



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A UNA LACTANTE MAYOR CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD

DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN POR LINFOHISTIOCITOSIS

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

PRESENTA:

L.E.O. MARIA DE LOURDES ALARCÓN ENCINO

ASESOR:



E.E.I. MA. DE LOS ANGELES NOLASCO ORTIGOZA

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitirme llegar a esta etapa de la vida y de cumplir un sueño más.

A mis padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de mi vida. MIL GRACIAS.

A Camila y sus padres por su colaboración en la elaboración de este estudio de caso.

A mi asesora y tutores, por su asesoría y paciencia recibida durante la especialidad.

Al Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y al personal que ahí labora por brindarnos todo su apoyo.

A los niños del HIM por regalarnos una sonrisa a pesar de su dolor.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
I. ANTECEDENTES	
1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	4
1.2 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.....	13
1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	26
1.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	64
1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA.....	74
II. METODOLOGÍA	
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.....	78
2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN.....	86
2.3 PROCESO DE DIAGNÓSTICO.....	86
2.4 PLANEACIÓN.....	100
III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	170
IV. CONCLUSIONES.....	173
V. SUGERENCIAS.....	174
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	175
VII. ANEXOS.....	179

-Historia Clínica de Enfermería

-Hoja de Reporte Diario

-Consentimiento informado

INTRODUCCIÓN

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) brinda a los profesionales de Enfermería la oportunidad de unificar criterios en la asistencia del cuidado integral del paciente, ya que comprende de una serie de pasos sistematizados que permite brindar cuidado de una manera individualizada de acuerdo a las necesidades.

Es por ello que se realiza el presente estudio de caso durante la especialidad de Enfermería Infantil con sede en el hospital Infantil de México "Federico Gómez" a una lactante mayor con el diagnóstico de Linfohistiocitosis hemofagocítica; para el desarrollo de este estudio; se aplica el Proceso de Atención de Enfermería en base a la propuesta de Virginia Henderson.

El caso está estructurado de la siguiente forma.

En el capítulo I se desarrolla una búsqueda de artículos con la aplicación de la metodología ya mencionada. Posteriormente se describe la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, así como la filosofía de Virginia Henderson. Se continúa con los aspectos éticos en donde se menciona el código de ética para enfermeras y enfermeros de México.

También se expone el factor de dependencia en la necesidad de seguridad y protección en una lactante mayor con linfohistiocitosis hemofagocítica.

En el capítulo II se presenta la metodología que se utilizó para la elaboración del estudio de caso. Se obtienen los datos mediante una valoración focalizada y por necesidades a través de instrumentos tales como: hoja de reporte diario y cedula de valoración de 0-5 años. Continuando con la secuencia sistematizada de la metodología se procede a realizar el análisis de datos que nos permite identificar las necesidades en dependencia e independencia y las prioridades de las mismas con

las que se elaboran diagnósticos de Enfermería jerarquizando las necesidades más alteradas. Se realizaron objetivos para las intervenciones del problema con los cuales se formularon planes de intervenciones de Enfermería especializada, finalizando con la evaluación que comprende Estructura, Proceso y Resultado, y por último se dan a conocer las conclusiones, bibliografía y los anexos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ∞ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería orientado en la propuesta teórica de Virginia Henderson para otorgar cuidados especializados a una lactante mayor con dependencia en la necesidad de seguridad y protección.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ∞ Realizar valoraciones focalizadas para identificar las necesidades alteradas en una lactante mayor.
- ∞ Elaborar diagnósticos de Enfermería de manera que expresen el grado de dependencia o independencia en la satisfacción de la necesidad de la lactante.
- ∞ Hacer planes de intervenciones incluyendo al cuidador primario orientado a proporcionar un cuidado integral a las necesidades alteradas.
- ∞ Ejecutar y evaluar el plan de intervenciones.

1. ANTECEDENTES

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Para la elaboración del siguiente trabajo se llevó a cabo la revisión de diferentes artículos, donde se encontraron un total de 12 Estudios de caso en, en los cuales se aplica el Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson, en la etapa pediátrica, ninguno está relacionado con el factor de dependencia de este estudio, pero sirvieron de referencia. Los cuales se presentan a continuación por grupos de edad.

En el hospital central militar en el servicio de pediatría en el año 2006 se realizó el siguiente Proceso de Atención de Enfermería.

Paciente femenina de 51 días de nacida, que presenta cianosis importante desde el nacimiento que se agudiza con el llanto y la alimentación con diagnóstico de cardiopatía congénita cianógeno del tipo de ventrículo único encontrándose en el servicio de cardiopediatría.

Se elabora un plan de cuidados de enfermería, en el cual se utiliza, el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, en el periodo posquirúrgico.

Como profesionales de enfermería nos encontramos ante situaciones muy complejas en nuestro trabajo diario, la cardiopatía congénita del ventrículo único como la de este paciente que tiene múltiples variables no descritas en la bibliografía, nos damos cuenta con esto que aun con todos los avances científicos es muy difícil su tratamiento por las múltiples complicaciones que presentan ya que en muchas ocasiones por la falta de medios y recursos económicos es difícil de hacer un diagnóstico oportuno. Su hospitalización 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 provoca su fallecimiento. La experiencia que se tiene que considerar en este tipo de casos, es proporcionar un trato de calidad y calidez tanto al paciente como a la familia, ya que aun cuando los cuidados que se proporcionan son los mejores no se

puede evitar las complicaciones que se presentan por la fisiopatología propia de la enfermedad y los tratamientos son solo paliativos. A través del plan de cuidados se logran optimizar las actividades en esta paciente y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento.¹

El siguiente estudio fue elaborado por Jesús David Rodríguez a un Recién Nacido prematuro de 27 semanas de gestación y un peso de 420 g, que nació como consecuencia de una preeclampsia materna y un crecimiento intrauterino retardado.

Se usó el modelo de Virginia Henderson, utilizando las etiquetas diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association.)

Se concluye que el uso de un plan de cuidados estandarizado basado en una valoración rigurosa de padres y recién nacido pretermino ha dado como fruto el crecimiento y desarrollo adecuado de este, a pesar de las secuelas inherentes a su patología. Actualmente con dos años de vida, la niña tiene un desarrollo neurológico y psicomotor normal, aunque con percentil en peso y talla inferior al percentil 3. Este plan de cuidados está en continua revisión.²

Este estudio se realizó a un Recién Nacido del sexo femenino ingresada en el área de Neonatología del Hospital Infantil Sant Joan de Déu, Esplugues (Barcelona), cuyo diagnóstico médico fue recién nacido pretermino de 29 semanas de gestación afectada de bronconeumonía, soplo sistólico y nesidioblastosis. Durante los primeros días de vida preciso ventilación mecánica y antibiótico terapia.

El objetivo de este estudio 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 de 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.

¹ Cruz López María. Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita por ventrículo único, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Mayo-Agosto, 2006. Volumen 14, Pág 56-61.

² Rodríguez Jesús David, Recién nacido prematuro, Revista de Enfermería clínica, Volumen 4, 2010. Pág.255-259.

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 periódicamente, teniendo en cuenta el estado general de la recién nacida y la respuesta a los cuidados 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.³

El siguiente caso fue elaborado por Cruz López Luz María a un niño de 8 meses de edad con cardiopatía congénita, y un peso 5,500 kg que ingresa al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en situación de posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca de corrección de defecto de Canal Aurículo-Ventricular completo.

Se realiza un plan de cuidados que ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. A través de las 14 necesidades de Virginia Henderson al niño y a la familia. Se presenta el plan de cuidados utilizando la taxonomía de la NANDA.

Entre las ventajas del uso del lenguaje enfermero común y estandarizado están las de favorecer el desarrollo del conocimiento, facilitar la mejora de los cuidados y la enseñanza, en la toma de decisiones clínicas a los estudiantes de enfermería. En la situación de postoperatorio inmediato que se presenta en el caso todas las actividades las realiza la Enfermera en la unidad, pero las propias características de la misma no permitieron trabajar en tiempo real. Toda la labor de organizar la

³ Guallartí Monterde Mercedes, Núria Roca Capara, Cuidados de enfermería a un Recién Nacido Pretermino, *Enfermería Clínica*, 1998; 8(2):84-86.

información se hizo posterior y con la bibliografía necesaria. El uso de un proceso sistemático y organizado ha sido de esencial importancia para organizar las ideas. El integrar un lenguaje para enfermeros en la práctica diaria es de gran utilidad y favorece el desarrollo de nuestra profesión. El desarrollo de los planes de cuidados estandarizados y el uso de herramientas informáticas adecuadas puedan contribuir a la aplicación práctica y simplificada del proceso de atención de enfermería sin dejar de lado los valores humanistas y la atención personalizada y única que nuestros pacientes necesitan.⁴

El siguiente plan de cuidados fue elaborado en el hospital Teresa Herrera de San Juan Canalejo por Ferrer Paravilla y se trata de una niña de 11 meses de edad que ingresa por estancamiento ponderal, cardiopatía congénita y Síndrome de Down. El objetivo de este estudio es reflexionar sobre el cuidado y la relación de ayuda en el ámbito enfermero (a).

Se valora la necesidad según el modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la taxonomía de la NANDA y adaptados al programa informático de Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA).

La Relación de Ayuda (RA), es un proceso de crecimiento personal de los usuarios y profesionales que pueden resolver problemas físicos que llegarían a desencadenar en problemas de conducta. El Proceso de Atención de Enfermería a partir de un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con los pacientes Y/o familiares. Los profesionales de enfermería se han simbolizado como la persona que ayuda a los demás de su entorno, y a cuidarlos en sus enfermedades, es decir que orientamos nuestra existencia hacia aquellos que tienen necesidad. Con este denominador podemos afirmar que nuestra profesión es de ayuda. Pensamos que en realidad el entrenamiento en habilidades de comunicación, se ha ceñido durante mucho tiempo, a profesionales que trabajan directamente en salud mental. Todo ello ocasiona que los profesionales de enfermería que hemos

⁴ Fernández S. Alonso, Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita. Enfermería en cardiología N. 44 Año xv 2008(44), Pág. 33-36)

carecido de esta formación y entrenamiento, precisemos adquirir conocimientos, habilidades y experiencia personal en su aplicación, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas. Destacamos la importancia del trabajo en equipos multidisciplinarios. La planificación de cuidados de alta y su seguimiento, son pautas necesarias para completar el proceso de atención de enfermería.⁵

El presente estudio de caso de fue realizado a un lactante de 1 año 4 meses de edad con dependencia de oxigenación y fue realizado por la licenciada Verónica Espinosa Meneses, en 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 proporcionó apoyo ventilatorio. El diagnóstico médico fue Neumonía con derrame y empiema pleural y se le inicia 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.

Se utilizó un Instrumento diseñado por las autoridades de la especialidad en Enfermería Infantil de la Escuela Nacional de Enfermería, basado en las necesidades básicas del niño de 0-5 años con orientación en la propuesta teórica utilizada, para el grado de dependencia de cada variable de la necesidad, fue considerada la propuesta hecha por Phaneuf a través del continuum independencia- dependencia.

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 que este estudio nos proporciona.

Llevar a la práctica conceptos abstractos, como la propuesta de Virginia Henderson, se puede decir que es factible su aplicación en el área de enfermería infantil, además de permitir al individuo como un ser integrante en su entorno familiar, con diferentes

⁵ Ferrer Paravilla, Ángeles García San pedro Rosario, El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica revista primer semestre 2003, año VII, Núm. 13.

necesidades y no únicamente biológica. Así como también se ve beneficiado la práctica de enfermería al contar con una base teórica para destacar su acción independiente.⁶

El siguiente estudio de caso fue realizado por la Licenciada María Amalia Benítez Trejo a un niño de 4 años 6 meses, con VIH positivo, en el Hospital Infantil de México atendido en la clínica de VIH/ SIDA. (Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)

El trabajo se realizó durante el año escolar de la especialidad de Enfermería Infantil. Teniendo como base el proceso de atención de enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, aplicado a un caso particular, un preescolar con alteración en la necesidad de seguridad y protección.

Se realizaron 8 valoraciones focalizadas, posteriormente se estructuraron los diagnósticos pertinentes con el formato P.E.S (Problema, Etiología, signos y Síntomas) diseñándose intervenciones independientes e interdependientes, así como un plan de alta.

La utilización del proceso de enfermería con la filosofía de Virginia Henderson permitió que los cuidadores proporcionados al niño fuesen resultado de una valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de la dificultad y problemas de dependencia en un preescolar, de esta forma, permitió orientar la valoración de Enfermería para obtener datos objetivo y subjetivos de la persona, particulares a cada necesidad y características del niño, destacando la identificación del grado de dependencia o independencia, ofreciéndole al individuo una atención integral y específica.⁷

El presente caso fue elaborado por Partera Luque a una niña de 5 años, postoperada de un quiste de colédoco desarrollo una pancreatitis y múltiples complicaciones (Ascitis, fístula pancreática, derrame pleural, paniculitis de tejido graso, necrosis epidérmica tóxica y trombosis de la vena femoral derecha), durante

⁶ Espinosa Meneses Verónica, cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía, Desarrollo científica de enfermería. Volumen 11, Numero 1, Enero-Febrero 2003, Pág.24-29.

⁷ Benítez Trejo Amalia, Proceso del cuidado a un preescolar con VIH, Enfermería universitaria, Pág. 13-23.

su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en un hospital de Barcelona España.

Para este estudio se aplica el Proceso de Atención de Enfermería y valoración de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson con problemas de colaboración, Diagnósticos de enfermería reales y de riesgo e incluyendo la utilización de la taxonomía NANDA.

Durante la estancia de la niña en la unidad se lograron los objetivos fijados en el plan de curas de enfermería, se redujo la ansiedad inicial de los padres y se incrementó parcialmente la autonomía de la madre en los cuidados de la niña, ayudando a minimizar el síndrome de estrés al traslado.

A pesar de que en cualquier Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos las actividades de enfermería se centran básicamente en problemas de colaboración que requiere una actuación rápida, eficiente y eficaz, es imprescindible la inclusión de los padres en la planificación de los cuidados ante cualquier paciente pediátrico.⁸

Este caso fue realizado a un niño de 6 años de edad, diagnosticado de hipospadias, que ingresa en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital General Yagüe de Burgos. En el año del 2004, para practicarle la técnica “colgajo prepucial vascularizado en isla de doble cara” y corregirle su patología

La metodología fue la taxonomía Nanda para los Diagnósticos de Enfermería (Clasificación 2003-2004) y se ha codificado con las clasificaciones de interacciones y resultados de enfermería NIC (Nursing Intervención Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) utilizando a Virginia Henderson para realizar la valoración por necesidades.

Se evidencia que una actuación de enfermería planificada en función de las necesidades consigue una evolución adecuada y evita la aparición de

⁸ Partera Luque Carmen, Molina Pacheco Silvia Gesti Y Caverro Calvo Begoña, Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre, Enfermería Clínica 2003, Vol. 5, Pág.313-320

complicaciones a corto y largo plazo, y tanto físicas como mentales en niños con hipospadias.⁹

Se presenta el caso de una adolescente con amputación bilateral pélvica la cual tiene 11 años, miembro de una familia nuclear de 5 integrantes, diagnosticada en el 2004 con LES (Lupus Eritematoso Sistémico), en abril del 2005 presenta infarto cerebral por abandono en el tratamiento, en agosto del 2006 acude al servicio de urgencias por presentar irritabilidad, llanto fácil, labilidad emocional, mirada fija, alucinaciones, además de hipotermia, dolor, ardor, llenado capilar retardado, cambio en la coloración de tobillos y pies de 5 días de evolución, donde es diagnosticada con vasculitis de miembros pélvicos.

La valoración de las necesidades fue con el modelo de Virginia Henderson, así como la historia clínica, el consentimiento informado, esquemas gráficos, propuestos por Margot Phaneuf para determinar el grado de dependencia de cada necesidad. Se utilizó el formato PES y las etiquetas diagnósticas la taxonomía de la NANDA.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en conjunto con el modelo de Henderson pueden ser herramientas de mucha utilidad a la hora de brindar los cuidados, pero debe contarse con conocimiento y destreza en su aplicación, de lo contrario los resultados que se obtengan no serán los deseados. Incluir a la familia en todo momento resulta de mucha utilidad ya que permite fomentar y reforzar los lazos afectivos.¹⁰

Estudio de caso fue realizado a un adolescente masculino que a la edad de 8 años, presenta dolor articular en rodillas y pies y a la edad de 13 años presento imposibilidad para caminar con dolor en cadera derecha, por lo que es ingresado a un hospital de tercer nivel para su tratamiento.

Se cuenta con la valoración global continua del estado independiente o dependiente del paciente. Se empleó la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración

⁹ I. Zapatero Gaton, B. Quilchano Gonzalo Enfuro, Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias, Núm. 97 enero/febrero/marzo. 2006, Pág 6-9.

¹⁰ Natividad Mariano S. Verónica Espinosa. Atención especializada de enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica, Revista Desarrollo científico, 2008, Vol.16, n.16 Pág 276-279.

física general y focalizada. Las variables de este estudio fueron las 14 necesidades de Virginia Henderson. Para establecer el grado de dependencia se utilizó una tabla de niveles llamados continuum independencia-dependencia según criterios de Phaneuf.

El objetivo principal de este trabajo fue identificar las necesidades básicas de un adolescente con alteración en la necesidad de movilización, realizar un plan de intervenciones basado en diferentes tipos de diagnósticos de enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de las necesidades básicas del adolescente, reconociendo las fuentes de dificultad que afectaron esas necesidades.

La metodología aplicada, basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por Virginia Henderson a través de proceso atención enfermería y conjuntamente con el análisis, la interpretación, la planeación y la evaluación de estas necesidades; es sin duda un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería.

El uso de la asesoría tutorial, es un método que favorece el aprendizaje.¹¹

La última revisión trata de una valoración de Enfermería en el niño y el adolescente para unificar criterios entre los profesionales de Enfermería, este trabajo fue elaborado en Barcelona España. El utilizar la valoración en el niño permite a la enfermera pediátrica trabajar de forma sistemática, evita los olvidos en los registros y facilita la detección de problemas reales o potenciales, basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson (14 necesidades básicas). Su objetivo principal es conseguir una mejora de la calidad del cuidado del paciente pediátrico¹²

¹¹ Sánchez León Virginia, Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, Hospital pediátrico CMN siglo XX1, revista de enfermería IMSS 2001, 9 (2) Pág. 91-96.

¹² Álvarez- Fernández, Valoración de enfermería en el niño y adolescente, Bota-Jorda, revista Nursing, 2005, Vol. 23, Núm. 6, Pág. 77-81.

1.2 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON

Durante las últimas décadas se han utilizado teorías procedentes de diversas ciencias Bio-Psicosociales, en efecto los profesionales en enfermería han concentrado sus esfuerzos hacia la identificación de un caudal circunscrito de conocimientos específicos de enfermería que puede servir como base teórica para la práctica de esta profesión.

Durante la primera guerra mundial, Virginia Henderson despertó el interés por la enfermería, así en 1918 ingresa a la escuela de enfermería del ejército de Washington, Henderson vivió una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. Henderson reconoce varias influencias en su modelo conceptual, la fisiología de Stackpole y del psicólogo Thorndike de donde complementa las dimensiones bio-fisiológicas y psico-socio-culturales, que permite presentar una lista de necesidades en 1955, donde presenta por primera vez su visión de la disciplina enfermera y que hasta hoy en día es aplicable a la profesión de enfermería con el fin de garantizar la calidad del cuidado.

El modelo de Virginia Henderson está influido por las corrientes del pensamiento de la integración y se incluye dentro de las escuelas de las necesidades. Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras?, y determinar en qué diferenciaba su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el doble objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinares y de diseñar un currículo académico que les respondiera a sus expectativas.¹³

CONCEPTOS PRINCIPALES

ENFERMERÍA

“La enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas o enfermas) a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud, o a la recuperación (o bien a una muerte tranquila), las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Posiblemente la contribución específica

¹³ Luis, M. Fernández, C. y Navarro, M. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia H en el siglo XIX; Editorial Masson.S.A. (1998) PAG.33

de la enfermeras ayudar a las personas a que se vuelvan independientes lo más pronto posible”.¹⁴

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

1. Persona.- Necesidades Básicas
2. Salud.- Independencia, Dependencia, causas de la dificultad o problema.
3. Rol profesional.- Cuidados básicos de enfermería relacionado con el equipo de salud.
4. Entorno. Factores ambientales y socioculturales.

PERSONA (PACIENTE).- Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.¹⁵

SALUD.- Henderson comparo la salud con la independencia, cito diversas definiciones de salud de varias fuentes entre ellas la del estatuto de la organización mundial de la salud. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaro “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cosas¹⁶

¹⁴ Virginia Henderson R.N; A.M , Gladys Nite, RN;A.M Enfermería teórica y práctica VOL.1 Papel de la enfermera en la atención del paciente. 3era Edición en español y 6ta en ingles Edit. La prensa Médica Mexicana, S. A. año 1978, Pág.31

¹⁵ PACHECO, Ana., “Fundamentación teórica para el cuidado”, Antología Cap. 9 pag.102

¹⁶ Idem pag.102

ENTORNO.- Acudió al Webster's new Collegiate Dictionary de 1961 definiendo entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".¹⁷

NECESIDAD.- En la obra de Henderson no aparece ninguna definición en concreto de necesidad si bien se señalan 14 necesidades básicas de paciente que abarca todos los componentes de la asistencia de enfermería¹⁸

CONCEPTO DE LAS NECESIDADES.

Son todas aquellas que son esenciales para el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.¹⁹

1.- Necesidad de respiración: El 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 beber y comer: Esta es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimento de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

¹⁷ Idem Pág.102

¹⁸ Idem Pág.103

¹⁹ Riopelle, Grondin, Phaneuf, Cuidados de enfermería, un proceso en las necesidades de la persona, Mc Graw-Hill Interamericana 1995.

3.-Necesidad de Eliminar: es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan para el metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer embarazada.

4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. Un factor muy importante en caso de los pequeños es la edad y el crecimiento. Los movimientos del niño pequeño están más o menos coordinados, pero el dominio lo van adquiriendo a medida que crece y se desarrolla. Un niño es muy activo, se mueve y adopta todo tipo de postura.

5.- Necesidad de dormir y descansar: Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo. Las necesidades de sueño y reposo de los individuos varían con la edad. Durante su crecimiento, el niño tiene una mayor necesidad de horas de sueño y esta necesidad disminuye progresivamente hasta la edad adulta.

6.-Necesidad de vestir y desvestir: Esta es una necesidad del individuo este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permita la libertad de movimiento. En caso de los niños muy pequeños tienen una temperatura corporal muy baja por lo que deben utilizar ropa más cálida.

7.- Necesidad de mantener una temperatura corporal dentro de los límites normales: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante. Varios factores biológicos afectan la temperatura corporal. Estos son el sexo, la edad, el ejercicio, la alimentación y los cambios diurnos.

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

9.- Necesidad de evitar peligros: Es una necesidad el evitar los peligros de todo ser humano. Debe de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10.- Necesidad de comunicar: La necesidad de comunicarnos 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 una a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

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

12.- Ocuparse para realizarse: Esta es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizada sus acciones, puede permitir llegar a una total plenitud.

