los horarios de la comida son regulares: _____ Cuál es el horario: _____

El lugar preferido para comer es: _____ En compañía de quién comes: _____

_____ Cuáles son tus alimentos y bebidas preferidas: _____

¿Cuáles son desagradables para ti? _____

1 Conoces los cuatro grupos básicos de alimentos:

Tienes alguna dieta especial: _____

Tienes alergia a algún alimento: _____

Tus emociones interfieren en la alimentación o digestión: _____ ¿Cuáles? _____

Menciona la cantidad de alimentos que acostumbras en un día:			
Cantidad de alimento	Desayuno	Comida	Cena
1 Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____
Te gusta la comida del hospital: _____			
Eliminación			
Tienes problemas para evacuar: _____ Padeces estreñimiento: _____ Diarrea: _____ Parásitos: _____			
Qué hacer para remediarlo: _____ Cómo son las heces: _____			
Habitualmente la sudoración es: Escasa: _____ Abundante: _____ Poca: _____			
Si eres una joven:			
2 Ya menstrúas: _____ A qué edad iniciaste _____ Cada cuándo _____ Dinos cómo es la menstruación: _____ ¿Qué significa para ti "Tener menstruación"? _____	_____ ¿Tienes alguna duda sobre esto? _____		
_____ ¿Cuántas veces orinas al día? : _____ La cantidad aproximada es: _____			
_____ El color de la orina es: _____			
Oxigenación			
3 Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____			
Pulso: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____			
Dificultad respiratoria (anotar características): _____ _____			
Fumas: Sí _____ No _____			
¿Quién fuma de la familia? _____			
Ruidos respiratorios: Lado izquierdo: _____			
Lado derecho: _____			
Ventilación: _____			
Asistida: _____ Controlada: _____			

Tos: _____ Medidas para controlarla: _____

Características de las secreciones bronquiales:

Secreciones bronquiales	Cantidad	Consistencia	Color	Olor
Expectoración	_____	_____	_____	_____
3 Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____
Cavidad oral/nasal	_____	_____	_____	_____

Humidificación y oxigenación: _____

Coloración de la piel: _____ Integridad: _____ Petequias: _____

_____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo - sueño

¿Cuántas horas duermes al día: _____ Qué acostumbras hacer antes de dormir: _____

4 _____ a qué hora te acuestas: _____ A qué hora te levantas: _____

Duermes bien: _____ Despiertas por la noche: _____ Cuántas veces: _____

Tienes pesadillas: _____ Caminas dormido: _____

Vestido

Qué ropa te gusta usar: _____

Qué significa para ti el uso de la ropa que te gusta: _____

5 Tienes la ropa apropiada para usar en el hospital: _____

Puedes vestirte solo: _____

Tienes algo que decir sobre la ropa: _____

Termoregulación

6 Cómo consideras el ambiente de tu casa: Caluroso: _____ Templado: _____ fría: _____, Cuando tienes fiebre ¿cómo la controlas? _____

Movilidad

Eres diestro o zurdo: _____ Tienes que ocupar un aparato ortopédico: _____ ¿Cuál? _____
 ¿por qué?: _____

7 Cuando caminas, adoptas una postura: _____

Haces ejercicio: _____ de qué tipo: _____

Prácticas algún deporte: _____

Describe la forma en que acostumbras a estar sentado: _____

Comunicación

Cuánto tiempo tienes viviendo en la localidad: _____ Cuántos hermanos tienes: _____

Qué lugar ocupas en la familia: _____ Vives con tus padres: _____ Familiares: _____