13.-Necesidad de Recrearse: Es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Uno de los factores importantes que influyen son la edad, el desarrollo físico del niño favorecido por el juego que ocupa gran parte de su tiempo. El tiempo concedido a los juegos, a la diversidad de actividades recreativas se modifica en la edad escolar y durante la adolescencia.

14.- Necesidad de aprender.- Esta es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimiento, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o

la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

INDEPENDENCIA EN EL NIÑO

El concepto de Independencia es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades Básicas, es decir, lleva a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

En caso de un niño la valoración se basaría en los aspectos referentes a su capacidad para efectuar gestos sencillos (desabrochar botones, desatar lazos etc.) capacidad para identificar prendas de vestir y calzado relacionados con situaciones concretas (botas de agua cuando llueve) capacidad para llevar a cabo algunas acciones para evitar ensuciarse.²⁰

DEPENDENCIA

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida y de salud.²¹

Dependencia en el niño: Dependencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.²²

Cuando una necesidad se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí

²⁰ Margot; P. Las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson. España Interamericana McGraw-Hill. 1993, pag.30

²¹ Luis, M Fernández. Óp.Cit Pág 37.

²² Margot P. Óp. Cit. Pág 30

mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

A. GRAFICA DE CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que se suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia que se instala en el momento en que el cliente debe recurrir otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por lo tanto es necesario evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frente a su progresión y hacer que se disminuya.

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de la persona. (Ver figura 1).

La siguiente gráfica ilustra los diversos niveles de continuum independencia-dependencia.

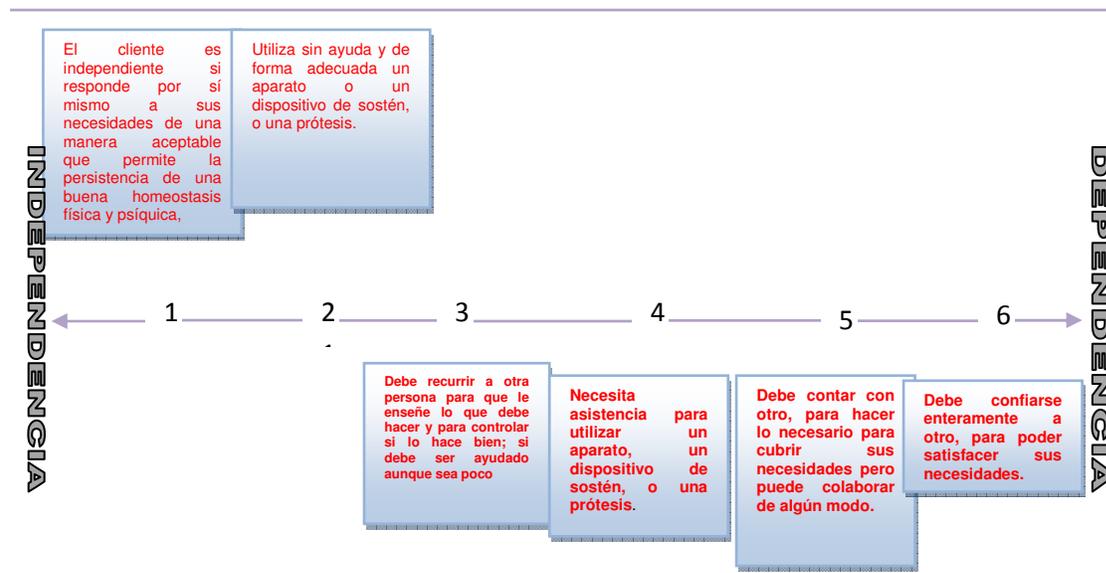


Figura 1. Gráfica de Continuum Independencia-Dependencia

Fuente: M Phaneuf, Cuidados de Enfermería, Interamericana, McGraw-Hill España, Pág 31.

**Relación entre la duración y el grado de dependencia del paciente.*

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente (Figura 2).²³

La siguiente gráfica ilustra la duración y grado de dependencia de una persona.

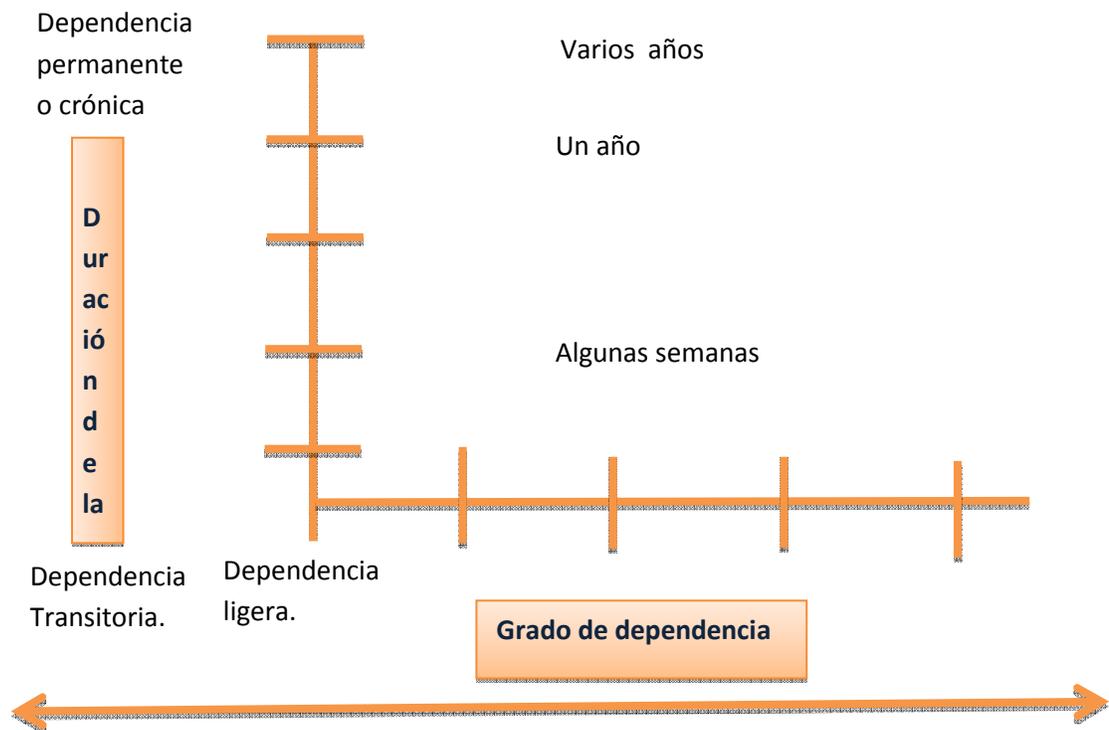


Figura 2: Grafica que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.

Fuente: M Phaneuf, Cuidados de Enfermería, Edi. Interamericana McGraw-Hill. España. Pág. 31.

B. TIPOS DE DEPENDENCIA Y NIVELES DE PREVENCIÓN

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observacionales, en la satisfacción de una necesidad fundamental.

²³ ídem. Pág.32

Dependencia potencial: se presenta debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto. Puede generar un problema y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Dependencia actual: se denomina así al problema que ya está instalado y habrán de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Dependencia decreciente: esta es cuando el cliente se está recuperando y las intervenciones consisten en mantener su progresión decreciente y ayudar al cliente a recuperar su grado óptimo de autonomía.²⁴

C. FUENTES 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 identificó 3 fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimiento.²⁵

a. Falta de fuerza

Puede ser física e intelectual. En el primer caso se trata de los aspectos relacionados con el poder hacer que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad motriz y la fuerza peristáltica.

La fuerza psíquica, por otra parte se refiere a saber por qué hay que tomar decisiones, hacerlo y a la capacidad sensoria e intelectual, es decir, a la capacidad para percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones.

b. Falta de voluntad

Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

²⁴ ídem.pág.31

²⁵ Luis, M. Óp. Cit .Pág 34

c. Falta de conocimiento

Se refiere a la situación de salud y cómo manejarla, a los recursos internos y externos disponibles esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

Debido a la dificultad para buscar las dependencias relacionadas con la falta de voluntad se opta por colocar en lugar de esta la fuente de dificultad sociológica.²⁶

AFIRMACIONES TEÓRICAS

a) La relación enfermera paciente

Dentro de la relación enfermera paciente pueden identificarse 3 tipos de dependencia a) la enfermera como sustituta del paciente, b) la enfermera como ayudante del paciente y c) la enfermera como compañera del paciente. En caso de los enfermos muy graves, la enfermera es el sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse completo o independiente que no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson reflejo esta opinión con la siguiente afirmación: La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor de la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebe, la sabiduría y la confianza para una madre joven, la porta voz de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar, etc. Durante las situaciones de convalecencia la enfermera ayuda al paciente a adquirir su independencia o recuperarla. Henderson afirmo: la independencia es un término relativo. Todos dependemos de los demás pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza. Como colaboradores, la enfermera y el paciente elaboran un plan de cuidados. La enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente sino también las características y los estados patológicos que la modifican.²⁷

²⁶ ídem. Pág. 35

²⁷ Pacheco, Óp. Cit. Pág. 103-104

b) La relación enfermera -médico

El trabajo de la enfermera es único y diferente del médico. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera y el paciente, debe asegurar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico. Puso especial énfasis en que las enfermeras no debían solo seguir órdenes médicas, ya que una enfermera cuestiona una filosofía que permite a un médico dar órdenes a pacientes y a otros profesionales del equipo sanitario. A pesar de ello reconocía que las tareas de médico y enfermeras se solapaban en muchos casos.²⁸

c) Relaciones con otros profesionales

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de salud. Todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas. Ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro de modo que este no pueda realizar sus propias tareas.²⁹

SUPUESTOS PRINCIPALES

Henderson no cito de manera directa sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista de supuestos se ha adaptado a partir de sus publicaciones.

Enfermería:

- ✓ Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevar a cabo estas actividades sin ayuda. Así mismo es preciso realizar estas acciones de la forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.
- ✓ La enfermera forma parte del equipo de salud.
- ✓ El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero se debe de colaborar con el cuándo este atiende al paciente.

²⁸ . ídem. Pág. 104

²⁹ . ídem. Pág. 103

- ✓ La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.
- ✓ La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- ✓ Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermera.³⁰

Persona:

- ✓ Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
- ✓ La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- ✓ La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- ✓ El paciente y su familia son una unidad.
- ✓ Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.³¹

Salud:

- ✓ Henderson consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- ✓ La salud es la calidad de vida.
- ✓ La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- ✓ La salud precisa independencia e interdependencia.

³⁰ ídem. Pág. 103

³¹ . ídem. Pág. 103

- ✓ La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- ✓ Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.³²

Entorno:

- ✓ Henderson no dio una definición de este término. Pero utilizo la siguiente definición: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. (*Webster 's New Collegiate Dictionary, 1961*).
- ✓ Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- ✓ Las enfermeras deben recibir enseñanza sobre seguridad.
- ✓ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios y compra y mantenimiento de los quipos.
- ✓ Los médicos utilizan las observaciones y las opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- ✓ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivar de estas.³³

POSTULADOS

1. Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

³². ídem. Pág. 103

³³ ídem. Pág. 103

- 2.El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- 3.Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.³⁴

VALORES

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cuantificado.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional pueda darle.

Las tres asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional, lo que creemos que se debe a que fue la primera teórica que intento marcar limites que separaban las áreas de competencia médica y enfermera.³⁵

1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Waals (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloc (1974), Roy (1975),

³⁴ Margot, P. Óp. Cit. Pág. 18

³⁵ Ídem. Pág. 18

Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. El proceso como patrón para la práctica de enfermería profesional ANA (1980).

La enfermería competente debe tener un conocimiento adecuado de fisiología, fisiopatología, psicopatología, ciencias sociales y de la conducta para llevar a cabo cuidados de enfermería sin riesgo.

CONCEPTO

El proceso enfermero permite a la enfermera organizar y prestar cuidados enfermeros, debe integrar los pensamientos críticos para poder emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón, a través de este se puede identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y enfermedad. El proceso incluye 5 pasos valoración, diagnóstico enfermero, planificación, implementación y evaluación.

Es un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades del cambio del cliente, favorece el cuidado enfermero individualizado.

El proceso enfermero implica razonamiento científico, que permite la organización sistemática y la conceptualización de la práctica enfermera dirigida al individuo, familia y comunidad, lo que la diferencia de otras profesiones.³⁶

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO.

SISTEMÁTICO: Como el método de solución de problemas, consta de 5 pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

DINÁMICO: A medida que se adquiere experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinando entre ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

³⁶ Potter Patricia, Fundamentos De Enfermería; volumen 1,5 edición. Barcelona, España. 2003. Pág.301

HUMANÍSTICO: Se debe considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario.

CENTRADO EN OBJETIVOS: Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.

OBJETIVOS

- El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.³⁷
- 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.

VALORACIÓN

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.³⁸

Tipos de valoración

La valoración puede ser de diferentes tipos:

TIPO	MOMENTO DE EJECUCIÓN	PROPOSITO
Valoración inicial	Realizado en el plazo	Establecer una base de

³⁷ Iyer. Proceso y Diagnóstico de enfermería, 3 edición, Mc Graw-Hill Interamericana. 1997, Pág. 11

³⁸ Ídem Pág. 35

	especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria.	datos completa para identificar el problema, las 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, Fundamentos de Enfermería, Volumen I, 3ª edición, Edi. McGraw-Hill Interamericana 1999. Pág.97

FUENTES DE DATOS

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

- Primarias: El paciente es la fuente primaria y se debe de utilizar para obtener datos subjetivos pertinentes.
- 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 del 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.³⁹

³⁹ Ídem, Pág.38-41

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizan tres métodos: entrevista, observación y exploración física.

ENTREVISTA: consta de introducción, cuerpo y cierre

OBSERVACION: consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente.

EXPLORACION FISICA: consta de inspección, palpación, percusión y auscultación.

ENTREVISTA

Es un modelo de comunicación iniciado para un fin específico y centrado en un área de contenido específica. Una entrevista puede ser focalizada, la enfermera escucha y considera la información compartida y puede dirigirse al cliente para que otorgue datos más detallados, estos datos serán subjetivos y serán validados con los datos objetivos. La enfermera utiliza habilidades de comunicación para centrar la atención en los grados del bienestar del cliente.⁴⁰ La entrevista facilita la relación enfermera cliente para un propósito mutuo, el bienestar del segundo, si esta relación es positiva el cliente se sentirá cómodo, formulando preguntas a la enfermera sobre el entorno sanitario, los tratamientos las pruebas diagnósticas y los recursos disponibles de tal forma que al conocer las respuestas tome decisiones en el plan de cuidados.

La enfermera emplea preguntas de tipo abiertas para obtener respuestas de más de 2 palabras, el cliente puede describir su estado de salud y la enfermera debe mantener contacto ocular y habilidad para la escucha, alentarle a continuar y controlar la dirección que toma.

Las preguntas cerradas limitan las respuestas a 1 o 2 palabras, se usa para respuestas concisas y se usan para aclarar información previa o información adicional, ayuda a la enfermera a adquirir información específica sobre un problema

⁴⁰ Potter, P Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica, 3 edición Ed. Harcourt , Pág 308

de salud. Una buena entrevista con la obtención de una historia completa para la guía de las intervenciones de enfermería.⁴¹

FASES DE LA ENTREVISTA

- Fase de orientación.
- Establecimiento de la relación enfermera –cliente.
- Fase del trabajo.
- Fase de finalización.⁴²

Segmentos de la entrevista: consta de 3 segmentos: Introducción, cuerpo y cierre.

Introducción: Se comienza a desarrollar una relación terapéutica, todas las preguntas deben ir dirigidas al cliente, asegure al cliente que la información que la información obtenida se considera confidencial.⁴³

Cuerpo: Es para obtener los datos necesarios.

Cierre: La fase final es el cierre, durante esta fase se prepara al cliente para terminar la entrevista.⁴⁴

TIPOS DE PREGUNTAS

Abiertas: Para obtener una descripción de preocupaciones o sentimientos del paciente, exige respuestas de más de dos palabras.

Cerradas: Para obtener hechos concretos, para enfocar la recolección de datos, exige respuestas breves de 1-2 palabras.

Sesgadas: Para obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.

Intencionadas: Pensadas para provocar la reacción del paciente a una determinada situación o tema.

⁴¹ Ídem Pág 309

⁴² Ídem Pág 310

⁴³ Iyer. Óp. Cit. Pág. 55

⁴⁴ Ídem Pág 56

HISTORIA DE SALUD

Constituye todos los datos obtenidos sobre el bienestar del cliente a través de:

Información bibliográfica. Conjunto de datos demográficos relativos al cliente.

Razón para solicitar atención sanitaria. se pregunta directamente al cliente porque de la solicitud de la atención sanitaria.⁴⁵

Expectativas del cliente .la valoración de las expectativas del cliente no es la misma que la razón para solicitar atención médica, aunque pueden estar relacionadas.

Enfermedad actual se realiza la determinación de la enfermedad, el comienzo brusco o gradual la duración de los síntomas, en la enfermedad actual la enfermera pregunta la intensidad, localización y calidad de un síntoma.

Historia de salud anterior. Son las experiencias de atención sanitaria que ha tenido el cliente, hospitalizaciones anteriores, alergias, hábitos y estilos de vida.

Historia familiar. Facilita datos sobre el entorno domiciliario de los clientes, suministros, disposición de habitaciones, riesgos en la seguridad del cliente o agentes contaminantes que afecten la salud.

Historia psicosocial. El apoyo que pueda tener el cliente, familia o amigos íntimos, pérdidas que creen sentimientos de duelo en el cliente.⁴⁶

Salud espiritual. Experiencias y acontecimientos de la vida, constituidos según la espiritualidad, representado en su totalidad del propio ser. La enfermera repasa junto al cliente la fuente que guiara al cliente en su estado de salud de acuerdo a sus creencias.⁴⁷ Revisión de los sistemas. Estos van a depender del estado del cliente y de la urgencia de iniciar su cuidado, la interrogación debe referir el funcionamiento normal de los sistemas o algún cambio de estos.

⁴⁵Potter Patricia. Óp. Cit. Pág. 314

⁴⁶ Ídem Pág. 315

⁴⁷ Ídem Pág 316

OBSERVACIÓN

Consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas variables.⁴⁸

MÉTODO CLINICO

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 la obtención de datos sobre éste medio de la observación y experimentación, y la creación de hipótesis para solucionar el problema.”⁴⁹

Etapas del 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

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consiste en la toma de signos vitales y otras mediciones y el examen corporal mediante el método clínico, con el fin de buscar anomalías que brinden información de problemas de salud anteriores o actuales. Los datos estándares se comparan con los obtenidos para determinar si los hallazgos son normales o no.⁵⁰

Orden de la exploración debe hacerse en forma sistemática, comienza con datos generales, la percepción del cliente y su estado de salud y por último la exploración exhaustiva, empleando un lenguaje claro, conciso y apropiado.

⁴⁸ Iyer. Óp. Cit. Pág. 56

⁴⁹ Potter Diana Odell; Minnie Bowen Rose, Estudio Clínico Integral. 1° Edición, México DF. Edi. McGraw-Hill Interamericana, Pág. 4

⁵⁰ Potter Patricia. Óp. Cit. Pág 316

Datos diagnósticos y de laboratorio. La enfermera debe revisar los resultados para verificar las alteraciones encontradas en la historia de enfermería, estos pueden ayudar a identificar riesgos potenciales o reales no observables por el explorador o el cliente.

Se utiliza la vista, oído, tacto y el olfato.

MEDICIÓN: Consta de la toma de signos vitales y Somatometría.

INSPECCIÓN: Se refiere al uso de los ojos sin ninguna ayuda, pero es posible incorporar el uso de instrumentos, como el otoscopio y el oftalmoscopio.

PALPACIÓN: Uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. Sus manos son los instrumentos de la palpación

PERCUSIÓN: Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar, tamaño, densidad, límites de un órgano y localización.⁵¹

AUSCULTACIÓN: Es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa o indirecta.⁵²

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 procedentes de los miembros del equipo de salud de asistencia sanitaria y de la familia del paciente. Los datos recogidos durante la valoración deben ser descriptivos, concisos y completos, no deben incluirse afirmaciones susceptibles de interpretación.⁵³

⁵¹ Iyer, Óp. Cit. Pág. 62

⁵² Joyce E. Dains, Henry M. Seidel; Jane W. Ball. Manual Mosby de Exploración Física, 2edición, España. Edi. Mosby, Pág.25

⁵³ Potter Patricia. Op. Cit. Pág 125

Tipos de datos:

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

- **Objetivos:** Consisten en información observable y mensurable. 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 de paciente y para determinar experiencias pasadas.
- **Actuales:** Se refiere a acontecimientos que están sucediendo en este momento.⁵⁴

Validación de los datos

Verificar que la información sea real y completa es un paso esencial en el pensamiento crítico. Le ayuda a evitar

-Hacer asunciones

-Omitir información pertinente.

-Malinterpretar las situaciones

-Extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada

-Cometer errores en la identificación equivocada.⁵⁵

Datos diagnósticos y de laboratorio. La enfermera debe revisar los resultados para verificar las alteraciones encontradas en la historia de enfermería, estos pueden ayudar a identificar riesgos potenciales o reales no observables por el explorador o el cliente.⁵⁶

⁵⁴ Idem Pág. 38

⁵⁵ Idem Pág 36-63.

⁵⁶ Potter, P. Óp. Cit. Pág 316

DOCUMENTACIÓN

Se hace el registro de los datos acumulados durante la valoración, la documentación forma parte de todas las fases del proceso de enfermería.⁵⁷

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento crítico que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Del mismo modo que reunir las piezas de un rompecabezas que son del mismo color le ayuda ver parcialmente la imagen de este, agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados le ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos sobre el estado de salud.

AGRUPAR LOS DATOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA

Cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según un modelo holístico en vez de seguir un modelo médico.

AGRUPAR LOS DATOS SEGÚN LOS SISTEMAS CORPORALES

Cuando se desea identificar datos que pueden identificar posibles problemas médicos con frecuencia están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos o sistemas.⁵⁸

DIAGNÓSTICO

CONCEPTO: es el conjunto de pasos en la toma de decisiones que sigue la enfermera para desarrollar una formulación diagnóstica.

Consiste en la recopilación de la base de datos de la valoración, analizar e interpretar los datos para identificar las necesidades del cliente y formular diagnósticos enfermeros. El diagnóstico enfermero permite que la enfermera individualice el

⁵⁷ Iyer. Óp. Cit. Pág. 78

⁵⁸ Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso Enfermero, 5 edición México, editorial Masson, 1995, Pág. 66.

cuidado de un cliente. Al identificarlos los escribe para formar la base de la planeación de los cuidados.⁵⁹ .

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificado por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.⁶⁰

DATOS HISTORICOS:

- Se utiliza por primera vez en la década de los 50'
- Faye Abdellah, sistema de clasificación de 21 problemas (1960)
- Primera conferencia para clasificar los diagnósticos (1973)
- Sistema de diagnóstico de la NANDA adoptado por la ANA (1988).

HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA TAXONOMIA II

Después de la conferencia bienal en abril del 1994, el comité para la taxonomía se reunió para clasificar en la taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos .Sin embargo el comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el comité pensó que era necesario desarrollar una nueva estructura taxonómica.

En 1998 el comité para la Taxonomía invito a los miembros a clasificarlos diagnósticos de acuerdo con los dominios seleccionados. Al final de la reunión se contaba con 40 grupos de datos disponibles para su análisis.

Basándose en el análisis de los datos y en las notas de campo, se hicieron modificaciones. Uno de los dominios originales se desdobló en dos para reducir el número de clases y diagnósticos que incluía. Se añadió otro dominio para el crecimiento y desarrollo, que no estaba en el marco inicial.

⁵⁹ Potter, P Óp. Cit. Pág 324

⁶⁰Christensen J. W Griffith,, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos, Edi. Manual Moderno, 1993, Pág. 141

Finalmente, se desarrollaron las definiciones para todos los dominios y clases contenidos en la estructura.

En 2002, después de la conferencia NANDA, NIC Y NOC (NNN) en Chicago, los diagnósticos aprobados se clasificaron en la Taxonomía II. Se incluían 11 diagnósticos de promoción de la salud, así como los diagnósticos revisados y las ventajas y los nuevos diagnósticos aprobados.

Estructura de la Taxonomía II.⁶¹

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

En las siguientes tablas se muestra la organización de los dominios y clases de la Taxonomía II.

	1	2	3	4	5	6
Dominio	Promoción de la salud	Nutrición	Eliminación/ Intercambio	Actividad/ Reposo	Percepción/ Cognición	Auto-percepción
Clase 1	Toma de conciencia de la salud	Ingestión	Función urinaria	Reposo/ sueño	Atención	Auto-Concepto
Clase 2	Gestión de la salud	Digestión	Función gastrointestinal	Actividad/ Ejercicio	Orientación	Autoestima
Clase 3		Absorción	Función tegumentaria	Equilibrio de la energía	Sensación/ percepción	Imagen corporal
Clase 4		Metabolismo	Función respiratoria	Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Cognición	
Clase 5		Hidratación		Autocuidado	Comunicación	

	7	8	9	10	11	12	13
Dominio	Rol/ relaciones	Sexualidad	Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	Principios vitales	Seguridad/ Protección	Confort	Crecimiento / desarrollo
Clase 1	Rol del cuidador	Identidad sexual	Respuesta postraumática	Valores	Infección	Confort físico	Crecimiento
Clase 2	Relaciones familiares	Función sexual	Respuesta de afrontamiento	Creencias	Lesión física	Confort del	Desarrollo

⁶¹ Heather Herdman, Diagnósticos de Enfermería (Definiciones y Clasificación 2009-2011), Ed. Elsevier, 2010, Pág. 361-363.

						entorno	
Clase 3	Desempeño o Del rol	Reproducción	Estrés neurocomportamental	Valores/ Creencias/ Congruencia de las acciones	Violencia	Confort Social	
Clase 4					Peligro del Entorno		
Clase 5					Procesos defensivos		
Clase 6					Termorregulación		

Fuente: Heather Herdman, Diagnósticos de Enfermería (Definiciones y Clasificación 2009-2011), Edi. Elsevier, 2010, Pág. 364-365

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
- Facilita la coordinación del trabajo entre enfermeras
- Desarrollar el saber enfermero.

Normas

- Identificar el problema causado por el tratamiento, estudio o enfermedad.
- Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por”
- Redactar el diagnóstico en términos legales
- Redactar los diagnósticos sin juicios de valor
- Evitar la inversión de los enunciados del diagnósticos
- Los dos enunciados del diagnósticos no deben significar lo mismo
- Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar

- ✦ No incluir diagnósticos médicos.⁶²

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

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 definitorias principalmente 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 Posible **Factores contribuyentes**

SALUD

Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel de bienestar a un nivel más elevado.⁶³

⁶² Alfaro Óp. Cit. Pág 80-121

⁶³ Iyer Óp. Cit. Pág. 95-96

Formulación: **Etiqueta diagnóstica**

FUENTES DE ERRORES DIAGNÓSTICOS

Basado en 4 áreas, primera debe haber una base de datos de valoración, la segunda analizar e interpretar los datos, en tercer lugar los datos deben ser agrupados en grupos significativos y finalmente la enfermera identifica los problemas del cliente dando como resultado una etiqueta diagnóstica.⁶⁴

ERRORES EN LA RECOGIDA DE DATOS

Ocurre durante el proceso de la valoración, la enfermera debe estar formada y experimentada en exploración física, debe valorar su propio grado de confianza y competencia en sus habilidades para la entrevista y la exploración física además de determinar la exactitud de los datos recogidos y comprobar la totalidad de los datos de la valoración, para evitar los errores la enfermera debe contar con el equipo y los formularios adecuados en un entorno tranquilo y cómodo para el cliente.

ERRORES EN LA INTERPRETACIÓN Y EL ANÁLISIS DE DATOS la enfermera determina si los datos son exactos y completos, cerciorarse que los datos subjetivos coinciden con los hallazgos físicos medible. También puede revisarse la bibliografía para tener una base adecuada para el diagnóstico correcto.

ERRORES EN LA AGRUPACIÓN DE DATOS

Sucede al realizar diagnósticos antes de tener todos los datos del cliente.

ERRORES EN LA AFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

La formulación se debe expresar en un lenguaje adecuado, conciso y exacto empleando una terminología correcta que refleje la respuesta del cliente a la enfermedad o alteración.⁶⁵

⁶⁴Potter, Patricia. Óp. Cit. Pág. 330

⁶⁵ Ídem. Pág 331

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La obtención de datos de diversas fuentes son validadas la enfermera aplica el razonamiento y busca modelos de los datos de la valoración estos son ordenados en grupos o categorías, deben incluirse cambios en el estado físico y emocional resultados y exámenes de laboratorio, analizarlos y compararlos con los estándares normales establecidos y llegar a una conclusión razonada de la respuesta del cliente a un problema de salud.

Las características definitorias confirman la presencia de una categoría diagnóstica o eliminan un diagnóstico particular. Los diagnósticos enfermeros requieren que la enfermera utilice sus conocimientos y experiencias, analice e intérprete los datos, aplique los razonamientos de diagnósticos y seleccione el descriptor adecuado para la necesidad del cliente.⁶⁶

ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Se establece por un formato aceptado por la **NANDA**. La etiqueta diagnóstica, seguida de la formulación de factores relacionados este puede cambiar o resolver el problema por las acciones otorgadas. La frase "relacionada con" "identifica la causa de la enfermedad y debe ser una condición que responda a las intervenciones de enfermería y no a los diagnósticos médicos, las intervenciones de enfermería no modifica el diagnóstico médico. A medida que cambia el estado de salud del cliente se modifican los diagnósticos enfermeros. .⁶⁷

PLANEACIÓN

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

⁶⁶ Potter, Patricia. Óp. Cit. Pág 324-326

⁶⁷ Ídem Pág. 327-328

después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.⁶⁸

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería, los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de enfermería.

Tipos de planeación

- Planeación inicial
- Planeación continua
- Planeación de alta.

La planificación consta de cuatro etapas:

1. 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.

La asignación de prioridades está influida por:

- Percepción del paciente
- Plan general del 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.

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS: Los objetivos son el Centro de atención e la evaluación del profesional de enfermería para determinar la

⁶⁸ Dugas, Beverly Witter, Tratado de Enfermería Práctica, 4Edición, Edi. Mc Graw-Hill Interamericana 2000. Pág.72-73

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.

Tipo de objetivos

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

-Largo plazo: Semanas o meses, se emplean preferentemente con los pacientes que viven en sus casas con problemas de salud crónica o en clínicas de asistencia.⁶⁹

Los objetivos sirven para tres propósitos principales

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

Reglas para la formulación de objetivos

- ✚ Los objetivos identifican beneficios que espera ver el paciente después de brindar cuidados enfermeros.
- ✚ El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.

⁶⁹ Potter Patricia. Óp. Cit. Pág 146

- ✚ 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 el paciente después de realizarla intervención.
- ✚ Para determinar los objetivos requiere que, invierta el problema.
- ✚ 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.
- ✚ Determinar si los objetivos son medibles en base a sus cinco componentes:
 - 🌐 Sujeto: ¿Quién se espera que alcance el resultado?
 - 🌐 Verbo: ¿Qué acción debe de hacerla persona para demostrar el logro del objetivo?
 - 🌐 Condición: ¿En qué circunstancias tiene la persona que llevara cabo la acción?
 - 🌐 Criterio: ¿En qué grado va a realizarla acción?
 - 🌐 Momento específico: ¿Cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?
- ✚ Usar verbos mensurables, es decir aquellos que describan exactamente lo que se espera ver.
- ✚ Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos.
- ✚ Ser realistas, colaborar con el paciente en su elaboración.⁷⁰

3. 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 puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una acción médica.
- 🌀 Dependientes: Se basan en las instrucciones u órdenes escritas de otro profesional.

⁷⁰ Alfaro Óp. Cit. Pág131-136.

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 deriven de la etiología.
- ⌘ Responden a las preguntas: qué, cuándo, cómo, dónde, en qué medida, con qué 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.

4. 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 PLANES DE CUIDADOS

TIPOS DE PLANES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Individualizados	Permite la documentación de los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones.	Exige mucho tiempo
Estandarizados	Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han	Puede ser limitante, ya que es raro que todos los problemas del paciente se

	investigado meticulosamente. Son útiles en la enseñanza del profesional no familiarizado con los diagnósticos médicos.	aborden en un solo plan.
Computarizados	-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. -Se facilita la actuación frecuente.	-Se deberá disponer de una cantidad suficiente de ordenadores. -personal capacitado.
Multidisciplinarios	La asistencia del paciente esta reforzada por la comunicación cuando varias disciplinas comparten puntos de vista.	Se necesita tiempo para que el equipo se ponga de acuerdo.

FUENTE: Christensen J, Paula, Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Edi. Manual Moderno, 1993.

CLASIFICACIÓN (NIC)

La clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Es una clasificación Normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos en sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la

competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto interdependientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. Aunque el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (Unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). La clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la clasificación también las realizan otros profesionales. Todos los profesionales de la salud son bienvenidos en el uso de la NIC para describir sus tratamientos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica, como la psicosocial. Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades; y para el fomento de la salud la mayoría de las intervenciones para su utilización en individuos, para muchas de ellas son para su uso en familias; y algunas para ser empleadas en comunidades enteras. También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas.⁷¹

IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

- **Completa.** La NIC incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades y cuidados

⁷¹ Bulechek, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), quinta edición, Edi. Elsevier Pág 3.

indirectos. Se incluyen tanto intervenciones individuales como en equipo; pueden utilizarse en cualquier situación de la práctica, independientemente de la orientación filosófica.

- **Basada en la investigación.** La investigación comenzó en 1987, utiliza un enfoque de métodos múltiples, estos incluyen análisis de contenido, cuestionarios de ensayo para los expertos, revisión de grupos de enfoque, análisis de similitudes, agrupación jerárquica, escala multidimensional y pruebas clínicas en el campo.
- **Refleja la práctica y la investigación clínicas actuales.** Todas las intervenciones van acompañadas de una bibliografía que apoya el desarrollo de la intervención. Todas han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y por sociedades científicas de las correspondientes.
- **Lenguaje claro y con significado clínico.** Durante el trabajo se ha seleccionado e lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje refleja claridad en cuestiones conceptuales.⁷²

En el siguiente cuadro observaremos un resumen de la taxonomía de la NIC

DOMINIOS	CLASES
1.-Fisiológico básico	1.-Control de actividades y ejercicio. 2.-Control de eliminación. 3.-Control de inmovilidad. 4.-Apoyo nutrido. 5.-Fomento de la comodidad física. 6.-Facilitar autocuidado
II. Fisiológico complejo.	1.-Control de electrolitos y ácido base. 2.-Control de fármacos. 3.-Control neurológico. 4.-Cuidados perioperatorios. 5.-Control respiratorio.

⁷² Ídem. Pág XI.

	6.-Control de la piel y las heridas. 7.-Termorregulación. 8.-Control de la perfusión tisular.
III. Conductual	1.-Terapia conductual. 2.-Terapia cognitiva. 3.-Potenciación de la comunicación. 4.-Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles. 5.- Educación para los pacientes. 6.- Fomento de la comodidad psicológica.
IV. Seguridad	1.-Control de casos de crisis. 2.- Control de riesgos.
V. Familia	1.-Cuidados de un nuevo bebé. 2.-Cuidados de crianza de un nuevo bebé. 3.-Cuidados de la vida.
VI. Sistema sanitario.	1.-Mediación del sistema sanitario. 2.-Gestión del sistema sanitario. 3.-Control de la información.
VII. Comunidad.	1.-Fomento de la salud de la comunidad. 2.-Control de riesgos de la comunidad. ⁷³

FUENTE: Moran Aguilar Victoria, Proceso de Atención de Enfermería, Modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE, Edi. Trillas, 2006 Pág. 148.

⁷³ Moran Aguilar Victoria, Proceso de Atención de Enfermería, Modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE, Edi. Trillas, 2006 Pág. 148.

EJECUCIÓN

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Se lleva a cabo en tres etapas: **preparación, intervención y documentación.**⁷⁴

Preparación.

Consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DIARIAS

Paso 1: Haga una rápida ronda inicial de todos sus enfermos, comprobando brevemente como están.

Paso 2: Inmediatamente después de ver el informe, verifique la información crítica, como perfusiones intravenosas, funcionamiento del equipo etc.

Paso 3: Identifique los problemas urgentes aquellos que se suponen un peligro para el enfermo y emprenda las acciones apropiadas.

Paso 4: Haga una lista de los principales problemas de los enfermos y plantéese las siguientes problemas.

- ¿Qué problemas deben resolverse hoy y que sucedería si lo dejara para más tarde?
- ¿Qué problemas debo controlar hoy y que sucedería si no los controlase?.
- Para lograrlos objetivos generales de cuidados, ¿cuáles son los problemas clave o los problemas que debo resolver o manejar hoy?
- De todos los problemas del enfermo ¿Con cuáles puedo trabajar hoy de manera realista?

⁷⁴ Iyer. Óp. Cit. Pág. 15

Intervenciones

Son un enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente y estas necesidades son numerosas y variadas dependiendo de los problemas individuales específicos

Pasos para prepararse para actuar.

1. Revise el plan y cerciórese que conoce las razones y principios para la intervención.
2. Decida si usted está calificada y es competente para ejecutar las intervenciones.
3. Averigüe si el centro dispone de procedimientos, protocolos, guías o estándares que se refieran a cómo llevar a cabo las intervenciones.
4. Valore la situación actual del usuario y decida si las intervenciones aún son apropiadas.
5. Prevea los posibles resultados, fórmese una imagen de lo que va hacer, piense en lo que podría pasar, que podría ir mal y que puede hacer al respecto.
6. Obtenga los recursos adecuados y asegúrese de planificar tiempo suficiente y un entorno favorecedor para la realización de las intervenciones.
7. Implice al usuario y personas allegadas. Explique lo que va hacer y porqué y cuánto tiempo le llevara.

Documentación

Tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de Enfermería. El registro de estas acciones y reacciones constituye una función importante del profesional de Enfermería.

- Graficas narrativas

- Registro orientados al problema SOAP (intervenciones realizadas para aliviar problemas.
- Notas de evolución, graficas, focos.
- Gráficas de excepción
- Registros computarizados.⁷⁵

Propósito:

1. Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber que es lo que usted ha hecho y como está evolucionando el usuario.
2. Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios de la situación.
3. Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
4. Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser sus mejores aliados o sus peores enemigos.
5. Proporcionar validación para el pago de servicios.⁷⁶

Sistemas de prestación de cuidados

- ❖ Asignación de tareas: Las responsabilidades de Enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles profesionales de Enfermería. Todos los cuidadores participan en la atención del paciente, aunque cada individuo es asignado a una selección completa de funciones, como la monitorización de las constantes vitales, la administración de medicamentos o la prestación de tratamientos. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea,

⁷⁵ B. Kozier, G. Erg, K, Enfermería Fundamental, 5ª edición, Vol. I Mac-Graw Hill Interamericana, 1999, Pág.224-248.

⁷⁶ Alfaro Rosalinda, Óp. Cit. Pág. 167-174.

incluyendo el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesarios para llevarlas a cabo.

- ❖ Enfermería en equipo: Es un sistema de prestación de cuidados de Enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios trabajan juntos para prestar cuidados de Enfermería.
- ❖ Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones: La Enfermería de cuidados Básicos es un sistema de prestación de cuidados en el que el profesional de Enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional de Enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y se asegura que el plan se ejecute durante las primeras horas del día.
- ❖ Control de casos: Es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnóstico de Enfermería.

Algunos de los objetivos del control de casos son:

- Facilitar la consecución de resultados esperados o estandarizados.
 - Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
 - Favorecer la utilización adecuada de recursos.
 - Favorecer el ejercicio colaboración, la coordinación de la atención y continuidad de la misma.
 - Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de Enfermería que trabaja en el medio hospitalario.
 - Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente.
- ❖ Atención enfocada al paciente: Diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados.⁷⁷

⁷⁷ Iyer. Óp.Cit. Pá.272-280.

EVALUACIÓN

La evaluación es un paso del proceso enfermero que mide la respuesta del cliente a las acciones enfermeras y el progreso hacia la consecución de los objetivos fijados. La evaluación es uno de los pasos más críticos del proceso enfermero porque es la base sobre la que se apoya la utilidad y la efectividad de la práctica enfermera, centrado y dirigido hacia el cliente. El énfasis debe centrarse en los resultados obtenidos por el cliente, en la práctica profesional y en los sistemas en que los profesionales desarrollan su actividad.⁷⁸

La evaluación abarca la comparación de las respuestas actuales del paciente con las respuestas previas para determinar el progreso en el logro de las metas y los objetivos.

Los juicios acerca del progreso del paciente se hacen sobre las observaciones, interacciones y medidas de la enfermera, el paciente, la familia y los miembros del personal del cuidado de salud.

Si el progreso hacia los objetivos y las metas es insuficiente, el paciente y la enfermera revisarán el plan de cuidados.⁷⁹

OBJETIVOS

La enfermera debe distinguir claramente entre los objetivos que se han cumplido y los objetivos que requieren una intervención continua. Una enfermera de atención domiciliaria revisara probablemente las intervenciones para adaptarlas al domicilio del cliente.

Un objetivo especifica la conducta y la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico enfermero o el mantenimiento del estado de salud.⁸⁰

⁷⁸ Potter Patricia Óp. Cit. Pág 374

⁷⁹ Iyer. Óp. Cit Pág. 205

⁸⁰ Potter Patricia. ÓP. Cit Pág 374-375.

Para evaluar el grado de éxito en la consecución de un objetivo, la enfermera debe seguir los siguientes pasos.

1. Examinar los objetivos propuestos para identificar la respuesta o la conducta exacta del cliente.
2. Valorar si en el cliente se dan estas respuestas o conductas.
3. Comparar los criterios de resultado establecidos con la respuesta
4. Juzgar el grado de concordancia entre los criterios de resultado y la conducta o respuesta.
5. Si no hay concordancia (o esta es solo parcial) entre criterios de resultado y la conducta o respuesta, ¿cuáles son las barreras existentes? ¿por qué no concuerdan?

Existen diferentes grados de consecución de los objetivos. Si la respuesta del cliente cumple o supera los criterios de resultado se ha cumplido el objetivo. Si la conducta del cliente empieza a cambiar pero no llega a cumplir los criterios establecidos el objetivo se ha cumplido parcialmente. Si no hay progreso no se ha cumplido el objetivo. Un objetivo claramente establecido con unos resultados específicos es muy fácil de medir ⁸¹

FORMAS DE EVALUACION

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado.

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 organización del centro de salud.

A continuación se presenta la forma de evaluación propuesta por Christensen.

⁸¹ Ídem Pág. 376-377

Estructura	Proceso	Resultado
<p>Propósito. La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.</p>	<p>La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.</p>	<p>La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en la comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería</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>Auditorias</p>	<p>Escala de la calidad de 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 grafica contiene la 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 en servicio. Nivel educativo del personal.</p>	<p>Retrospectivo. La grafica cita los procedimientos implementados, como</p>	<p>Retrospectivo. La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las</p>

Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y Kárdex	verificar los signos vitales y enseñar.	destrezas y los conocimientos del paciente.
--	---	---

Fuente. Tomado de Griffit, JW.; Christensen, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México, Edi. Manual Moderno, 1993, pág. 195.

PROCESO: Se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería, en las hojas de evolución. Esta evaluación se centra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad.

La evaluación concurrente del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en el que tiene lugar, los ejemplos incluyen la observación de su capacidad para enseñarla administración de insulina y juzgar si las comprobación neurológicas se realizan con precisión y a tiempo.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.⁸²

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

MÉTODOS DE EVALUACIÓN Y EL RESULTADO

PROCESO (evaluación de enfermería)	RESULTADO (Evaluación del paciente)
Concurrente Paciente: Preguntar al paciente las acciones realizados por la enfermera Enfermera: Observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente.	Paciente: Observar los cambios del paciente que sirven una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimiento, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los

⁸² Christensen Óp. Cit. Pág 205

<p>Gráfica: Examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que la paciente recibe servicio.</p>	<p>efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>
<p>Retrospectivo Examen de la gráfica: Buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería, con los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.</p>	<p>Examen de la gráfica: 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 haya sido dado de alta del servicio de salud.</p>

Fuente. Tomado de Griffit, JW.; Christensen, Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México 1993, Ed Manual Moderno, pág. 197

RESULTADO: La evaluación del resultado 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; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta de los medicamentos.⁸³

IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Es imperativo que la enfermera mida el resultado del cuidado. Los propósitos del Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) son: 1) identificar, etiquetar, validar y clasificar los resultados del cliente que dependen de la enfermería y sus indicadores; 2) comprobar y validar la clasificación; 3) definir y analizar los

⁸³Iyer. Óp. Cit. Pág.196.

procedimientos de medidas de los resultados y sus indicadores.

La clasificación de resultados de enfermería, contiene 330 resultados cada uno de ellos contiene un número de identificación, una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida tipo likert de 5 puntos y una selección de las citas bibliográficas utilizada en la descripción del resultado. EXHAUSTIVIDAD NOC. Contiene resultados de los individuos, cuidadores familiares, familia y sociedad que puedan utilizarse en todas las situaciones y especialidades clínicas, hay resultados que son útiles para una perspectiva global de la práctica enfermera y deben desarrollarse planes diferentes a medida que se identifiquen dichos resultados. La clasificación de los resultados de enfermería es complementaria a la taxonomía NANDA y de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

El término paciente se utiliza en la clasificación para referirse a un individuo que es el destinatario para recibir los cuidados de enfermería, se seleccionó el término paciente debido a que se utiliza normalmente en enfermería y en la literatura de cuidados sanitarios. Una familia es una unidad de 2 o más personas que están relacionadas, biológica, legalmente o por decisión personal y de la que la sociedad espera una adaptación al medio social, culto y cuidado del medio. Sin embargo la comunidad y población suele referirse al contexto social en el que residen las personas. Los sociólogos consideran a una comunidad como el contexto social inmediato de la vida de un individuo, el área natural o el paisaje humano experimentados por un individuo en su vida cotidiana.