Solo: _____

Otro lugar: _____ Tienes dificultad para oír: _____ Ver: _____

8 Usas lentes: _____ ¿Qué haces si tienes una alergia? _____

¿Qué haces si tienes diarrea, gripa o alguna enfermedad? _____

¿Con quién acudes si tienes algún problema? _____

¿Cuando pides ayuda a alguien, cómo te sientes?: _____

¿Aceptas la ayuda de los demás? _____

¿Cómo te llaman en la familia? _____

¿Cómo te llaman tus amigos?: _____

Perteneces a un grupo: _____ ¿Cuál? _____

Higiene

- ¿Con qué frecuencia te bañas? _____ Acostumbas lavarte las manos
 después de ir al baño y antes de comer: _____ Cuántas veces te cepillas los dientes: _____
 Cuántas veces acudes al dentista al año: _____ Tienes prótesis dental: _____
 ¿Cuál?: _____ Tienes algún problema en la piel: _____

Recreación

- ¿Tienes alguna actividad preferida? _____ ¿Cuál es? _____
 ¿Te gustan las colecciones? _____ ¿De qué tipo? _____
 ¿Te gustan los animales? _____ ¿Tienes uno en casa? _____
 ¿Cuántas veces a la semana sales con tus amigos?: _____ ¿A qué lugares acuden? _____
 _____ ¿Cuántas horas ves la televisión? _____ ¿Cuáles son tus programas
 favoritos? _____

Religión (valores y creencias)

- ¿Cuántas veces al mes acudes a la iglesia? _____
 ¿Qué piensas sobre la muerte? _____
 ¿Para ti qué es la enfermedad? _____

Seguridad y protección

- ¿Qué enfermedades has padecido? _____
 ¿Has consultado a otras personas diferentes a los médicos? _____
 ¿Quiénes te visitan de su casa? _____
 ¿Eres alérgico a algún medicamento? _____
 ¿Qué medicamentos tienes en casa?

Nombre del medicamento	Clase	fecha	Como lo tomas
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

¿Qué cambios importantes ha habido en tu familia, como cambio de domicilio _____ separación de los padres _____

¿Cómo te has sentido con esos problemas? _____

1 ¿Tienes alguna preocupación? _____

2 ¿Qué piensas de tu hospitalización? _____

¿Cómo sientes tu cuerpo cuando estás enfermo? _____

Existe la posibilidad de que hayas estado en contacto con amigos (as) que padezcan alguna enfermedad contagiosa: _____ ¿Como cuáles? _____

Aprendizaje

¿Estudias? _____ ¿Qué año cursas? _____ ¿Aprendes? _____

¿Has estado hospitalizado antes? _____

1 ¿Cuántos años tenías? ¿Cómo te sentías? _____

3 Menciona qué temas te gustaría hablar con la enfermera: _____

Realización

De todo lo que has hecho en la escuela y en tu casa ¿qué te ha causado más satisfacción? _____

1 _____

4 ¿Qué te gustaría ser cuando seas adulto? _____

¿Trabajas? _____ ¿Qué haces en tu trabajo? _____

¿Con lo que tu haces logras satisfacer tus necesidades o ambiciones?: _____

OTROS DATOS

¿Tienes alguna pregunta que hacer? _____

Observaciones: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos 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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia

Total = Dt
Temporal = Dtm
Parcial = Dp
Permanente = D pr.

Causas de la dificultad

Falta de Fuerza = FF
Falta de Voluntad = FV
Falta de conocimiento = FC



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

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

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita: _____

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____



ANEXO 2
 Universidad Nacional Autónoma de México
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
 División de Estudios de Posgrado
 Especialidad en Enfermería Infantil I

187

REPORTE DIARIO

Alumno: _____ Servicio: _____ Fecha: _____
 Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos Históricos (Interrogatorio):

Datos Objetivos:

Peso: _____ Talla: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ Temp: _____

Otros:

Datos Subjetivos:

A) Observación general:

B) Exploración de la necesidad (exploración física cuando corresponda)

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

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

_____, cuyo Objetivo principal es: _____

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

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

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma
Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

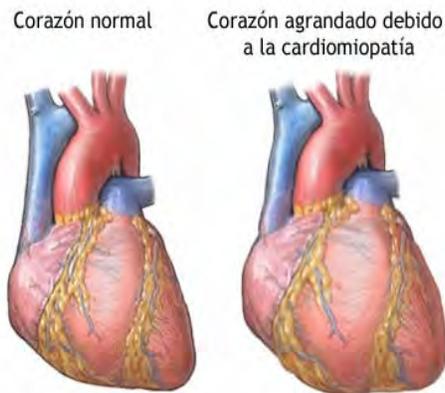
México, D.F. a _____ de _____

ANEXO 4**TRIPTICO**

¿Qué es un trasplante cardiaco?