Un resultado dependiente de enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería, lo que significa que los resultados reflejan la condición real del paciente, cuidador, familia o comunidad en lugar en los objetivos esperados, los resultados son neutros, no especifican el estado deseado por lo que mantiene la variabilidad y permite medir la situación del paciente en cualquier momento determinado.

INVESTIGACION. Los métodos consistieron en el análisis del contenido, análisis del concepto estudios de expertos, análisis de similitud, análisis de agrupamiento jerárquico, organización multidimensional y análisis del campo clínico.

DESARROLLO INDUCTIVO Y DEDUCTIVO. Las fuentes de datos fueron libros de texto de enfermería, guías de planes de cuidados, sistemas de información clínica enfermera, protocolos prácticos e instrumentos de investigación.

BASADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EN LA INVESTIGACIÓN. Revisados por médicos especialistas se están analizando en los diversos campos clínicos.

UTILIZA UN LENGUAJE CLARO Y CLÍNICAMENTE ÚTIL. Se ha procurado que los términos de los resultados NOC procedieran de las intervenciones y diagnósticos enfermeros destacando un lenguaje.

FÁCIL DE UTILIZAR EN ESTRUCTURAS QUE ESTÁN ORGANIZANDO. La taxonomía tiene 5 niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. Los 5 niveles se han codificado para su uso en la práctica.

LOS RESULTADOS PUEDEN SER COMPARTIDOS POR TODAS LAS DISCIPLINAS. Aunque la NOC destaca los resultados que dependen de las intervenciones enfermeras, estas describen el estado de los pacientes, la familia y la comunidad a un nivel conceptual. NOC contiene los indicadores de los resultados considerados los más sensibles a la intervención enfermera.⁸⁴

OPTIMIZA LA INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD. Son conceptos variables, permiten la determinación del resultado del paciente, familia y comunidad en cualquier momento de forma continuada desde lo más negativo a lo más positivo en diferentes periodos de tiempo.

SUBVENCIONADA CON DONACIONES EXTERNAS. En la actualidad, la investigación de la NOC ha recibido 9 años de subvención compartida.

EVALUADA EN CAMPOS CLÍNICOS. Las pruebas de campos clínicos han

⁸⁴ Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)3ª Edición. edit. Mosby, Madrid, España. Pág. XVII.

proporcionado información importante sobre la utilidad clínica de los resultados e indicadores; las relaciones entre los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros y el proceso de aplicación de los resultados en los sistemas de información clínica enfermera.

PUBLICACIÓN RESALTADA. El trabajo de la NOC se ha difundido en numerosas presentaciones nacionales e internacionales.

RELACIONADA CON OTROS LENGUAJES ENFERMEROS. Han sido desarrolladas por los equipos de investigación de la NIC y NOC para ayudar a los profesionales de enfermería a utilizar las clasificaciones y a facilitar su uso en sistemas de información clínica.

INCLUIDA EN LA TAXONOMÍA NNN. La NOC forma parte de la taxonomía combinada que se está desarrollando, dicha taxonomía incluye los diagnósticos de la NANDA, las intervenciones de la NIC y los resultados de la NOC. Esta iniciativa se centra en el desarrollo de una estructura taxonómica que incluye los tres mensajes para su uso en entornos prácticos y educativos.

INCLUIDA EN INICIATIVAS PARA EL REGISTRO CLÍNICO ELECTRÓNICO. Varias empresas han registrado a la NOC para incluirla en los programas informáticos de registro clínico enfermero en formato electrónico.

DESARROLLADA COMO COMPAÑERA DE LA NIC. la experiencia con la NIC en Iowa ha ayudado a la investigación de la NOC. Ambas clasificaciones son globales, basadas en la investigación y reflejan la práctica enfermera clínica actual.

DESTINATARIA DE RECONOCIMIENTO NACIONAL. Clasificada como uno de los lenguajes que satisface el conjunto de estándares del Nursing Information and Data Set Evaluation center de la ANA.

ESTRUCTURADA PARA EL DESARROLLO Y EL PERFECCIONAMIENTO CONTINUOS. La clasificación sigue siendo evaluada, desarrollada y perfeccionada

por el equipo de investigación de la NOC.⁸⁵

MEDIDAS Y FUENTES DE EVALUACIÓN

Las medidas de evaluación son simplemente las habilidades de valoración y las técnicas para recoger los datos de la evaluación.

Los datos recogidos durante la evaluación se analizan y comparan de forma crítica con los resultados esperados para determinar si se han producido cambios en el estado de salud del cliente.

La precisión de evaluación mejora cuando la enfermera está familiarizada con la conducta del cliente y su estado fisiológico. La evaluación también es más exacta cuando la enfermera ya ha atendido a más de un cliente con el mismo tipo de problema.⁸⁶

REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y PENSAMIENTO CRÍTICO

A medida que los objetivos se evalúan, se realizan los ajustes necesarios en el plan de cuidados. Si un objetivo se ha cumplido satisfactoriamente se cierra esta parte del plan.

Los objetivos no cumplidos o cumplidos parcialmente necesitan que la enfermera continúe con la intervención.

La enfermera también redefine las prioridades. Este es un paso importante en el pensamiento crítico: saber cuáles son los progresos del cliente y si sus problemas se resuelven o empeoran.

El juicio clínico se basa en las observaciones de la enfermera acerca de lo que está pasando con un cliente concreto y no solo lo que les pasa en general como grupo.⁸⁷

INTERRUPCIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS

Esto asegura que otras enfermeras continúan de manera innecesaria con el plan de cuidados. La continuidad de cuidados asegura que el cuidado que se presenta es

⁸⁵ ídem. Pág. XVIII-XIX

⁸⁶ Potter, Patricia. Óp. Cit. Pág 377

⁸⁷ ídem Pág. 378

importante para las necesidades del cliente. Se desperdicia una cantidad de tiempo considerable cuando no se comunican los objetivos conseguidos.⁸⁸

MODIFICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS

Es frecuente que los cambios en el estado del cliente, sus necesidades o habilidades obliguen a cambiar el plan de cuidados.

La falta de logro de un objetivo puede ser también el resultado de un error en el juicio enfermero o de no haber seguido cada paso del proceso enfermero.

Revaloración

Cuando se modifica un plan es necesario revalorar por completo todos los factores del cliente relativo al diagnóstico enfermero y la etiología. Para la revaloración es necesario el pensamiento crítico, ya que la enfermera compara datos nuevos acerca del estado del cliente con la información valorada previamente. La revaloración asegura que la base de datos es precisa y actualizada.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS

CONCEPTO DE ÉTICA

La palabra ética proviene del griego ethikos (“carácter”). Se trata del estudio de la moral y del accionar humano para promover los comportamientos deseables. Una sentencia ética supone la elaboración de un juicio moral y una norma que señala como deberían actuar los integrantes de una sociedad.⁸⁹

La ética profesional pretende regular las actividades que se realizan en el marco de una profesión. En este sentido, se trata de una disciplina que está incluida dentro de la ética aplicada ya que hace referencia a una parte específica de la realidad.

⁸⁸ Ídem Pág 379

⁸⁹ <http://definicion.de/etica-profesional/>

Cabe destacar que la ética, a nivel general, no es coactiva (no impone sanciones legales o normativas). Sin embargo, la ética profesional puede estar, en cierta forma, en los códigos deontológicos que regulan una actividad profesional. La deontología forma parte de lo que se conoce como ética normativa y presenta una serie de principios y reglas de cumplimiento obligatorio.

Por lo tanto, que la ética profesional estudia las normas vinculantes recogidas por la deontología profesional. La ética sugiere aquello que es deseable y condena lo que no debe hacerse, mientras que la deontología cuenta con herramientas administrativas para garantizar que la profesión se ejerza de manera ética.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud

Artículo 13.-En toda investigación en el que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.-La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

-Se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

-Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 21.-Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso el representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.

- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación del tratamiento.
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esto pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Artículo 22.-El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir lo siguiente:

-Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria.

-Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

_deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal.

-Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.⁹⁰

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.⁹¹

⁹⁰<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

⁹¹ Graham Rumbold. Ética en Enfermería, 3 edición, México D.F. Edi. McGraw-Hill Interamericana, 2000, Pág.1-4

Durante su formación la enfermera adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionalista para ejercer su práctica formal.

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

La enfermera tiene cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 ayudar a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de

los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

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

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

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

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

-Que la acción y el fin del agente sea bueno

-Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁹²

⁹² SSA, IMSS CIE. Código de ética para Enfermeras y Enfermeros de México 1ª edición diciembre 2001. Pág. 11-14.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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.⁹³

RELACIÓN DE LA PROPUESTA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enfocándonos en la teoría de Virginia Henderson debemos partir que la persona es un ente biopsicosocial que tiene necesidades alteradas y que las debemos identificar si están alteradas o no a través de la valoración de Enfermería. Todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que

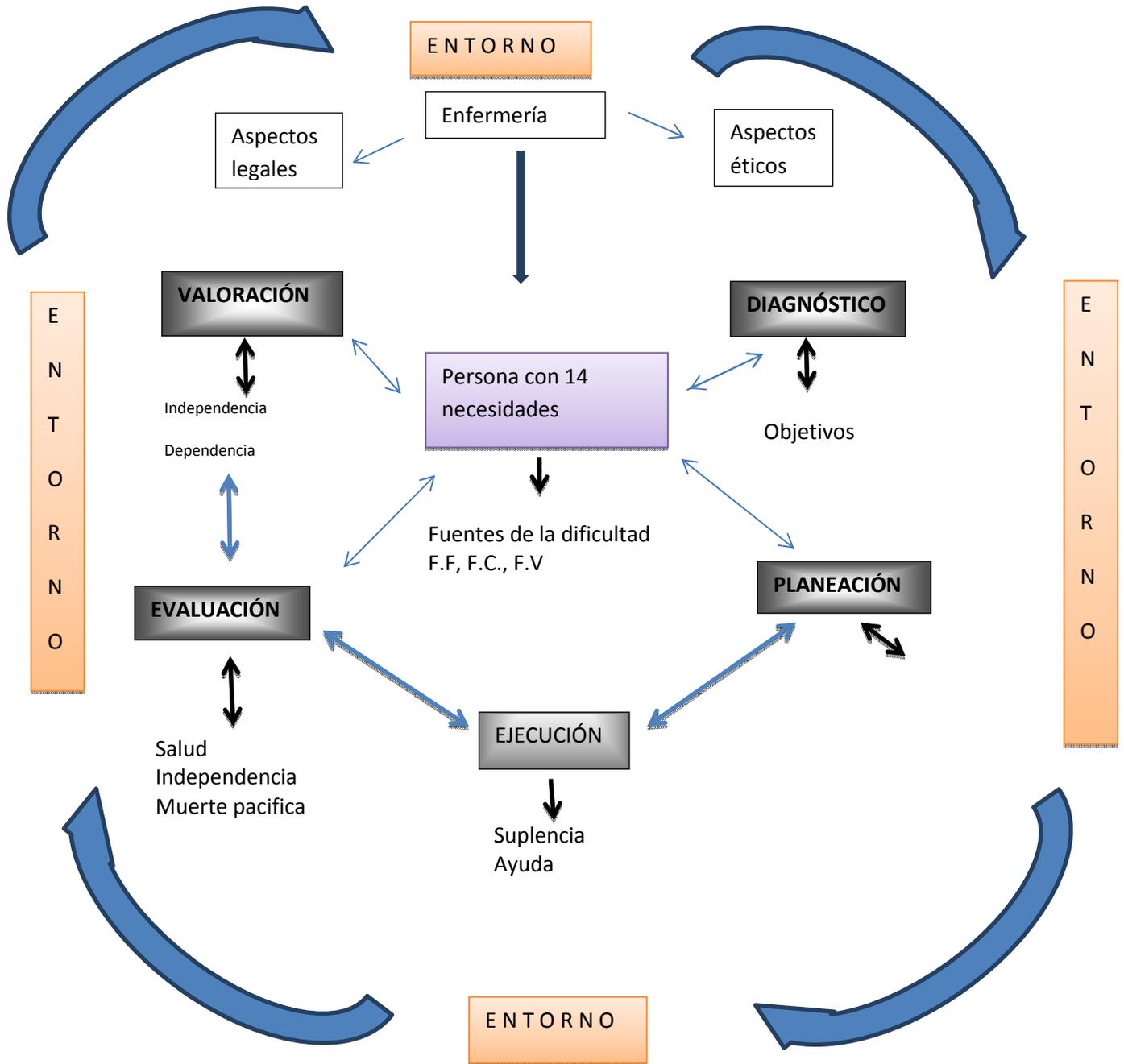
⁹³ Decálogo del código de ética. (sitio internet) disponible en: <http://www.up.edu.mx/Default.aspx?doc=1745>. Consultado octubre 2010

satisfacer, estas son cubiertas normalmente por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Ya que el rol fundamental de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar su salud. Al encontrar alteraciones en las necesidades básicas del individuo, que le están ocasionando problemas reales o potenciales de salud ya sea por la falta de conocimientos, fuerza y voluntad para realizarlas. Debemos elaborar diagnósticos de Enfermería y así mismo plantearnos objetivos encaminados a recuperar el grado de independencia del individuo lo antes posible.

Se plantean las intervenciones específicas acorde a cada necesidad y ejecutarlas de manera eficiente otorgando un trato digno para cada individuo. Evaluar si los objetivos fueron cumplidos, si no es así hay que volver a planear las intervenciones. Si nuestro paciente no logra su independencia, a pesar de los cuidados otorgados, hay que ayudarlo a una muerte pacífica. Siempre tomando en cuenta el entorno que rodea a la persona. Ya que el cuidado y la persona son el centro de atención de la Enfermería, sin olvidarnos de los principios éticos y las cuestiones legales que pueden implicar nuestras acciones.

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

RELACIÓN DE LA PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



ELABORO: María de Lourdes Alarcón Encino

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

HISTIOCITOSIS

CONCEPTO:

Es un término genérico utilizado para denominar un grupo de enfermedades de causa desconocida que tienen en común la presencia en los tejidos afectados de células del sistema mononuclear fagocítico, ya sean histiocitosis alterados o proliferantes.⁹⁴

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

CLASIFICACIÓN

CLASE 1. Histiocitosis de células de Langerhans.

CLASE II. Histiocitosis de células no Langerhans.

CLASE III. Histiocitosis maligna.

CLASE II

Comprende la histiocitosis de fagocitos mononucleares distintos de las células de Langerhans. Las entidades principales en esta categoría son la linfocitosis hemofagocítica asociada a infecciones y la histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva.⁹⁵

Etiología

Se han descrito numerosos agentes infecciosos que pueden desencadenar o asociarse al Síndrome Hemofagocítico.

Janka y colaboradores revisaron los casos pediátricos de Síndrome Hemofagocítico publicados entre 1979 y 1995. Se identificó un microorganismo desencadenante en 164 de 219 casos (74%). El virus de Epstein-Barr se detectó en 55% de los pacientes; otros virus identificados incluyeron herpes virus 6, citomegalovirus, adenovirus, parvovirus, varicela-zoster, herpes simple y virus del sarampión que se encontraron

⁹⁴ Sierrasumaga L. Oncología Pediátrica Mc Graw-Hill, Madrid 1992, Pág. 641

⁹⁵ Ídem Pág.659

en conjunto en 12% de los pacientes; se aisló una bacteria en el 5% de los individuos y hongos 1%.⁹⁶

Epidemiología

De 1979 a 1995 se describieron en la literatura 219 casos pediátricos (de Recién Nacido a 18 años de edad) más de 50% de los casos informados fue de Japón, china y Taiwán ; 50% eran menores de 3 años y 18% comprendían menores de un año de vida; 13 sujetos tenían una enfermedad subyacente con inmunodeficiencia o un tratamiento inmunosupresor.

Palazzi y colaboradores estudiaron en el hospital de niños de Texas, del año 1991 al 2001, a 19 niños con Síndrome Hemofagocítico (6 niños y 13 niñas); la edad promedio fue de 17.4 meses con una distribución bimodal; 42.1% fue menor de 1 año y 68% correspondió a menores de 2 años y 68% correspondió a menores de 2 años, lo cual refleja la probabilidad de que alguno de estos pacientes no se haya diagnosticado la modalidad familiar ; un segundo pico ocurrió en mayores de 6 años de edad, en este estudio llama la atención que 50% de los pacientes era hispano, lo cual contrasta con el solo 28% de las personas ingresadas al hospital en el mismo periodo eran hispanos.

El Síndrome Hemofagocítico puede estar subdiagnosticado debido a que es un trastorno poco frecuente y con manifestaciones clínicas muy variadas. La evolución clínica es por lo regular fulminante con mortalidad de 40% en sujetos inmunodeficientes y de 28% en individuos sin alteraciones inmunitarias.⁹⁷

En el hospital Infantil de México “Federico Gómez” en el periodo de 2005-2010 se han reportado 18 casos.

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico consiste en fiebres altas, síntomas generales graves, hepatomegalia, especialmente cuando se asocia a virus de Epstein-Barr, exantema macular generalizado, manifestaciones de hemorragia, úlceras bucales y genitales,

⁹⁶ Rivera Luna Roberto, Hemato-Oncología Pediátrica, Principios generales, Editores de textos mexicanos, 2006, Pág. 276.

⁹⁷ Ídem Pág. 276.

palidez progresiva, ictericia, crisis convulsivas, infiltrados pulmonares secundarias a proliferación y la acumulación de histiocitos, además hay daño sistémico y se puede presentar en etapas finales disfunción múltiple de órganos con mortalidad aumentada.

La fiebre con frecuencia es el motivo de atención médica, la cual es intermitente y puede tener una curación espontánea o presentarse fiebre de larga evolución. La hepatoesplenomegalia es un signo característico de la linfohistiocitosis; la esplenomegalia es un marcador confiable y temprano de la enfermedad y se encuentra presente al inicio en 84 a 98%. La hepatomegalia aunque también se detecta con frecuencia (90 a 94%), es más difícil de evaluar.⁹⁸

Pruebas de laboratorio

En la Biometría Hemática (BH) se observa caída súbita en el conteo de las células sanguíneas con citopenias aisladas o combinadas (bicitopenia o pancitopenia). La neutropenia es un hallazgo temprano en la mayoría de los pacientes; la leucopenia es poco frecuente en la presentación inicial e incluso puede haber leucocitosis, se pueden observar linfocitos atípicos y es infrecuente la linfocitosis.

Prácticamente todas las personas desarrollan pancitopenia grave conforme progresa la enfermedad, por lo que debe realizarse biometrías seriadas.⁹⁹

En el siguiente cuadro se presenta el diagnóstico de la linfohistiocitosis.

Fiebre	>38.5 grados C por 7 días o más
Esplenomegalia	>3 cm por debajo del borde costal
Dos de las siguientes alteraciones hematológicas:	
Anemia	Hemoglobina <9g/dl
Trombocitopenia	Plaquetas <100x10/L
Neutropenia	Neutrófilos<1x10/L
E	
Hipertrigliceridemia	Triglicéridos <2 mmol/l o <3DS de los valores

⁹⁸ Ídem. Pág 280.

⁹⁹ Ídem. Pág 281.

	Normales para la edad.
y/o	
Hipofibrinogenemia	Fibrinógeno >1.5g/L o <3 DE de los valores normales Para la edad.
Y	
	Hemofagocitosis en médula ósea, bazo o ganglios linfáticos
Y	Sin evidencia de médula ósea hipoplásica o neoplasia maligna

FUENTE: Rivera Luna Roberto, Hemato-Oncología Pediátrica, Principios generales, Editores de textos mexicanos, 2006, Pág. 282.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es suprimir la activación descontrolada de linfocitos y macrófagos. Las condiciones que ponen en peligro la vida, con inclusión de fiebre incontrolada, pancitopenia progresiva, y disfunción orgánica requieren terapéutica inmunosupresora similar a la de la Linfocitosis hemofagocítica, de acuerdo al protocolo HLH-94 del grupo de estudios de la linfocitosis.

Los regímenes iniciales incluían como Tratamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) metrotexate intratecal e irradiación craneal, posteriormente se eliminó la radiación pero se continuó con la quimioterapia intratecal.

El esquema del tratamiento se divide en dos fases: una inicial de inducción a la remisión y una de sostén. En la fase de inducción a la remisión se administra VP16, 2 veces por semana en las primeras 2 semanas y posteriormente una vez por semana de la 3 a la 8 semana. Se proporciona dexametazona por vía oral de la 1era a la 8va semana con reducción gradual a partir de la 3era semana hasta suspender después de la 8va semana.

Después de las 8 semanas del tratamiento inicial todos los niños con la modalidad familiar, así como aquellos con Síndrome hemofagocítico que presentan enfermedad persistente o con reactivaciones, deben continuar con la fase de sostén y se realiza TMO en caso de que se cuente con un donador HLA compatible. En los casos no

familiares el tratamiento se suspende después de las 8 semanas iniciales de terapéutica en el momento que el sujeto alcance la remisión completa.¹⁰⁰

II. METODOLOGÍA

2.1 Descripción del Estudio de Caso

Se trata de un lactante mayor femenino de 1 año 6 meses de edad, procedente de Ecatepec Estado de México, Madre de 28 años, padre 32 años de edad, es hija única. Proviene de una familia disfuncional, los lazos afectivos entre ambos padres son débiles, hacia la niña son fuertes, la mamá es testigo de jehová, con escolaridad de secundaria completa, papá de religión católica, con secundaria completa, el padre actualmente se encuentra desempleado, ya que entre ambos padres se dedican al cuidado de la niña en el hospital

Habita casa prestada que cuenta con dos habitaciones, 1cocina y baño; cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, agua, luz, drenaje.

Los ingresos económicos son mínimos, reciben ayuda por parte de la familia de ambos ya que el padre dejo de trabajar para poder cuidar a su hija en el hospital, reciben ayuda también del patronato del hospital.

Inicia su padecimiento a los 4 meses (septiembre del 2009) presentando fiebre durante 15 días posterior a vacuna de los 4 meses, acude a médico particular quien aplica vacuna D presentando mejoría, sin embargo 15 días después vuelve a presentar fiebre, recibe tratamiento con amikacina y antipiréticos sin mejoría, se toma biometría hemática y química sanguínea encontrándose anemia, se inician suplementos alimenticios durante 3 semanas y posterior vuelve a presentar fiebre.

A los 6 meses de vida presenta lesiones purpúricas en cara, manos y miembros inferiores, recibe tratamiento con celestone pediátrico por 4 días presentado desaparición de lesiones en 3 días, 4 días posterior a eso inicia con tos rinorrea y fiebre, recibe tratamiento con antibióticos sin mejoría, se cambia nuevamente

¹⁰⁰ Ídem. Pág 285

antibiótico sin mejoría, se realiza biometría hemática (B.H), encontrándose trombocitopenia y por tal motivo acude al hospital general de Ecatepec.

Es internada del 29-12-09 al 15-02-10, durante el internamiento presenta crisis convulsivas en una ocasión, recibe tratamiento con cefotaxima (21 días), Amikacina (14 días) y posterior Ceftazidima (14 días).

Conocida en el Hospital Infantil de México (H.I.M) "Federico Gómez" desde el 6-01-10 referida del hospital de Ecatepec por probable síndrome mieloproliferativo por encontrarse bicitopenia (anemia y trombocitopenia).

Ingresa al H.I.M por urgencias por presentar tos, fiebre moderada de 4 horas de evolución de inicio súbito no progresivo cuantificada hasta de 39 grados con diaforesis, escalofríos, tratada con medios físicos, hepatoesplenomegalia con aspirada de medula ósea hiperplasia

La paciente al presentar mejoría deciden su egreso el 17-02-10, durante la espera de alta, la paciente presenta fiebre con deterioro neurológico, referido por la madre como pobre integración al medio y rigidez de nuca, se toma muestra de líquido cefalorraquídeo obteniéndose transparente incoloro, con proteínas totales de 55, glucosa 47, leucos 33, diferencial con predominio de mononucleares de 61 y polimorfonucleares de 39. Por lo que es ingresada a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica como meningoencefalitis, con secuelas de espasticidad, el 20-02-10 se le hace el diagnóstico de linfocitosis hemofagocítica junto con bicitopenia persistente, fiebre, esplenomegalia. Dura internada dos meses y es dada de alta por mejoría. El 31 de mayo del 2010 ingresa nuevamente por urgencias por cuadro de infección de vías respiratorias altas, durante su internamiento presenta fiebre y dificultad respiratoria necesitando asistencia ventilatoria en varias ocasiones, se le coloca catéter venoso central femoral derecho, recibe sesiones de quimioterapia intratecal con dexametazona y metrotexate, durante su estancia ha sido alimentada con fórmula de continuación y progresando a papillas la cuáles han sido suspendidas en varias ocasiones por presentar vómitos y aumento de dificultad respiratoria, ha cursado con picos febriles después de las quimioterapias.

A la exploración física el 25-10-2010 se encontró los siguientes datos.

SIGNOS VTALES	SOMATOMETRIA	LABORATORIOS
FC136	Peso 9,500kg	B:H: Hemoglobina 8 ul/l
FR58	Talla 78cm	Hematocrito 34.1
Temperatura 36.8	Perímetro cefálico 45cm	Leucocitos 2.9
Tensión arterial 90/60	Perímetro abdominal 54cm	Neutrófilos 45%
	Perímetro torácico 52cm	Linfocitos 49%
	Perímetro braquial 6cm	Plaquetas 82 mil
		EGO
		Con aspecto sangre, color rojo
		Densidad1010
		PH7
		Proteínas 25
		Sangre 250
		Leucocitos 25
		Eritrocitos abundantes

HABITUS EXTERNO

Lactante mayor femenino de 1 año 5 meses con edad aparente igual a la cronológica, íntegramente conformada se encuentra en posición forzada (sentada), se observa cabello integro, peinado con colitas, simetría facial, fascies tranquilas, con mascarilla de oxígeno y sonda nasogástrica en narina derecha para alimentación, abdomen globoso, catéter central en región femoral derecho, encontrándose en cuna en posición libremente escogida, vistiendo únicamente pañal y tapada con una cobija delgada.

Análisis de las necesidades

Necesidad de Seguridad y protección

Se encuentra en dependencia grado 5 ya que se encuentra internada desde el 24-06-10, con un diagnóstico de linfocitosis hemofagocítica, ha estado sometida a múltiples procedimientos como: ventilación mecánica (en dos ocasiones por 4 y 7

días) punciones periféricas y catéteres centrales, transfusiones (en 25 ocasiones), no fue alimentada al seno materno, cuenta con vacunas, de BCG, Hepatitis 2 dosis, pentavalente 1 dosis, rotavirus 1 dosis, neumococo 1 dosis. A la exploración física se observa triste, pálida, nauseosa, con sonda nasogástrica para alimentación, equimosis en manos y pies en región femoral izquierda se observa lesión de piel por catéter anterior, en región femoral derecho con presencia de catéter central cubierto. En los exámenes de laboratorio tiene plaquetas de 82 mil.

Necesidad de Oxigenación

Se administra oxígeno con mascarilla a 4 litros por minuto.

Cuando se realizó la primera valoración en la exploración física se observa narinas con enrojecimiento, tórax se observa con retracción xifoidea y tiros intercostales, a la palpación se siente respiración rápida, a la auscultación se escuchan estridor laríngeo y estertores en ambos campos pulmonares. Saturando al 87%, frecuencia respiratoria 66 y frecuencia cardiaca de 110. Una gasometría de pH 7.37, pO₂ 133 y pCO₂ 40.7 los cuales se encuentran dentro de los rangos normales. Ha necesitado asistencia ventilatoria en tres ocasiones por presentar aumento de la dificultad respiratoria (04 al 08-07-2010, 29-11-10 al 02-12-10 y 03 al 7-12-10). En las últimas dos veces que necesito asistencia ventilatoria; presento frecuencias respiratorias de 80 a 88 por minuto, una frecuencia cardiaca hasta de 180 por minuto y desaturaciones de 45%, retracción xifoidea, tiros intercostales.

A la aspiración de secreciones traqueobronquiales y orofaríngeas se obtienen secreciones blancas espesas.

Necesidad de nutrición e hidratación

Cuando se realizó la primera valoración de esta necesidad (25-10-10) era alimentada con fórmula de continuación 96 ml/kg para pasar 40ml por hora, a través de una sonda nasogástrica y soluciones de base, (glucosa 50% ml, salina 85ml, agua bidestilada 2 cc) En valoraciones posteriores la niña se encontraba en ayuno por presentar vómitos e incremento de la dificultad respiratoria, (29-11-10 y el 1-12-10) dentro los datos objetivos presenta un peso de 9,500 Kg y una talla de 78cm, el peso

es inferior en un 13% del percentil 50 y una hemoglobina de 8. A la exploración física se observa la piel con palidez de tegumentos, con equimosis en brazos, a la palpación se siente suave, a la inspección de la boca, esta se encuentra sonrosada con ligera sequedad de labios, encía rosada, piezas dentales sin datos de caries, el abdomen se observa globoso de coloración uniforme, se auscultan ruidos intestinales, a la palpación se siente esplenomegalia, 3 dedos del borde costal, a la percusión se perciben sonidos timpánicos

Necesidad de eliminación

Esta necesidad se encuentra en riesgo por los cambios frecuentes de alimentación, la falta de movilidad. Se mantiene diuresis normal. Orina 6 veces al día en el pañal y evacua 2-3 veces al día son formadas de color amarillo y en ocasiones café de 100 a 130 gr. A la exploración física abdomen blando globoso con peristalsis presente de 3-4 ruidos por minuto, genitales de acuerdo a edad y sexo.

Necesidad de Movimiento y postura

Esta necesidad se encuentra alterada ya que presenta datos de rigidez articular.

Anteriormente la niña caminaba con ayuda al año de edad, inicio su problema el 17-02-10, con deterioró neurológico y rigidez de nuca a su egreso del hospital es referida al servicio de rehabilitación, con lo cual su mamá refiere que mejoró, en su último internamiento (31-05-10) vuelve a presentar datos de rigidez articular.

Se encuentra en cuna en posición decúbito dorsal, se observa con datos de espasticidad en miembros superiores e inferiores, presentando rigidez de nuca,

Al realizar los movimientos articulares presenta flexión y extensión de hombro de 90 grados, rotación externa del brazo de 40 grados, abducción de los dedos se realiza con dificultad por que la niña los mantiene empuñadas, cadera presenta limitación con abducción de 20 grados y aducción de 20 grados, rodilla presenta rigidez a la flexión y extensión con un arco de 60 grados, tobillo con rigidez a la flexión y extensión, tono muscular disminuido y reflejos ausentes. Según la escala de Denver en el apartado de motor grueso tiene 4 meses de edad, no cumple con todas las actividades para el año y medio de edad.

Necesidad de descanso y sueño

Duerme sin ningún problema, durante la noche duerme unas 10 horas, aparte de 2 siestas en el día de 2 horas aproximadamente, su sueño es tranquilo, el cual es interrumpido a veces por procedimiento mostrándose irritable. A la exploración física no se observan datos de dependencia.

Necesidad de vestido y desvestido

La mamá refiere que en su casa normalmente la niña usa ropa delgada de preferencia de algodón y pantalones de resorte o vestidos delgados aún en tiempo de frío ya que la niña tiende a la hipertermia y en la noche su pijama de algodón holgada, la mamá refiere que conoce el tipo de ropa que debe usar su hija. Por lo regular la niña usa en el hospital playeritas delgadas sin manga de algodón y pañal desechable únicamente, en algunas ocasiones la mamá le coloca algún vestido o calcetas.

Necesidad de termorregulación

La mamá refiere que desde la edad de 6 meses, empezó con fiebres de duración de una semana y con una frecuencia de cada 15 días llegando incluso a las convulsiones.

Al ser diagnosticada con linfocitosis es tratada con sesiones de quimioterapia tres veces por semana lo cual le provoca fiebre, siendo controlada con medios físicos

A la toma de temperatura se encuentra con 36.9 grados centígrados, se observa piel pálida, hidratada, elástica, con llenado capilar de 2 segundos, mucosas orales secas, a la palpación se siente normotermica a excepción de la extremidades que se sienten templadas. En el hospital donde se encuentra la temperatura del cuarto es cálida, el baño es diario de 8 o 9 am, siendo de manera rápida y se cierra la puerta del cuarto para evitar corriente de aire, por lo general la niña usa solamente pañal y es cubierta por una cobija delgada cuando la temperatura del cuarto desciende. En una segunda valoración de esta necesidad se encontró alterada ya que la paciente presento hipertermia después de su sesión de quimioterapia con una temperatura corporal de

38.5 grados, taquicardia, piel caliente a la palpación, la cual es controlada con medios físicos por la mamá. Esta necesidad se encuentra en dependencia, ya tiene un sistema inmunológico disminuido.

Necesidad de higiene

El pelo se encuentra limpio, trenzado, cara limpia, boca con dientes sin presencia de caries dental, piel limpia, sin olores desagradables, uñas cortas, la ropa que por lo general es pañal únicamente se observa seco, la ropa de cama está limpia. Su cambio de ropa es diario, baño diario.

Necesidad de comunicación

La mamá refiere que a la edad de 6 meses dijo sus primeras palabras (papá y mamá) La mamá refiere que la niña dejó de hablar desde su último internamiento. A la exploración física, responde a estímulos auditivos con ligero movimiento de cabeza, cuando oye llorar a un niño se pone tensa o llora, no pronuncia palabra alguna, se comunica con gestos o llanto, presenta pérdida casi total de la vista ya que solo logra ver sombras (le fue realizado potenciales visuales en el hospital de la ceguera), no responde a estímulos visuales, el sentido del gusto no se encuentra alterado, se valora con la comida observando que no le gustan comida dulces ya que cuando es alimentada con papillas de frutas hace gestos y las saca prefiere las de verduras; el olfativo es imposible valorarlo ya que no se obtiene respuesta; esta necesidad se encuentra en dependencia ya que de acuerdo a la escala de Denver presenta un retraso en el desarrollo encontrándose en la escala de 2 meses cuando tiene una edad cronológica de 1 año y medio, aparte que la falta de desconocimiento de los padres acerca de cómo estimular esta parte de la comunicación.

Necesidad de creencias y valores

El papá es de religión católica y la mamá es testigo de Jehová, la niña no ha sido bautizada, no ha sido inculcada en ninguna religión, quieren que la niña de grande decida, los valores que les gustaría enseñarle es el respeto, honestidad y tolerancia. Alrededor de la cuna de la niña no se observa ningún tipo de imagen religiosa, los

papas visten de manera casual, el papá usa un crucifijo en el cuello. Esta necesidad se valoró con respecto a los padres. Cada uno de ellos respeta sus creencias, y no ha habido ningún problema por no practicar la misma religión.

Necesidad de aprendizaje

En la valoración del par craneal II (óptico), III (motor ocular externo) VI (motor ocular externo) se encuentran alterados por que tiene perdida casi total de la vista, ya que solo logra ver entre sombras, escucha bien cuando se realiza algún sonido ya sea de cercas o de lejos, gira un poco la cabeza, cuando se le acerca algún tipo de olor fuerte se observa cara de disgusto, los sabores que le desagradan son los dulces ya que saca la comida y hace muecas de disgusto, cuando se le pone una textura rasposa hace el intento de retirarlo.

De acuerdo con la escala de Denver se encuentra alterado el motor fino y grueso encontrándose en una etapa de 2 meses cuando tiene una edad cronológica de 1 año 6 meses.

La mamá es la que pasa mayor tiempo con la niña y siempre muestra interés por aprender y participar en los cuidados de su hija.

Necesidad de realización.

Esta necesidad se valoró con respecto a los padres, la niña fue una hija deseada y planeada, ambos querían una niña, la mamá cuando esta con su hija la abraza, la carga y le platica, la niña le responde con gestos y se observan las fascias tranquila, cuando el papá llega también la abraza y la besa o le acaricia el cabello.

La relación entre ambos padres no es buena, la comunicación entre ellos es nula, pero a su hija le brindan todo su cariño, Por la hospitalización prolongada de la niña han tenido que modificar toda su dinámica familiar, ya que no cuentan con el apoyo de familiares para el cuidado de la niña, el padre tuvo que dejar su trabajo para poder estar con su hija.

Necesidad de recreación

Esta necesidad se encuentra alterada ya que tiene un problema visual, en el cual solo percibe sombras, esto repercute en que se muestre indiferente al medio, se irrita con facilidad, por lo general se observan fascies tristes, los papás le han llevado muñecos de peluche. La mamá refiere que no sabe que es lo adecuado en juguetes o como estimular a la niña por las condiciones físicas en las que se encuentra.

2.2 Métodos e instrumentos de valoración

Para la realización del estudio de caso se utilizó el proceso de atención de enfermería con cada una de sus 5 etapas, enfocándonos en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

Las fuentes de recolección de datos fueron primarias y secundarias; primarias el paciente, secundarias; familiar, expediente clínico, bibliografía consultada, hoja de consentimiento informado, se utilizó un instrumento diseñado por las autoridades la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Autónoma de México (ENEO de la UNAM), basado en las necesidades básicas del niño de 0-5 años, otorgadas por las tutoras clínicas. (anexo 1). Se realizaron un total de 20 seguimientos, en este estudio de caso para determinar el grado de dependencia o independencia de las necesidades se utilizaron el continuum independencia dependencia y la gráfica de tiempo y duración (anexo 2), para la valoración focalizada se utilizó una hoja de reporte diario proporcionado por la coordinadora de la especialidad (anexo 3).

Para las consideraciones éticas de este trabajo se utilizó la hoja de consentimiento informado donde el familiar concede la autorización para que se realice el estudio de caso de su hija (anexo 4).

2.3 Proceso de Diagnóstico

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se estructuraron con el formato que incluye problema, etiología y signos y síntomas (P.E.S), así también se

empleó el sistema de notación de la NANDA, con las modificaciones necesarias al caso por estudiar, se establecieron diagnósticos reales, de riesgo y de salud.

A continuación se describen los diagnósticos obtenidos por cada necesidad alterada según su jerarquía.

Los diagnósticos se jerarquizaron de acuerdo a la necesidad más alterada y considerando como prioridad alta aquellos que ponen en peligro la vida del paciente, prioridad media y prioridad baja que no ponen en riesgo la vida del niño.

Se elaboraron:

- ❖ Diagnósticos reales: 12
- ❖ Diagnósticos de riesgo: 2
- ❖ Diagnóstico de salud: 4
- ❖ Diagnósticos de independencia : 1

A continuación se presentan los diagnósticos considerando su prioridad.

JERARQUIA DE LOS DIAGNÓSTICOS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FUENTES DE DIFICULTAD	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD
Seguridad y protección	Protección ineficaz relacionado con múltiples factores (estancia prolongada, procedimientos invasivos y efectos secundarios de quimioterapia) manifestado por inmovilidad, deficiencia inmunitaria y	9-11-2010	Falta de fuerza	Grado 5 que puede durar meses o años	Alta

	alteración de la coagulación (plaquetas de 82 mil).				
Oxigenación	Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con falta de fuerza para expulsar las secreciones manifestadas por tos, secreciones orofaríngeas blancas abundantes, estertores y estridor laríngeo.	25-10-2010	Falta de fuerza	Dependencia en nivel ligero que es temporal	Alta

<p>Nutrición e hidratación</p>	<p>Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con menor aporte de nutrientes para sus necesidades metabólicas manifestado por un peso inferior del 13%, en el percentil 50, piel pálida y hemoglobina de 8</p>	<p>25-10-2010</p>	<p>Falta de fuerza</p>	<p>Dependencia grado 6 que puede durar meses o años.</p>	<p>Alta</p>
<p>Movimiento y postura</p>	<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con falta de conocimientos de</p>	<p>10-11-2010</p>	<p>Falta de fuerza</p>	<p>Dependencia total grado 6 que puede durar varios meses.</p>	<p>Alta</p>

	los padres para realizar ejercicios articulares a la niña, manifestado por espasticidad disminución de los arcos de los movimientos.				
Termorregulación	Deterioro neurológico relacionado con aumento de la temperatura corporal (38.5°) manifestado por crisis convulsivas.	26-10-2010	Falta de fuerza	Dependencia grado 5 que puede durar meses	Alta
	Hipertermia relacionada con sistema	22-11-2010	Falta de conocimientos y fuerza	Dependencia total grado 6 que puede ser crónica.	Alta

	<p>inmunológico disminuido manifestado piloerección, piel caliente al tacto y taquicardia.</p>				
Eliminación	<p>Riesgo de estreñimiento relacionado con falta de movilidad y cambios frecuentes en la dieta</p>	10-11-2010	Falta de fuerza	<p>grado 3 que puede ser por semanas</p>	Media
Recreación	<p>Alteración de la recreación relacionado con falta de conocimientos de los padres acerca de cómo estimular</p>	16-11-2010	Falta de fuerza y conocimiento	<p>Dependencia grado 6 que puede durar algunos meses.</p>	Media

	a la niña con juguetes apropiados manifestado con irritabilidad, apatía de la menor y verbalización de los padres sobre el tema.				
Higiene	Conductas generadoras de salud para mejorar la higiene.	29-10-2010	ninguna	Independencia Grado 2	Baja.
Comunicación	Retraso en la comunicación verbal relacionada	22-11-2010	Falta de fuerza y de conocimientos.	Dependencia grado 6 que puede durar	Media

	con múltiples factores (falta de estimulación verbal y física, alteración neuromuscular y alteración del sistema visual) manifestado por llanto o gestos para comunicarse a la edad de 1 año 6 meses de edad. (Con un retraso en el desarrollo, Según escala de Denver de un niño de 2 meses			meses	
--	--	--	--	-------	--

	Estrés relacionado con pruebas diagnósticas y el tratamiento manifestado por angustia, llanto e irritabilidad.	22-10-2010	Falta de conocimientos	Dependencia grado 3	Baja
Sueño y descanso	Conductas generadoras de salud para mejorar el sueño manifestado por dormir 10 horas en la noche y dos siestas de 2 horas cada una, durante el día.	10-11-2010	No hay	Independencia grado 2	Media

Aprendizaje	Alteración en el desarrollo psicomotriz (fino y grueso) relacionado con falta de conocimientos del cuidador primario para estimular a la niña manifestado por poca respuesta a estímulos verbales y físicos	29-11-2010	Falta de fuerza y de conocimientos	Dependencia total grado 6 por algunos meses	Media
Realización	Interrupción de los procesos familiares relacionado enfermedad de larga evolución de	26-11-2010	Falta de fuerza	Dependencia grado 4 puede ser por meses	Media

	<p>su hija manifestado por conflictos dentro de la familia.</p>				
	<p>Riesgo de cansancio del rol del cuidador primario relacionado con estancia prolongada de la niña (6 meses)</p>	26-11-2010	Falta de fuerza	Dependencia grado 3 puede durar por meses	Media
	<p>Potencial de desempeño inefectivo del rol relacionado con enfermedad crónica y</p>	29-11-2010	Falta de fuerza y conocimiento	Dependencia grado 6 puede durar meses.	Media

		hospitalizaciones de larga duración.				
Valores y creencias		Disposición para mejorar la esperanza que manifiesta deseos de mejorar la confianza en las posibilidades y verbalización de la mamá de querer conservarlo.	15-11.2010	Ninguna	Independencia grado 1	Baja
		Independencia en la necesidad de creencias y valores.	15-11-2010	Ninguna	Independencia grado 1	Baja
Vestido y desvestido		Disposición de la mamá para	25-11-2010	No hay	Independencia grado 1	Baja.

	mejorar la necesidad de vestido.				
--	--	--	--	--	--

2.4 PLANEACIÓN

Para llevar a cabo la estructuración del plan de intervenciones se utilizaron las 14 necesidades que nos propone Virginia Henderson, previamente después de haber formulado los diagnósticos de enfermería los cuales nos sirvieron de base para establecer prioridades de alta mediana o baja prioridad.

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

Los planes de cuidados especializados se jerarquizaron de acuerdo a la necesidad de mayor relevancia, considerando el diagnóstico más importante de cada necesidad, una vez establecidas las prioridades y estructurados los Diagnósticos de Enfermería, se elaboraron objetivos, los cuales se plantearon a corto, mediano y largo plazo. Para las intervenciones de Enfermería, se usó como apoyo y referencia la clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) 5ta edición con fundamentación científica, siendo estas de orden independiente, dependiente e interdependiente. La evaluación se elaboró de acuerdo a los objetivos planteados.

Para la documentación del plan, se realizó un formato en donde se organiza la información de la siguiente manera:

Ficha de identificación del paciente con los datos más relevantes, diagnósticos de enfermería. Así como los objetivos, necesidad alterada, fuentes de la dificultad, fecha de identificación, tipo de prioridad, rol de la enfermera e intervenciones de enfermería; cada una con su fundamentación científica y evaluación.

PLAN DE INTERVENCIONES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: C.N.M.R

SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Linfohistiocitosis hemofagocítica

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Seguridad y protección	Falta de fuerza	09-11-2010	Dependencia nivel 5 que puede durar meses o años.	Alta	Suplencia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Protección ineficaz relacionado con múltiples factores (estancia prolongada, procedimientos invasivos y efectos secundarios de la quimioterapia) manifestado por adinamia, fatiga, palidez, náuseas y plaquetas de 82 mil.

OBJETIVO:

La niña disminuirá el deterioro de la protección física mediante intervenciones específicas de Enfermería durante su estancia hospitalaria

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Control de infecciones (NIC 4V-6540)</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambiar equipos (metriset, venopack) de la niña cada 24 o 72 horas (NIC 4V-6540, 03). 	<p>-Conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos y mecánicos. (http://es.scrbd.com/doc/3007110/controldeinf-intrahospitalaria.)</p>



- Evitar el contacto con las personas expuestas con enfermedades transmisibles con el uso de Cubrebocas, como prevención durante la estancia del paciente (NIC 4V-6540,04).