Es un procedimiento quirúrgico para extirpar un corazón lesionado o enfermo y reemplazarlo por el corazón sano de un donante.

El corazón sano se obtiene de un donante que ha sufrido muerte cerebral, pero que permanece con soporte vital. Dicho órgano sano se coloca en una solución especial que lo preserva.



¿Qué pasos se llevan a cabo?

Antes de indicar el trasplante, se le hace una valoración de los beneficios, de los riesgos y de la evolución del paciente.

Al paciente cardiaco se le hace una evaluación completa para determinar la gravedad de su enfermedad y para asegurarse que el TC es la única y la mejor solución para su enfermedad.

Se le incluye en lista de espera para trasplante cardiaco a nivel nacional.

Inicia en protocolo

Para realizar un TC no vale cualquier corazón. Es necesario estudiar el corazón que se dona para saber si es válido, ya que el pronóstico después del trasplante depende de la función ventricular del corazón trasplantado.

Para que un corazón sea válido se valora:

- 1.- Edad:
- 2.- Ausencia de enfermedades transferibles
- 3.- Ausencia de cardiopatía
4. Al obtener un corazón de cadáver óptimo para el trasplante, se recurre a la ONT para encontrar el receptor más compatible, ya que han de tener:
 - Edades similares
 - Peso corporal similar
 - Tamaño del corazón similar
- 4.- Compatibilidad inmunológica.

Finalmente cuando hay un corazón disponible, el paciente ingresa a hospitalización.

¿Qué cuidados debo de tener en caso después del trasplante?

Se les recomienda una serie de medidas encaminadas a la prevención de complicaciones:

- ✂ Control del peso corporal.
- ✂ Control de presión arterial (dieta hiposódica).
- ✂ Control del colesterol (sin grasas ni embutidos).
- ✂ Control de la glucemia.
- ✂ Hacer ejercicio moderado: natación, bicicleta, andar, pescar, haciendo precalentamiento
- ✂ Evitar hacer o recibir visitas innecesarias
- ✂ No convivir con personas que padezcan enfermedades contagiosas ni con animales domésticos
- ✂ Mascarilla al ir a locales públicos: cine, hospital.
- ✂ Cepillado de boca después de cada comida
- ✂ No recibir vacunas con gérmenes vivos atenuados.
- ✂ Mantener limpia la casa.
- ✂ Comer con poca sal. Evitar grasas de origen animal y la carne de cerdo. Ni crudos ni embutidos.
- ✂ No recalentar platos fríos.
- ✂ Evitar exposiciones prolongadas al sol.

✂ Anotar los efectos no previstos de la medicación.

¿Cuáles son los signos de alarma?

Aparición de:

- ✂ Fiebre
- ✂ Malestar general
- ✂ Disnea
- ✂ Tos
- ✂ Expectoración
- ✂ Molestias al orinar
- ✂ Lesiones en la piel
- ✂ Náuseas o vómitos, mareos o inestabilidad
- ✂ Palpitaciones o Arritmias
- ✂ Edemas de pies o párpados.

☺ Ante la aparición de cualquiera de ellos, deben venir al hospital.

“EL CUIDADO ESTA EN TUS MANOS”



Elaboró:

SEDANO MENDOZA DIANA ELIZABETH

Tutora:

EEI. MARECELA CRUZ JIMENEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL**

**HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
“FECERICO GÓMEZ”**



**¿QUE ES UN TRASPLANTE
CARDIACO?**

Mayo 2009