- Enseñar a las personas que están en contacto con la niña el lavado de manos apropiado, durante la estancia hospitalaria. (NIC 4V-6540,08)
 - Abrir la llave del agua y humedecer las manos.
 - Aplicar solución antiséptica.
 - Friccionar dorso y palma de la mano.
 - Friccionar los espacios interdigitales incluyendo dedo

pulgar.

- Friccionar uñas
- Friccionar las muñecas
- Enjuagar con agua suficiente.
- Secar las manos con toalla de papel.
- Cerrar la llave del agua con la toalla desechable.



- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
(NIC 4V-6540,11)
- Poner en práctica precauciones estándar (NIC 4V-6540,12)
- Mantener un ambiente antiséptico mientras se cambian los sistemas de soluciones (NIC 4V-6540,20).

- ✦ Preparar soluciones con circuito cerrado.
- ✦ Realizar asepsia del frasco con alcohol al 70% antes de cada punción.



- Fomentar una ingesta nutricional adecuada (NIC 4V-6540,28)
- Fomentar la ingesta de líquidos.(NIC 4V-6540,29)

2. Protección contra infecciones (NIC 4V- 6550)

INTERDEPENDIENTE

- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. (NIC 4V-6550,01)
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a infecciones. (NIC 4V-6550,02)

Disminuye la susceptibilidad a las infecciones. Un tratamiento precoz puede ayudar a prevenir la sepsis, ya que los pacientes con riesgo de infección son los principales, aunado a otros problemas de orden físico y psicológico. (M.E. Doenges, Pág 420)



- Vigilar el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales (NIC 4V-650,03).



- Limitar el número de visitas. (NIC 4V-650,05)
- Mantener normas de asepsia (NIC 4V-6550,07).
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento en membranas y mucosas (NIC 4V-650,09).
- Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones (NIC 4V-650,26).

3. Cuidados durante la quimioterapia (NIC 2H-2240)

INDEPENDIENTE

- Observar los efectos secundarios y efectos tóxicos derivados de los agentes quimioterapéuticos. (NIC 2H-2240, 03).

El termino quimioterapia engloba toda sustancia capaz de destruir o neutralizar a los agentes productores de enfermedad, posee afinidad especial para ciertas estructuras moleculares. La quimioterapia utilizada en padecimientos oncológicos, consiste en la administración de medicamentos y drogas específicas por vía oral o intravenosa, que actúan e forma sistemática e impiden la multiplicación

- Instruir al paciente y al familiar acerca de los efectos de la quimioterapia (NIC 2H-224,05).



- Informar a la familia que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragia nasal y hematomas (NIC 2H-2240,07).
- Vigilar el estado nutricional y el peso (NIC 2H-2240,21).
- Fomentar una buena higiene bucal (NIC 2H-2240,23).
- Vigilar administración de la quimioterapia. (NIC 2H-2240,24).



de las células cancerígenas o de aquellas que se reproducen anormalmente; son conocidos citostáticos y se clasifican en agentes alquilantes, anti metabolitos, antibióticos antitumorales y derivados de plantas. El proceso de atención para las personas que reciben quimioterapia debe ser proporcionado por personal de salud interdisciplinario competente y capacitado; a contribución de la enfermera en dicho proceso incluye intervenciones en el antes, durante y después de la administración de la quimioterapia. Estas acciones mejoran la calidad de atención y garantizan el cumplimiento de la terapéutica.

[Http://www.imss.gov.mx/NR/rdonlyres/8E5D1E78-0479-4F9F-BDF7-7BDE9BBBABF/0/1_2732.pdf](http://www.imss.gov.mx/NR/rdonlyres/8E5D1E78-0479-4F9F-BDF7-7BDE9BBBABF/0/1_2732.pdf).

Quimioterapia semanal:

- Etopósido 59 mg diluidos en 60 ml de solución salina para pasar en 3 horas.



- Dexametazona 1mg iv cada 6 horas.

Antineoplásico, conocido también como VP16, es un análogo semisintético de la podofilotoxina. Datos experimentales indican que este compuesto detiene el ciclo en la fase G2. Difiere de otros compuestos de podofilina en que no causa acumulación de las metafases, pero previene la entrada de células a la profase de la mitosis o destruye las células que se están preparando entrar en la mitosis o destruye las células que se están preparando para entrar en la mitosis. Efectos secundarios frecuentes: anorexia, anemia, leucopenia (con un nadir entre los días 7 y 14 y recuperación completa por lo regular el día 21), trombocitopenia (nadir entre los días 9 y 16 y recuperación completa el día 20), caída del cabello.

Poco frecuentes: estomatitis, reacción anafiláctica.

(Rivera, Hemato-Oncología pediátrica 2006 Pp.137).

Corticoesteroides, antiinflamatorio, Tratamiento auxiliar durante las exacerbación o de sostén en algunas enfermedades de la colágena, control de las manifestaciones alérgicas graves que

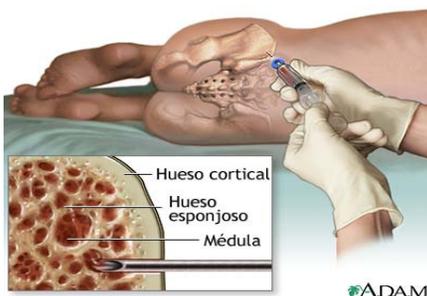
no responden al tratamiento convencional, también utilizado en problemas hematológicos (púrpura trombocitopénica idiopática y leucemia en niños.

Efectos frecuentes: sensación de bienestar, aumento de apetito, nerviosismo, intranquilidad, dificultad para dormir. Con la administración crónica: acné dolor muscular, cansancio, sangrado gastrointestinal, cara de luna llena, aumento de la susceptibilidad a infecciones, úlcera péptica, indigestión, trastornos del gusto y del olfato, gastritis, descalcificación de los huesos, aumento de la presión intraocular y trastornos del sueño.

Poco frecuentes: visión borrosa, polaquiuria y sed.

(Rodríguez, Vademécum, 2009. Pp. 236-237).

Quimioterapia intratecal con dexametazona, metotexate y ciclosporina.



El tratamiento llamado santuario del sistema nervioso central se administra generalmente durante cada fase de la terapia. Debido que la quimioterapia que se administra oralmente o se inyecta en una vena puede no llegar a las células leucémicas en el SNC (cerebro y espina dorsal). Las células pueden encontrar un "santuario" se esconden en el SNC. La

quimioterapia intratecal y la radioterapia pueden llegar a las células leucémicas del SNC y se administran para destruir las células leucémicas y evitar que el cáncer recidive (vuelva). (Otto, enfermería Oncológica, Pp.397).

Metotrexato: Compuesto antagonista del ácido fólico también conocido como ametopterina o ácido 4-amino.N1-metilpteroilglutámico. El Metotrexato difiere del ácido fólico en la sustitución de un grupo amino por un grupo hidroxil en el núcleo de la pteridina. Compite con el ácido fólico por la enzima dihidrofolato reductasa; esta enzima, una vez unida al metotrexato, no permite la conversión del ácido fólico a factor citrovoro y otros compuestos, los cuales poseen un solo átomo de carbono, reduciendo la deoxiuridina a timidina.

Indicado para profilaxis y tratamiento de la meningitis leucémica, solo o combinado con radiación. Tratamiento de la leucemia linfocítica aguda, leucemia mielocítica aguda, linfoma de no Hodkin, coriocarcinoma y osteosarcoma, Tratamiento del carcinoma de diversos tejidos como mama, pulmón epidermoide y mola hidatiforme. Artritis reumatoide grave refractaria y psoriasis.

Efecto secundarios:

	<p>Náusea, vómito, pérdida de cabello, sensibilidad de la piel y de los ojos al sol, lesiones en la boca, pérdida del apetito y diarrea.</p> <p>Más raros:</p> <p>Cansancio, daño del hígado (habitualmente) transitorio), osteoporosis.</p> <p>Al administrarse en el líquido cefalorraquídeo se puede producir:</p> <p>Cambios del sistema nervioso central como: somnolencia, vista borrosa, dolor de espalda y hormigueo o entumecimiento de brazos y piernas (Rivera, hemato- Oncología pediátrica, 2006. Pp. 148).</p> <p>Ciclosporina: Agente inmunosupresor indicado en la prevención del rechazo de órganos. Fármaco muy potente y constituye el principal agente en muchos regímenes inmunosupresores. (Lilley, Auker, farmacología en enfermería, 2000, Pp.625.</p>
--	---

EVALUACIÓN

Se cuenta con toda la infraestructura y recursos disponibles, así como equipo multidisciplinario altamente competitivo para el cuidado y tratamiento de la niña, se realizaron 3 seguimientos y no ha presentado datos de infección, pero continua en dependencia nivel 4 debido a sus condiciones físicas y la vulnerabilidad en la que se encuentra, se continuara implementando el plan de intervenciones así como apoyando al cuidador primario en el cuidado de la niña.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
oxigenación	Falta de fuerza	25-10-2010	Dependencia grado 5 que puede durar meses o años.	Alta	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:					
Limpieza ineficaz de vías respiratorias aéreas relacionada con falta de fuerza para expulsar las secreciones manifestadas por tos, secreciones orofaríngeas blancas espesas, estertores y estridor laríngeo.					
OBJETIVO:					
La lactante recuperará la permeabilidad de las vías aéreas por medio de la aplicación de un programa de fisioterapia pulmonar y aspiración de secreciones que realizará la enfermera durante el turno matutino					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración respiratoria 1 vez por turno. (NIC- 2K-3350)</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. (NIC 2K-3350,01) • Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales. (NIC 2K-3350,02). • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. (NIC 2K335, 03). • Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. (NIC 2K- 	<p>La reunión y análisis de datos de un paciente nos permite asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado. (Bulechek, 2000, Pp. 635).</p> 

3350,05).

- Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. (NIC 2K-3350,06).
- Anotar la ubicación de la tráquea. (NIC 2K3350, 07).
- Observa si hay fatiga muscular diafragmática. (NIC 2K-3350,08).
- Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (NIC 2K-3350,09).
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. (NIC 2K-3350,10).
- Comprobar la capacidad de la niña para toser eficazmente. (NIC, 2K-3350,16).
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. (NIC 2K-3350,17).

2. Administración de medicamentos prescritos para Micro nebulizaciones con salbutamol .5ml inhalación cada 6 horas y Budesonida .5 ml. (NIC 2311)

DEPENDIENTE



Salbutamol: Adrenérgico, indicado para profilaxis y tratamiento del asma bronquial.

Efectos frecuentes:

- ✦ Náusea
- ✦ Taquicardia
- ✦ Nerviosismo
- ✦ Intranquilidad
- ✦ Temblor
- ✦ Palpitaciones
- ✦ Poco frecuentes:
- ✦ Insomnio
- ✦ Mal sabor de boca
- ✦ Vómito
- ✦ Resequedad o resequead de boca y garganta
- ✦ Dificultad para la micción
- ✦ Aumento o disminución de la presión arterial. (Rodríguez, VAM, 2009, Pp.674).

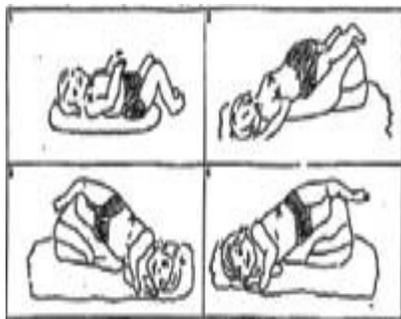
Budesonida: Indicado para la terapia auxiliar del asma bronquial, pacientes que requieren tratamiento de mantenimiento con glucocorticoides, para el control de la inflamación de las vías respiratorias. (Vademécum de bolsillo, 1998, Pág. 688.)

3. Fisioterapia respiratoria para ayudar a la niña a expulsar las secreciones.

(NIC. 2K-3230)

INDEPENDIENTES

- Determinar si existen contraindicaciones, para el uso de fisioterapia respiratoria como:
 - Apnea
 - Bradicardia
 - Fracturas costales
 - inestabilidad severa
 - neumodiastino (NIC 2K-3230,01)
- Determinar los segmentos pulmonares que deben ser drenados. (NIC 2K-3230,02).



- Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta (NIC 2K-3230,03).

La fisioterapia respiratoria mantiene la permeabilidad de las vías aéreas, en procura de mantener la integridad de la función pulmonar y de proporcionar una mejor ventilación. (Tamez- silva, Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, 2003, Pp. 62).

- Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada (NIC 2K-3230,04).
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural (NIC 2K-3230,06).
- Primero se coloca una mano sobre otra, luego se aprietan y sueltan los músculos del brazo. Esto crea una vibración que, al aplicarse en la piel pasa a través de los pulmones para aflojar el moco.
- Se puede utilizar un vibrador eléctrico (masajeador) o un cepillo de dientes eléctrico acojinado, que hace la misma función de las manos.



- A los lactantes se les coloca en el regazo de quien hará el procedimiento.

✦ Palmear cada segmento pulmonar afectado de 1 a 2 minutos, se debe evitar palmear sobre estructuras fácilmente lesivas, tales como esternón, columna vertebral y riñones. (Wong, Manual de enfermería pediátrica, 2009, Pp.567).

**4. Aspiración de las vías aéreas las veces que sea necesario.
(NIC 2K-3160)**

INDEPENDIENTE

- Valorar la necesidad de aspirar, auscultando campos pulmonares o cuando las secreciones sean audibles durante la respiración (NIC 2K-3160,01).



- Informar al paciente y al familiar sobre la aspiración, que aliviara la dificultad respiratoria (NIC 2K-3160, 02).
- Disponer de precauciones

La aspiración ayuda mantener las vías respiratorias (nariz y boca) limpias de moco para ayudar al niño a respirar con facilidad. (Wilson, manual de enfermería pediátrica de Wong, 2009, Pp. 564).

universales como: uso de guantes, Cubrebocas y gafas (NIC 2K-3160,06)

- Preparar material y equipo que se va a utilizar como:
 - Máquina de aspiración.
 - Guantes
 - Sonda de aspiración con el calibre adecuado para el niño
 - Gasas
 - Guantes
 - Equipo de aspiración
 - Solución salina.



- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Abrir el equipo de aspiración
- Medir la sonda para determinar la longitud que debe insertarse.

Colocar la punta del catéter en el lóbulo de la oreja del niño y marcar la distancia que hay hasta la punta de la nariz.

- Colocar la punta del catéter en solución salina y el dedo pulgar sobre la apertura para obtener la aspiración.
- Aspirar primero la vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal.

(NIC 2K-3160,07).



- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% antes de empezar la aspiración (NIC 2K-3160,09).
- Utilizar equipo desechable para cada procedimiento de aspiración (NIC 2K-3160,11).
- Controlar el tiempo de aspiración el cual no debe de exceder de 10 segundos. Durante este tiempo, el catéter se inserta, se aplica la succión, se para y se retira el catéter (NIC 2K-3160,15).



- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de saturación y el estado hemodinámico y ritmo cardiaco), antes, durante y después de la aspiración (NIC 2K-3160,16).
- Valorar la necesidad para extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración (NIC 2K-3160,17).
- Detener la aspiración y suministrar oxígeno suplementario, si el paciente experimenta bradicardia y desaturaciones (NIC 2K-3160,20).
- Observar el moco. Verificar color, olor y consistencia y anotarlo (NIC 2K-3160,22).
- Favorecer la comodidad del paciente (NIC 2K-3160,23).
- Valorar la eficacia de la aspiración (NIC 2K-3160,24).

5.OXIGENOTERAPIA

(NIC 2K-3320)

INTERDEPENDIENTE

- Determinar la necesidad de la terapia con oxígeno y verificar la prescripción médica NIC 2k-3320,01).
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas NIC 2K-3320,03).
- Preparar el equipo de oxígeno, lavándose las manos antes del procedimiento (NIC 2K-3320,04).
- Administrar oxígeno de 2 a litros por minuto (NIC 2K-3320,05).
- Instruir a la familia la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido (NIC 2K-3320,08).
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita (NIC 2K-3320,09).
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (con oximetría de pulso NIC 2K-3320,10).

El oxígeno está indicado para numerosos pacientes que tienen hipoxemia. Muchas son las circunstancias que producen hipoxemia, como la congestión pulmonar que reduce la difusión de oxígeno a través de la membrana respiratoria, un fallo que trae consigo un transporte inadecuado de oxígeno etc.

(Kozier, enfermería fundamental, 1993, Pp.1197).





- Asegurar que la mascarilla de oxígeno este colocada correctamente (NIC 2K-3320,11).



EVALUACIÓN

Al inicio de esta valoración se encontraba en dependencia nivel 5, con la ejecución del Plan de Cuidados Especializados de Enfermería, no se presentaron complicaciones y se cumplieron los objetivos planteados, además se contó con todos los recursos para el logro de los mismos, así como la disponibilidad del cuidador primario, para ayudar con algunas acciones. Camila se queda en independencia nivel 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Nutrición e Hidratación	Falta de fuerza	25-10-2010	Dependencia grado 6 que puede durar semanas.	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con menor aporte de nutrientes para sus necesidades metabólicas manifestado por un peso inferior del 13% del percentil 50, piel pálida y hemoglobina de 8.					
OBJETIVO: La niña recuperara el equilibrio nutricional al incrementar su peso corporal de 100 gr por semana a través de la aplicación de un plan nutricional.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Monitorización nutricional (NIC 1D-1160)</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a la niña diario. (NIC 1D-1160,01) • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. (NIC 1D-1160,02). • Observar las interacciones padres/niña durante la alimentación. (NIC 1D-1160,05). • Programar el tratamiento y los procedimientos a horas que no sean de los alimentos. (NIC 1D-1160, 07). • Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación. (NIC 1D-1160,08). • Observar si el pelo está seco, 	<p>La valoración y el análisis de los datos del paciente nos permiten evitar o minimizar la malnutrición. Una valoración nutricional completa permite que sea el plan de apoyo nutricional, la educación y el asesoramiento nutricional sean más eficaces.</p> <p>(Bulechek, Pp.6334).</p> 

es fino y es fácil de arrancar.
(NIC 1D-1160,10).

- Observar si se produce náusea y vómitos. (NIC 1D-1160,12).
- Vigilar los niveles de albumina, hemoglobina y hematocrito. (NIC 1D-1160,14).
- Observar si las uñas tienen forma de cuchara o están quebradizas. (NIC 1D-1160,21).

2.Ayuda para ganar peso

(NIC 1D-1240)

INTERDEPENDIENTES

- Ayudar a la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta del peso. (NIC 1D-1240, 01).
 - Los niños pierden peso durante la quimioterapia.
- Pesar al paciente diariamente(NIC 1D-1240,02)
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal (NIC 1D1240,03)
- Observar si hay náuseas y vómitos (NIC 1D-1240,04).
- Controlar periódicamente el consumo diario de calorías (NIC 1D-1240-07).
- Fomentar el aumento de

Mantener el peso sano ideal requiere un equilibrio entre el consumo de energía y el aporte de nutrientes, en general cuando las necesidades energéticas de un individuo sano son iguales al aporte calórico diario, el peso corporal se mantiene estable (Kozier, enfermería fundamental, 1993, Pp. 1285).

ingesta de calorías (NIC 1D-1240-09)

- Considerarlas preferencias alimentarias del paciente (NIC 1D-1240,12).



- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas (NIC 1D-1240,13)
- Disponer de periodos de descanso cuando se esté alimentando (NIC 1D-1240,14)
- Crear un ambiente relajado y agradable a la hora de la comida (NIC 1D-1240,18)
- Registrar el proceso de la ganancia de peso en una hoja y colocarlo en un lugar estratégico
- (NIC 1D1240, 31).

3. Cuidado de la nutrición (NIC-1D-1160)

INTERDEPENDIENTE

- Determinar en colaboración con

Un alimento saludable es aquella que contiene todos los nutrientes que el individuo necesita, en cantidad y proporción adecuada. Para ello deben

el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de la alimentación (NIC 1D-1160,01).

- Ofrecer bebidas y frutas (NIC 1D-1160, 03)
- Dar comidas blandas (NIC 1D-1160,04).
- Realizar una selección de comidas (NIC 1D-1160,06).

- Dar raciones recomendadas y preparar comidas de mayor preferencia de la niña.

- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de los alimentos (NIC 1D-1160,07).

- Lavado de manos antes de preparar los alimentos.

- Consumir los alimentos bien cocidos y hervidos.

- Hervir el agua.

- Consumir comida refrigerada antes del tercer día.

estar representados todos los grupos de alimentos con la frecuencia y ración adecuada, siguiendo las recomendaciones de cada nutrimento.

En la mayoría de las enfermedades, la nutrición tiene un papel importante, ya que ayuda a tener un mejor tratamiento, así como una excelente recuperación, haciendo que el paciente tenga una mejor calidad de vida. (<http://www.alimentación-sana.Com.ar/informaciones/novedades/enfermedades.htm>).



4. Manejo del peso

(NIC 1D-1260)

INTERDEPENDIENTE

- Hablar con la familia sobre los riesgos asociados con el hecho de estar abajo del peso (NIC 1D-1260, 02).
- Determinar el peso ideal para la niña según las tablas de peso y talla para la edad (NIC 1D-1260,06).
- Registrar el peso continuamente si es posible por semana (NIC 1D-1260,10).

5. Asesoramiento nutricional

(NIC, 1D- 5246)

DEPENDIENTE

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la niña (NIC 1D-5246,03).
- Determinar el conocimiento por parte de la familia de los grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación en la dieta (NIC - 1D-5246,10).
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias de la niña (NIC 1D-5246,12).
- Pedir a la mamá que registre lo

El manejo del peso es el mantenimiento del peso corporal a un nivel saludable. El peso ideal es recomendable para la salud óptima (Kozier Enfermería fundamental, 1993, Pp.1285).

La disponibilidad de la alimentación diaria del niño ayuda a prevenir los desequilibrios nutricionales, reduce los riesgos del desarrollo de enfermedades y garantiza el crecimiento y la calidad de vida. (<http://www.guiainfantil.com/salud/alimentación.htm>.)



que come normalmente en un periodo de 24 horas (NIC 1D-5246,18).	
--	--

EVALUACIÓN

Al inicio de la valoración se encontraba en un nivel de dependencia 6. Se cuenta con los recursos necesarios, así como la colaboración del equipo multidisciplinario y la disponibilidad del cuidador primario para el logro de los objetivos, se realizaron 3 seguimientos en el cuál la niña aumento a 10, 500kg, un kilo en un mes, quedándose en el percentil 50, una hemoglobina de 12 y se queda en un nivel dependencia grado 3.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Movimiento y postura	Falta de fuerza	10-11-2010	Dependencia grado 6 que puede durar meses.	Alta	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:					
Deterioro de la movilidad física relacionado con falta de conocimientos de los padres para realizar ejercicios pasivos a la niña manifestado por espasticidad y disminución de los arcos de movimiento.					
OBJETIVO:					
Mejorará la movilidad física por medio de un plan terapéutico que incluye masoterapia, termoterapia y ejercicios pasivos con el apoyo del cuidador primario durante su estancia hospitalaria.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Enseñanza sobre la actividad, ejercicio y movilidad (NIC 1A-5612)</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de conocimientos de los padres acerca del ejercicio prescrito. (NIC 1A-5612,1) 	<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 actividades cotidianas, caminar y moverse, suelen ser consideradas</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Informarle a los padres sobre el propósito y los beneficios de las actividades y ejercicios prescritos (NIC 1A-5612,2) • Enseñarle a los padres de Camila a realizar las actividades y ejercicios adecuados. (NIC 1A-5612,3) • Informar acerca de las actividades y ejercicios apropiados en función del estado físico. (NIC 1A-5612,6) 	<p>y garantizadas par una persona sana. La enfermedad y el confinamiento en cama pronto debilita el cuerpo y puede producir complicaciones serias, no solo el movimiento sino también en el funcionamiento de otros sistemas corporales. (Kozier, Enfermería fundamental, Pág 521)</p>
<p>2. Aplicación de termoterapia.</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de envolturas secas. Agente físico sólido. Se utilizan sabanas o mantas calientes, puede ser una aplicación local o general, se aplican directamente sobre la piel y el tiempo de duración puede ser largo • Para que un agente térmico se considere caliente debe estar entre los 34 y 36º C como mínimo y el límite superior está fijado con respecto a la sensibilidad cutánea y no debe sobrepasar los 58º C. (http://abalnearios.com/termoterapia/) • A nivel muscular el calor va a 	<p>La termoterapia es la aplicación con fines terapéuticos de calor sobre el organismo por medio de cuerpos materiales de temperatura elevada, por encima de los niveles fisiológicos. El agente terapéutico es el calor, que se propaga desde el agente térmico hasta el organismo, produciendo en principio una elevación de la temperatura y, como consecuencia de esta elevación, surgen los efectos terapéuticos. (http://publispain.com/balnearios/termoterapia.html)</p>

producir una relajación muscular, es antiespasmódico y hace desaparecer la fatiga, disminuye la excitabilidad, aumenta la elasticidad muscular y disminuye el tono.

- Sobre la piel el calor va a producir un aumento de la temperatura, con modificaciones locales circulatorias y sudoración. También va a producir una mayor evaporación de agua a través de la piel aumentando su permeabilidad y una disminución de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas táctiles.
- Precauciones durante el uso de la termoterapia:
 - Es importante tener cuidado en zonas de pérdida o trastornos de la sensibilidad de la piel.
 - Se debe vigilar la aparición de dolor durante la aplicación.
 - Está contraindicado en los tejidos con irrigación inadecuada, tampoco cuando exista tendencia al sangramiento.
 - No aplicar en zonas donde existen procesos malignos, por la posibilidad

de diseminación.

- No aplicar en procesos inflamatorios agudos, ni febriles.

- No aplicar en pacientes con trastornos cardiovasculares descompensados.

- No debe aplicarse calor sobre las gónadas, ni sobre el feto en desarrollo. La exposición al calor del abdomen grávido puede ser causa de anomalías funcionales y retraso mental para el futuro bebé.

- Se debe eliminar todo contacto con objetos metálicos durante el tratamiento, por lo que es adecuado ubicar al paciente sobre silla o camilla de madera.

- No aplicar en pacientes con implantes metálicos en la zona del tratamiento.

- Para el caso del calor producido por las altas frecuencias, el paciente debe estar colocado en una posición cómoda y fija, pues los pequeños movimientos del cuerpo durante el tratamiento, pueden alterar la impedancia del circuito de tal manera que se producirá una resonancia y podrá incrementarse en forma considerable el flujo de corriente sin que lo advierta el fisioterapeuta. Es necesario evitar la acumulación de

gotas de sudor empleando una tela de toalla.

- No aplicar en pacientes con marcapasos, ni en pacientes con dispositivo intrauterino que contienen metal.

- No se debe aplicar durante el período menstrual por la posibilidad de aumentar el sangrado.

(<http://WWW.sid.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=892>)

3. Masoterapia

INTERDEPENDIENTE

- Realizar masaje antes de iniciar los ejercicios pasivos
- Se aplica una fuerza controlada en una determinada superficie del cuerpo para actuar sobre un tejido (músculo, tendón, ligamento, articulación.).
- La presión que se aplica debe ser suave y lenta.
- Brazos: Formar un círculo con sus dedos y pasar el brazo del niño, desde la axila hasta la mano. Forme ochos con la yema de sus dedos por el recorrido del brazo. No olvidando las palmas de las

La masoterapia es una técnica que se puede definir como el uso de distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos, esto es, para el tratamiento de enfermedades y lesiones

Las maniobras de masaje tienen como finalidad, también, la recuperación y rehabilitación física de los procesos patológicos, o de las lesiones. En referencia a esto último cabe destacar que: en el momento en que el masaje proporciona relajación y bienestar, y por tanto nos ayuda recuperar y mantener la salud, se convierte, aun sin pretenderlo, en un acto terapéutico.

<p>manos. Juegue a cruzar los brazos sobre su pecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piernas: Acaricie las piernas del niño con movimientos suaves y ascendentes. Juegue a llevar las rodillas al pecho y a hacer “bicicleta”. Dar masaje a los pies del niño, desde los dedos hasta los talones. • Torso: Usar movimientos en dirección a las manecillas del reloj sobre la zona del abdomen. Dibujar líneas verticales en la espalda, al lado de la columna vertebral. Tanto adelante como en la espalda, se puede hacer ochos con los dedos sobre toda la superficie y movimientos hacia fuera, es decir, del centro hacia los lados. (Técnicas de masaje en niños: http://www.terapia-fisica.com/masaje-en-niños.html.) 	<p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la inflamación - Mejora la circulación - Menor rigidez muscular - Reducción de la tirantez del tejido cicatrizal - Reducción del número de espasmos - Aumento de la longitud del músculo - Menor grado de dolor - Reducción de la ansiedad y el estrés - Sueño más duradero - Una mayor relajación
<p>4.Proporcionar terapia con ejercicios pasivos INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento y actuar sobre la función. 	<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</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a la paciente de traumas durante el ejercicio. • Realizar ejercicios pasivos durante el turno. • Para los hombros: <ul style="list-style-type: none"> -Extensión- Flexión. Colocar al paciente en decúbito 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. -Abducción- Aducción verticales. Ser 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, atravesándola 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 	<p>máximo, mejoran o conservan la movilidad articular y ayudan a prevenir contractura. Su objetivo es mantener la flexibilidad articular para un buen funcionamiento cotidiano eficaz y prevenir la rigidez articular. (Smith y Young. Pág 398).</p>
---	--

posición inicial.

-Abducción- Aducción
Horizontales. Acomodar el
brazo en aducción 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.

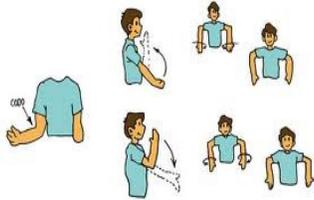
-Rotación interna-Externa.
Colocar el brazo en abducción
horizontal. Con una mano
tomar la muñeca y con la otra el
codo flexionando en ángulo de
90° en relación con el colchón,
bajar suavemente el antebrazo
hasta que la palma toque la
cama (rotación interna).

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).

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.

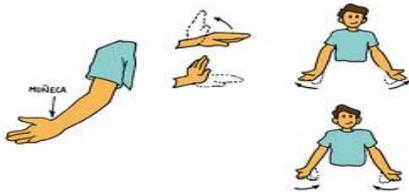
Estando el brazo extendido en posición natural, levántele la mano en el aire manteniendo el codo sobre la cama. Tome la muñeca con una mano y la mano con la otra. Gírele la mano hasta que la palma quede hacia arriba (supinación), luego regrésela hacia abajo (pronación).

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 diríjasela hacia adelante (flexión).

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

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



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 dóblese los con suavidad para que empuñe la mano (flexión). Repita estos dos movimientos en cada dedo, flexionando individualmente cada articulación.

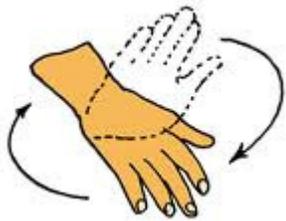
-Abducción-aducción. Partiendo de la misma posición inicial del ejercicio anterior, sepárele dos

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 hacerles círculos con el dedo.

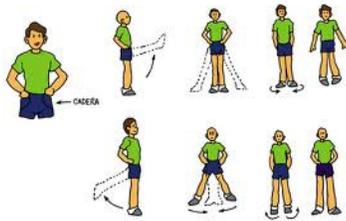


Ejercicios para cadera y rodilla

-Extensión-Flexión. 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 hueco poplíteo. Doblar la cadera y rodilla hacia el pecho, sacando la mano del hueco poplíteo para permitir la flexión completa de la rodilla.

-Abducción- Aducción. Poner las manos bajo el tobillo y el hueco poplíteo. Mover la pierna hacia afuera alejándola de la contraria (abducción) y luego regresarla cruzándola sobre la otra (aducción).

-Rotación interna-Externa.
Teniendo al paciente bien apoyado el miembro inferior, agarrar por la cara dorsal de arriba del tobillo y de la rodilla. Hacerlo girar hacia la línea media (rotación interna) y luego en sentido opuesto (rotación externa).



Ejercicios para el tobillo.

-Dorsiflexión-Flexión plantar.
Colocar una mano debajo del talón y otra sobre la prominencia de por debajo de los dedos. Empujar el pie hacia la cabeza y hágale el talón hacia atrás (dorsiflexión). Enseguida pase la mano sobre la prominencia a la cara dorsal. Tire del pie hacia la cama y empuje el talón hacia atrás.

-Circunducción. Meter la mano debajo del tobillo y agarrar el pie con la otra. Manipular el

tobillo con un movimiento circular.

Ejercicios para el pie

Inversión- Eversión.

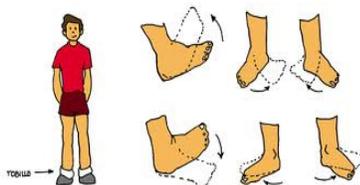
Manteniendo la misma posición inicial de la Circunducción del tobillo, sostener firmemente este, girar el pie volteando la planta hacia la línea media (inversión) y luego en sentido opuesto (eversión).

Ejercicios para los dedos de los pies

-Extensión- Flexión. 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).

-Abducción-Aducción. Separar dos dedos adyacentes (abducción) y luego juntarlos (aducción). Repetir los movimientos con los dedos restantes

(Kozier, Pág. 910-915).



EVALUACIÓN

En el momento de la valoración inicial de esta necesidad, la paciente se encontraba en dependencia nivel 6. Se cuenta con los recursos necesarios así como la colaboración de equipo multidisciplinario y el apoyo de los papás para la realización de las intervenciones, al explicarles los beneficios de los ejercicios se mostraron muy cooperadores por aprender. La mamá realizaba los ejercicios por la mañana y el papá por la tarde. Se realizaron 3 seguimientos en los que se observó disminución en la rigidez, pero aún continúa con espasticidad, por lo que se continuara trabajando con ella el plan de intervenciones. Se queda en un nivel 4.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Termorregulación	Falta de fuerza	26-10-2010	Dependencia nivel 5 que puede durar meses.	Alta	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro neurológico relacionado con aumento de la temperatura corporal (38.5°) manifestado por crisis convulsivas.					
OBJETIVO: Camila no presentará aumento de deterioro neurológico mediante la aplicación del plan de intervenciones de enfermería encaminados a disminuir la temperatura corporal durante el turno.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Monitorización de los signos vitales (NIC 4V 6680) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Controlar periódicamente Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, temperatura y saturación (NIC 4V-6680 ,01) 	<p>Los signos vitales comprenden el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Estos signos se pueden observar, medir y vigilar para evaluar el nivel de funcionamiento físico de un individuo.</p> <p>(http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002341.htm)</p>



- Poner en marcha y mantener un control continuo de la temperatura así como llevar una curva de temperatura (NIC 4V-6680, 07).
- Observar si hay hipotermia e hipertermia (NIC 4V-6680,08).
- Observar la presencia y calidad de pulsos (NIC 4V-6680,09).



- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría) (NIC 4V-6680,16).
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel (NIC 4V-6680,20).
- Observar si hay cianosis central o periférica (NIC 4V-6680,21).
- Observar si hay llenado capilar

normal (NIC 4V-6680,22).

- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales ((NIC 4V-6680,24).
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para el registro de los datos del paciente (NIC 4V-6680,25).

2.Regulación de la temperatura

INDEPENDIENTE

(NIC, 2M- 3900)

- Comprobar la temperatura cada 2 horas (NIC 2M-3900, 01).
- Vigilar la temperatura hasta que se estabilice (NIC 2M-3900,02).



- Observar el calor y la temperatura de la piel (NIC 2M-3900,05).
- Observar y registrar los signos de hipertermia (NIC 2M-3900,06).

En la regulación de la temperatura corporal, juega un papel fundamental el propio individuo, puesto que el ser humano responde a cambios de temperatura con respuestas voluntarias (cambiar el nivel de actividad física, protección, abrigo). El profesional de enfermería debe conocer las variaciones de la temperatura normal y los factores que influyen en la misma.

(<http://www.medynet/iraguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/temp.pdf>).

<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la niña (NIC 2M-3900,18). • Utilizar compresas templadas para ajustar la temperatura corporal alterada (NIC 2M-3900,20). 	
<p>3. Tratamiento de la fiebre. (NIC 2 M-3740) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la temperatura lo más frecuente, cada hora o 2 horas (NIC 2M-3740,01). • Vigilar si hubiera descenso de los niveles de conciencia (NIC 2M-3740, 06). • Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Hb, Htc (NIC 2M-3740,08). • Monitoreo de la frecuencia cardiaca y respiratoria (NIC 2M-3740,12). 	<p>Bajar la fiebre es disminuir el cortejo sintomático que acompaña la respuesta febril, de modo que el paciente se sienta mejor. La disminución de la temperatura corporal disminuye las necesidades de oxígeno a los tejidos. (http://www.pediatraldia.cl/trat_fiebre.Htm).</p>
<p>4. Aplicación de medios físicos (NIC 1E-1380) INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la razón de colocar los medios físicos (NIC 1E-1380,01) • Utilizar un paño húmedo junto a 	<p>El empleo de medios físicos para bajar la fiebre no parece bien fundamentado y si se decide usarlos deben limitarse a paños o compresas tibias, asociadas a un fármaco antipirético. Esto parece tener un efecto muy marginal de acelerar algo</p>

la piel en región occipital y cambiar cada 3-5 minutos y alternas en áreas el cuerpo (NIC 1E-1380,08).

- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento (NIC 1E-1380,14).
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de los medios físicos (NIC1E-1380, 22).

5. Baño.

(NIC 1F -1610)

INDEPENDIENTE

- Realizar el baño a temperatura agradable (entre 32 y 33 grados) (NIC 1F-1610,01)



la defervescencia de la fiebre. Las medidas físicas como único tratamiento están indicadas solamente en la hipertermia causada por ganancia de la temperatura transferida desde el ambiente, situación que el termostato hipotalámico no está elevado. Si la fiebre es por un cuadro de origen infeccioso, en el que el termostato corporal está elevado, las medidas físicas inducirán una baja inicial de la temperatura seguida por un rebote conducida por el centro de la termorregulación, a expensas de una gran incomodidad para el paciente y de una rápida vuelta la temperatura original o una aún mayor. (http://www.pediatraldia.cl/trat_fiebre.htm).

El baño con agua tibia es una de las principales y más efectiva medida para el control de la fiebre, este debe durar unos 20 minutos y con una temperatura del agua que resulte agradable, aproximadamente unos 33 grados C. con esto se logra un descenso gradual de la temperatura. (<http://www.mipediatra.com/infantil/Fiebre2.htm>).

EVALUACIÓN

Se cumplió el objetivo planteado; se mantuvo normotermica al final del turno, además se contó con todos los recursos necesarios para el logro de los objetivos, así como la disponibilidad del cuidador primario, para ayudar con algunas acciones, continua siendo muy susceptible a los cambios de temperatura corporal debido a su padecimiento y tratamiento, quedando en un nivel 3.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Eliminación	Falta de fuerza	10-11-2010	Dependencia nivel 3 que puede durar semanas.	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de estreñimiento relacionado con falta de movilidad y cambios frecuentes en la dieta.					
OBJETIVO: La lactante no presentara estreñimiento con el fortalecimiento de medidas físicas y dietéticas que la enfermera reforzara en una semana.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.-Manejo del estreñimiento/impactación (NIC 1B-0450)</p> <p>INDEPENDIENTES</p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. (NIC 1B-0450,01).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heces pequeñas, secas y duras. ➤ Ausencia de heces durante cierto tiempo. ➤ Esfuerzo para la deposición. ➤ Defecación dolorosa. ➤ Dolor abdominal. 	<p>La valoración regular aporta datos para evaluar la eficacia a las intervenciones de Enfermería. Por medio de la inspección palpación y percusión suave. (Kozier, Fundamentos de enfermería.1993, Pp.1242.)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distensión abdominal ➤ Apetito deteriorado (Kozier, Pp. 1242). <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color por turno y en cada evacuación. (NIC 1B-0450,03) • Vigilar la existencia de peristaltismo. (NIC 1B-0450,04). • Enseñar al familiar que registre el volumen, color, frecuencia y consistencia de las deposiciones. (NIC 1B-0450,12). <p>2.-MANEJO DE LIQUIDOS (NIC 2N-4120)</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener un equilibrio hídrico por vía enteral o periférico (NIC 2N-4120,03) -Suministrar líquidos a tolerancia (NIC 04). -Mantener un registro de ingesta-eliminación (NIC 2N-4120,05). 	<p>Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y estimula la regularidad en la evacuación. (Kozier, Fundamentos de enfermería, 1993, Pp.1243).</p>
---	--

<p>4. FOMENTO DE EJERCICIO (NIC 1A-0200) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios a la lactante en forma regular (NIC 1A-0200,11). • Incluir a la familia en el mantenimiento del programa de ejercicios a la lactante. (NIC1A-0200, 12). • Realizar ejercicios isoperistalticos: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar masaje abdominal de forma circular con el uso de la yemas de los dedos en dirección a las manecillas del reloj • Realizar ejercicios isoperistalticos NIC 14). ✦ Se realiza dando masaje en el abdomen de acuerdo a las manecillas del reloj. 	<p>El ejercicio regular ayuda a los pacientes a desarrollar un patrón de deposición regular y a unas heces normales.</p> <p>Un paciente con músculos abdominales y pélvicos débiles impiden la defecación normal. (Kozier 1993.).</p>
--	---

EVALUACIÓN.

Al inicio de la valoración se encontró en un nivel 3. Se contó con los medios para llevar a cabo el plan de intervenciones y por ende el logro del objetivo, se realizaron 2 seguimientos y la niña no ha presentado datos de estreñimientos por lo cual se queda en independencia grado 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Recreación	Falta de fuerza y conocimientos.	16-11-2010	Dependencia grado 6 que puede durar meses.	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la recreación relacionado con falta de conocimientos de los padres acerca de cómo estimular a la niña con juguetes apropiados para la edad y estado físico manifestado con irritabilidad, apatía de la menor y verbalización de los padres sobre el tema.					
OBJETIVO: Se mejorará la recreación de la niña al llevar a cabo intervenciones dirigidas a la recreación con ayuda de los padres en una semana.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Musicoterapia (NIC 30-4400) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el tipo de música de interés para la niña (NIC 30-4400,02).  <ul style="list-style-type: none"> Limitar los estímulos extraños cuando la niña está escuchando música (NIC 30-4400,07). Proporcionar CDS y equipo de música de preferencia clásica 	<p>La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida. (http://es.wikipedia.org/wiki/musicoterapia).</p>

(NIC 30-4400,10).

- Asegurarse que el volumen de la música este bajo (NIC 30-4400,11).



- Ponerle música a la niña por un periodo de 20 minutos, unas tres veces al día. (NIC 30-4400,12).
- Pedirle a los papás que hablen con la lactante y cantarle con voz suave.



- Pedirles a los papás que le lleven una cajita de música a la niña.



<ul style="list-style-type: none"> • Usar móviles musicales (Wilson, Pp.248). <p>2. Terapia de actividad (NIC 30-4310)</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el terapeuta ocupacional (en la planificación de un programa de actividades). (NIC 01) • Ayudar a elegir un programa de actividades de acuerdo a las posibilidades físicas de la niña. (NIC 04) • Ayudar a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas. (NIC 14) • Ayudar a la familia a monitorizar el progreso de la niña. (NIC 27) 	<p>La prescripción de actividades físicas cognitivas, sociales ayudan a aumentar la duración de actividad del individuo. (Bulechek, Pág.742).</p>
--	---

EVALUACIÓN

Camila se encontraba en dependencia grado 6, con la ejecución del Plan de Cuidados de Enfermería y la disponibilidad de los papás para ayudar a la niña. Se contó con los medios y herramientas para la realización de las actividades. Se realizaron 3 seguimientos en los cuáles se observa a la niña más tranquila, quedando en independencia nivel 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Higiene	Ninguna	29-10-2010	Independencia nivel 2	Baja	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conductas generadoras de salud para mejorar la higiene.					
OBJETIVO: La niña mantendrá la independencia en la higiene a través del reforzamiento de medidas de higiene a los papás, en una semana.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Asesoramiento en el baño de esponja (NIC 1F-1610)</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarle la cara: <ul style="list-style-type: none"> ➤ limpiar los ojos de la niña solo con agua y secarlos bien ➤ Lavar la cara, cuello y los oídos ➤ Lavar el cabello y secarlo.  <ul style="list-style-type: none"> • Lavar los brazos y las manos: Colocar la toalla bajo del brazo, a lo largo, para proteger la cama para que no se moje. Lavar, enjuagar y secar el brazo con toques largos y firmes desde la parte distal a la proximal. Lavar bien la axila y repetir en el otro brazo. • Lavar el pecho y el abdomen: lavar y secar ambas zonas, 	<p>Fomenta la limpieza, elimina microorganismos y las secreciones y excreciones corporales, ayudando al descanso, refrescando y relajando la tensión y el cansancio muscular.</p> <p>(Kozier, fundamentos de enfermería, 1993. Pp.538).</p>

mantener estas áreas cubiertas con la toalla entre el lavado y secado.



- **Lave las piernas y los pies:**

- Lavar con fricciones largas, suaves, firmes, desde el tobillo hasta la rodilla y desde ésta al muslo.
- Lavar desde las áreas distales a las proximales para estimular el flujo sanguíneo venoso.
- Enjuagar y secar la pierna
- Lavar los pies, sumergiéndolos en el agua de la palangana.
- Secarlos, prestando atención a los espacios interdigitales.

- **Lavar la espalda y el periné:**

- Ayudar a la niña a adoptar la posición de decúbito prono o lateral.
- Lavar y secar la espalda, los glúteos y la parte superior de los muslos, prestando atención especial a los pliegues cutáneos.
- Dar un masaje en la espalda.
- Ayudar a la niña a colocarse en

posición supina. (Kozier, Pp.547-548).



2. Cuidado de las uñas

(NIC 1F-1680)

INDEPENDIENTE

- Cortarle las uñas a la lactante cuando empiecen a crecer (NIC 1F-1680. 02).
- Humedecer la zona alrededor de la uña para evitar sequedad (NIC 1F-1680, 03)
- Observar si se produce algún cambio en las uñas (NIC 1F-1680,04).



3. Cuidados del cabello

(NIC 1F-1670)

INDEPENDIENTE

- Lavar el cabello según sea necesario. (NIC 1F-1670,01)
- Cepillar y peinar el cabello por lo menos una vez al día. (NIC

Fomenta el aspecto de las uñas y previene la aparición de lesiones en la piel relacionado con un cuidado inadecuado de las uñas. (Bulechek, Pág. 251)

El cuidado del cabello, ayuda a la promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo. (Bulechek, Pp.257).

1F-1670, 03)

- Utilizar un peine de dientes anchos. (NIC 1F-1670,04)
- Inspeccionar el cabello todos los días. (NIC 1F-1670,05)
- Hacer un masaje de cabello y cuero cabelludo. (NIC 1F-1670,08).
- Hacer un peinado que resulte cómodo y agradable a la niña. (NIC 1F-1670,09).



4.Mantenimiento de la salud bucal (NIC 1F-1710)

INDEPENDIENTE

- Establecer una rutina de cuidados bucales .(NIC 1F-1710,01)



- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la

El cepillado de los dientes consistente es importante en la prevención del deterioro dental. La acción mecánica elimina las partículas de los alimentos, que albergan e incuban bacterias. También estimula la circulación de las encías, que así mantienen su firmeza sana. (Kozier, Fundamentos de enfermería, 1993, Pp. 565)

mucosa oral. (NIC 1F-1710,02).

- Después de cada comida:
 - Observar el color, brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. (NIC 1F-1710,03)
- Enseñarle a los papás como lavarle los dientes a la niña después de cada comida. (NIC 1F-1710,05)
 - Colocar a la niña de lado para que la saliva automáticamente salga por efecto de la gravedad.
 - Humedecer las cerdas de un cepillo de dientes suaves con agua templada.
 - **Cepillado de dientes superiores:**
 - ✳ Colocar el cepillo a lo largo de la línea de la encía, en un ángulo de 45°, cuando se cepillen los dientes de arriba, realizar movimientos de barrido de arriba hacia abajo. Este movimiento se realiza 10 veces, cada 2 o 3 dientes.
 - **Cepillado de dientes inferiores:**
 - ✳ Para cepillar los dientes inferiores se empieza por la

enciá, con movimientos de abajo hacia arriba, barriendo la totalidad de la superficie dental. Este movimiento se realiza 10 veces, cada 2 o 3 dientes.

- ✿ Proceder a cepillar la cara interna del diente.



▼ **Cepillado de las superficies masticatorias:**

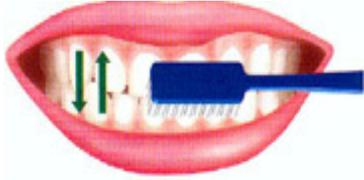
- ✿ Realizar movimientos circulares, tanto en las superficies dentales superiores como en las inferiores.

- ✿ Esta acción se realiza 5 veces cada 2 o 3 dientes.



▼ **Cepillado de cara interna:**

- ✿ Colocar el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes de enfrente, tanto superior como inferior.



✦ **Cepillado de la lengua:**

- ✦ Efectuar movimientos de barrido de atrás hacia adelante.
- ✦ Evitar llegar a la parte de atrás para evitar el reflejo del vómito.



✦ **Enjuagar la boca:**

- ✦ Con una jeringa de 10 ml de agua se inyecta suavemente a ambos lados de la boca. Si la solución se inyecta a presión podría llegar a la garganta y ser aspirada hasta los pulmones
- ✦ Asegurarse que toda la solución ha pasado a la palangana y no queda nada en la boca. (Kozier, Pp.565-568)
- Usar un cepillo de cerdas suaves. (NIC 1F-1710,12)

EVALUACIÓN

Se contó con la disponibilidad de la mamá para favorecer la higiene de Camila, se cuenta con todos los recursos necesarios, además con la colaboración del personal para el logro de los objetivos, se realiza 2 seguimientos, en los cuales se mantiene en independencia nivel 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Comunicación/ Aprendizaje	Falta de fuerza y de conocimientos	22-11-2010	Dependencia nivel 6 que puede durar meses.	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Falta de conocimiento de los papás relacionado con poca estimulación verbal y física a la niña, manifestado por verbalización del problema.					
OBJETIVO: Los papás adquirirán conocimientos acerca de cómo estimular a la niña mediante orientación proporcionada por la enfermera en un lapso de una semana					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Enseñanza: estimulación (NIC 5X-5655)</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ☀ Proteger a la niña de la sobre estimulación (NIC 03). ☀ Ayudar a los padres a planificar una rutina de estimulación para la niña. (NIC 5X-5655,04) ☀ Enseñar a los padres a realizar actividades que favorezcan la estimulación sensorial, como es la auditiva y táctil. (NIC 5X-5655,05). <p><u>Estimulación auditiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 👉 Tocar una cajita de música o 	<p>Ayuda a que los padres proporcionen actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo de todos los sentidos. Permite liberar el estrés y facilita la comunicación no verbal. (Wilson, Manual de enfermería pediátrica, 2008, Pág.245)</p>

radio.

- ✦ Tener un reloj que haga tic-tac o un metrónomo
- ✦ Móviles musicales.
- ✦ Campanitas que cuelguen en su cuna.



- ✦ Hablarle a la niña y cantarle con voz suave.
- ✦ Enseñar a los padres a usar sonajas con diferentes sonidos, animando a la niña a seguir el sonido.



Estimulación táctil:

- ✦ Acariciar a la niña durante el baño y el cambio de pañal.



Peinar el cabello con un cepillo suave.

- ✦ Ropa suave
- ✦ Usar una Colcha suave o peluda.
- ✦ Enseñar a los padres a animar a la niña notar diferentes texturas como suaves, ásperas, .(Wilson, Pp. 248)
- ✦ Enseñarle a los papás a tocar y abrazar a la niña con frecuencia (NIC 5X-5655,12).



- ✦ Enseñar a los papás a mecer a la niña mientras la cargan (NIC 5X-5655,14).



- ✦ Enseñar a los padres a frotar juguetes blandos por el cuerpo del bebé (NIC 5X-5655,17).
- Hacer que los padres demuestren las actividades

aprendidas durante la enseñanza.(NIC 5X-5655,06)	
--	--

EVALUACIÓN

La necesidad de comunicación y aprendizaje se encontraba en dependencia grado 6 desde el momento inicial de la valoración. Los papás se mostraron muy cooperadores para aprender a como estimular a la niña, se realizaron 2 seguimientos en los cuales se observó a los padres la forma en que interactuaban con Camila, quedando en independencia grado 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Sueño y descanso	Ninguna	10-11-2010	Independencia nivel 2	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Conductas generadoras de salud para mejorar el sueño manifestado por dormir 10 horas en la noche y 2 siestas de 2 horas durante el día.					
OBJETIVO: La niña mantendrá el patrón de sueño habitual, procurando un ambiente adecuado que propicie el bienestar y descanso de la niña durante su estancia hospitalaria.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.Mejorar el sueño (NIC 1 F-1850)</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el esquema de sueño entre 8 y 12 horas (NIC 1F-1850,01). Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados (NIC 1F-1850, 02). 	<p>El sueño y descanso son esenciales para la salud. Las personas que están enfermas con frecuencia necesitan más descanso y sueño de lo normal. A menudo, las personas débiles gastan cantidades anormales de energía, precisamente para mantener las actividades de la vida diaria. Como resultado, necesitan más descanso y sueño de lo habitual. (Kozier, Enfermería fundamental, 1993,</p>

- Observar y registrar el número de horas de sueño de la niña (NIC 1F-1850, 05).
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) (NIC 1F-1850,09).
- Evitar situaciones estresantes antes de que la niña se duerma (NIC 1F-1850, 12).
- Llevar a cabo medidas agradables: masajes y contacto afectuosos. (NIC 1F-1850,17)

2.Terapia de relajación

(NIC 3T-6040)

- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.(NIC 3T-6040,06)
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo palabras lenta y rítmicamente. (NIC 3T-6040,11)
- Poner música que a la niña le guste en tono suave. (NIC 3T-6040,20).
- ✚ Por ejemplo Mozar, sonidos de la naturaleza, (mar, viento etc.)

Pp.1005).



Las medidas confortables son esenciales para ayudar a mejorar el patrón de sueño. Confort y descanso. (Kozier, fundamentos de enfermería, 1993, Pp. 1043)

EVALUACIÓN

Se cuenta con la disponibilidad del familiar y del personal de salud para la realización del plan de intervenciones, se realizaron 2 seguimientos en los que se observa que continua en independencia nivel 2.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Realización	Falta de fuerza	26-11-2010	Dependencia nivel 4 que puede durar meses.	Media	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Interrupción de los procesos familiares relacionados con enfermedad de larga evolución de su hija, manifestado por conflictos dentro de la familia.					
OBJETIVO: Se lograra una mejor interrelación entre los padres a través de intervenciones especificas, que la enfermera realizará en un mes.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Estimulación de la integridad familiar (NIC 5X -7100) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuchar a los miembros de la familia (NIC 5X-7100,01).  <ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. (NIC 5X-7100,02) Determinar los sentimientos de la familia respecto a su 	<p>La integración familiar es trabajar todos juntos por un bien común. Proceso clave para que la familia crezca en armonía y se tenga el compromiso de diseñar en libertad a los miembros que lo forman. (http://mx.anwer.yahoo.com/question/index?quid=201007102414^a/integraciónfam.)</p>

situación. (NIC 5X-7100,04).

- Ayudar a la familia a la resolución de conflicto entre ellos. (NIC 5X-7100,10).



- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia. (NIC 5X-7100,12)
- Facilitar la armonía dentro de los padres. (NIC 5X-7100,15)
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones. (NIC5X-7100,17).
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas (NIC5X-7100,18)
- Facilitar la comunicación abierta entre los padres. (NIC 5X.7100, 19)

2. Mediación de conflictos (NIC 3Q-5020)

INDEPENDIENTE

- Proporcionar un lugar

Facilitar el diálogo constructivo entre ambas parte con el objetivo de resolver sus conflictos de una manera aceptable para ambas partes.

reservado y neutral para conversar.(NIC 3Q-5020, 01)

- Permitir que los padres expresen sus preocupaciones. (NIC 3Q-5020,02)
- Mantener la neutralidad durante todo el proceso. (NIC 3Q-5020,03)
- Ayudar a os padres a identificar posibles soluciones de los problemas. (NIC3Q-5020, 07)
- Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes. (NIC 3Q-5020,08)



4. Terapia familiar

(NIC 5 X-7150)

INTERDEPENDIENTE

- Determinar los patrones de comunicación entre los padres. (NIC 5X-7150,02).

(Bulechek, Pág.599)

La terapia familiar ayuda que los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor. (Bulechek, Pág.763)



- Identificar como resuelven los problemas los padres. (NIC 5X-7150,04)
- Determinar las alianzas entre los padres. (NIC 5X-7150,10)
- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto. (NIC 5X-7150,11)
- Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente. (NIC 5X-7150,12).
- Facilitar el debate familiar. (NIC 5X-7150, 13)

EVALUACIÓN

Los papás mantienen una relación cordial por el bienestar de su hija, comunicándose lo que sucede durante su cuidado de la niña. Se realizaron 2 seguimientos encontrándose aun en dependencia nivel 3. Por lo que se seguirá trabajando en el plan de cuidados.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Valores y creencias	Ninguna	15-11-2010	Independencia nivel 1	Baja	Acompañamiento
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar la esperanza que se manifiesta con deseos de mejorar la confianza en las posibilidades y verbalización de la mamá de querer conservarlo					
OBJETIVO: Se mantendrá en independencia la necesidad de creencia y valores a través de medidas de apoyo durante la hospitalización de la niña.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.Apoyo espiritual (3R-5420) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. (NIC ,3R-542001) • Tratar a la niña con dignidad y respeto. (NIC 3R-5420, 03) • Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. (NIC 3R-5420, 07) • Compartir las propias creencias y su significado. (NIC 3R-5420,10) • Dar oportunidad para discutir sobre diferentes sistemas de creencia y visiones del mundo. (NIC 3R-5420,12). 	<p>Las creencias espirituales y religiosas son importantes para la vida de muchas personas, influyen en el estilo de vida, de actitudes y sentimientos sobre la enfermedad y la muerte. El apoyo espiritual es el proceso por medio del cual un profesional ayuda a las personas y familias a recurrir a sus tradiciones religiosas, convicciones de fe o a su concepto del propósito de vida, para ayudarles a enfrentar situaciones de crisis. (Kozier, Fundamentos de enfermería, 1993, Pp.830).</p> 

- Estar abierto a las expresiones de preocupaciones de los padres. (NIC 3R-5420,13)
- Alentar la asistencia a servicios religioso si los padres así lo desean. (NIC 3R-5420,18).



- Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo a la preferencia de los padres. (NIC 3R-5420,20).

2.Facilitar la práctica religiosa (NIC 3R-5424)

INDEPENDIENTE

- Fomentar el uso y participación en cualquier práctica o ritual religiosa que no perjudique la salud. (NIC 3R-5424,01)
- Fomentar la asistencia misa. (NIC 3R-5424,02).

Permite a la niña y a la familia involucrarse en actividades espirituales a su manera, sin temor a interrupciones o juicios de otros. (Doenges, Planes de cuidados de enfermería, 2008, Pág.783).

EVALUACIÓN

Se cuenta los medios necesarios para el logro de los objetivos planteados, los papás se muestran muy interesados, además tienen principios y valores bien implementados, aun cuando son de religiones diferentes, ambos buscan lo mejor para su hija, se realizaron 3 seguimientos, siguiendo en independencia nivel1.

NECESIDAD	FUENTES DE LA DIFICULTAD	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	TIPO DE PRIORIDAD	ROL DE LA ENFERMERA
Vestido y desvestido	Ninguna	25-11-2010	Independencia grado 1.	Baja	Ayuda
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición de la mamá para mejorar la necesidad de vestido					
OBJETIVO: Camila utilizará ropa adecuada acorde a la temperatura ambiental y a sus condiciones durante su estancia hospitalaria.					

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Ayuda en el vestido (NIC 1F- 1630) INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Vestir a la niña después de completar la higiene personal (NIC 1F-1630,03).  <ul style="list-style-type: none"> Vestir a la niña con ropas de acuerdo al clima y a su estado de salud (NIC 1F-1630,07). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que sea holgada ➤ De algodón ➤ Que no tenga botones, cierres o broches. <ul style="list-style-type: none"> Vestir a la niña con ropas personales. (NIC 1F-1630,08). 	<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. 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 de un grupo.</p> <p>La elección del vestido o traje constituye una diversión para todas las personas, ya sean jóvenes o viejas. (Phaneuf. Pág.40)</p> 

EVALUACIÓN

Se contó con la disposición de la mamá para vestir a la niña de acuerdo a sus condiciones de salud y con el apoyo del personal para la realización del plan de cuidados se realizaron 2 seguimientos en los cuales se mantiene en independencia grado 1.

III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Uno de los principales objetivos de la realización de este estudio de caso fue identificar las necesidades básicas en una lactante mayor con dependencia en la necesidad de Seguridad y Protección mediante la realización de la Exploración Física y la utilización de instrumentos de Valoración como la hoja de reporte diario y valoración de las necesidades en un niño de 0 a 5 años.

Las 14 necesidades que contempla Virginia Henderson se evolucionaron de la siguiente manera:

La necesidad principalmente afectada fue la de Seguridad y Protección, la cual disminuyó el grado de dependencia con las intervenciones realizadas, pero es una necesidad que continúa en dependencia por las condiciones físicas y el grado de vulnerabilidad en la que se encuentra la niña.

En la necesidad de Oxigenación con las acciones implementadas, se cumplió el objetivo quedándose en independencia.

En la necesidad de Nutrición e hidratación se cumplió paulatinamente el objetivo, por lo que se continúa con el plan establecido. Al inicio de la valoración pesaba 9,500 kg y una hemoglobina de 8, quedando con un peso de 10,500 kg y una hemoglobina de 12.

En la necesidad de Movimiento y postura la niña se encontraba en un nivel de dependencia 6, los papás se mostraron muy cooperadores por aprender los ejercicios, cuando se les explico los beneficios, se le realizaron 3 seguimientos en los

cuales se observó mejoría en los arcos de movimiento, pero aun continua con espasticidad, quedando en un nivel 4, por lo que se continuara trabajando con el plan de intervenciones.

En la necesidad de Termorregulación, se cumplió el objetivo planteado, se logró mantener normotermica a Camila en el turno y por ende se evitó aumento del deterioro neurológico pero sigue siendo muy susceptible a los cambios de temperatura debido a su padecimiento y tratamiento.

En la necesidad de eliminación, se realizó la ejecución del plan de cuidados, se realizaron 2 seguimientos en los que la niña no presentó datos de estreñimiento y con ello el logro del objetivo, quedando en un nivel 2.

En la necesidad de recreación, esta necesidad se encontraba en un nivel 6, con la ejecución del plan de cuidados y la disponibilidad de los papás se mejoró la recreación de Camila quedando en un nivel 2.

La necesidad de higiene en la valoración se encontró en independencia, en esta necesidad se reforzaron las medidas higiénicas, se le realizaron 2 seguimientos en los cuales se mantiene su independencia.

En la necesidad de comunicación-aprendizaje se encontró en un nivel 6, por lo que se trabajó con los papás para enseñarles el cómo estimular a Camila, los cuales se mostraron muy cooperadores, se realizaron 2 seguimientos y se observó cómo interactuaban con su hija quedando en un nivel 2.

La necesidad de sueño y descanso se encontró en independencia, por lo que se implementó un plan para mantenerla así propiciando el bienestar y descanso de la niña, se le realizaron 2 seguimientos en el que Camila continua en un nivel 2

La necesidad de realización fue valorada a los papas encontrándose en un nivel 4, en el que se implementó un plan para mejorar la interrelación entre ellos, se les realizo 2 seguimientos en los que se observó una relación cordial entre ellos por el bienestar de su hija, quedando aun en un nivel 3 por lo que se seguirá trabajando en el plan de cuidados.

La necesidad de valores y creencias se encontró en independencia por lo que solo se implementaron medidas de apoyo y respeto a sus creencias, se le realizaron 3 seguimientos, siguiendo esta en independencia.

En la necesidad de vestido desvestido se encontró en independencia, la mamá se mostró cooperadora para vestir Camila de acuerdo a sus condiciones de salud, se le realizaron dos seguimientos en los cuales se mantiene en un nivel 1.

IV.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 de la paciente y jerarquizar, para brindar un mejor cuidado al paciente, planificando adecuadamente las intervenciones que se realizan.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, basado en la propuesta de Virginia Henderson, permite adquirir conocimientos específicos sobre el cuidado especializado de Enfermería, propiciando en el estudiante un pensamiento más crítico, el cual se verá reflejado en el ejercicio profesional cada día, pero sobre todo en la atención proporcionada a cada uno de los pacientes.

En cuanto al objetivo general, este se logró en su totalidad ya que se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería, con el enfoque de la propuesta filosófica de Virginia Henderson para el desarrollo de este estudio de caso. En los objetivos específicos; se lograron ya que se realizaron valoraciones, se planearon, organizaron y evaluaron la atención de la lactante, lo que nos llevó a proporcionar cuidados de Enfermería especializados siempre tomando en cuenta las necesidades alteradas.

También es importante mencionar que se pudo modificar necesidades de dependencia a independencia, sin embargo por la falta de tiempo para la aplicación de algunos planes y la misma patología de la niña este no se logró en su totalidad.

V. SUGERENCIAS

- Continuar implementando el Proceso de Atención de Enfermería en cada uno de nuestros pacientes ya que nos permite valorar y priorizar nuestras intervenciones logrando cambiar de una manera rutinaria el cuidado a uno más especializado.

- Participar en sesiones clínicas para difundir los estudios de casos y que sirvan de apoyo y retroalimentación para otros estudiantes y para el mismo personal de enfermería.

- Publicar los estudios de caso realizados en revistas de Enfermería para que sirvan de evidencia a futuros estudiantes de la Especialidad

VI. BIBLIOGRAFIA

- Alfaro Rosalinda, aplicación del proceso enfermero, 5 edición, editorial Masson 1995.
- Álvarez-Fernández, Valoración de enfermería en el niño y adolescente, Bota-Jorda, Revista Nursing, 2005, Vol. 23, Núm.6.
- Benítez Trejo Amalia, Enfermería universitaria, año 2008. Cruz López Luz María, revista mexicana de cardiología, Volumen 14, 2006.
- Bulechek, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 5 edición, Edi .Elsevier
- Christensen J. Paula; Janet W Griffin, Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos, México 1993, editorial Manual Moderno.
- Comisión interinstitucional de Enfermería, Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. Cruzada nacional por localidad de la salud, México; Diciembre 2001:4-5.
- Cruz López Luz María; plan de cuidados a un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único, Revista mexicana de cardiología., Volumen 14, 2006.
- Doenges Marylynn E. Planes de cuidados de enfermería séptima edición, Edi. McGraw Hill. 2008.
- Espinoza Meneses Verónica, Desarrollo científica de enfermería, Vol., Núm. 1, Enero-Febrero.
- Fernández S Alonso, Enfermería en cardiología, N 44año XV.

- Ferrer Paravilla, Ángeles García San pedro Rosario, Revista primer semestre 2003, Año VII, Num.13.
- [http://www.aibarra.org/Apuntes/críticos/guía/enfermería7control de signos_vitales.pdf.](http://www.aibarra.org/Apuntes/críticos/guía/enfermería7control%20de%20signos_vitales.pdf)
- [http://www.medynet.iraguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/temp.pdf.](http://www.medynet.iraguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/temp.pdf)
- [http://www.pediatraldia.cl/trat_fiebre.htm.](http://www.pediatraldia.cl/trat_fiebre.htm)
- [Http: WWW.Ramos mejia.org.ar/s/inf/recomend/index.html.anhor10598.](Http://WWW.Ramos%20mejia.org.ar/s/inf/recomend/index.html.anhor10598)
- [Htt://imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8E5DE780479-4F9F-BDF7-7BDE9BBABF/1_2732.PDF.](Htt://imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8E5DE780479-4F9F-BDF7-7BDE9BBABF/1_2732.PDF)
- [http://www.alimentación-sana.com.ar/informaciones/novedades/enfermedes.htm.](http://www.alimentación-sana.com.ar/informaciones/novedades/enfermedes.htm)
- [htt://www.guiainfantil.com/salud/alimentación.htm.](htt://www.guiainfantil.com/salud/alimentación.htm)
- [http://es.wikipedia.org/wiki/musicoterapia.](http://es.wikipedia.org/wiki/musicoterapia)
- Iyer Proceso y diagnóstico de enfermería, 3era edición, Mc Graw-Hill Interamericana.
- Kozier, fundamentos de enfermería, editorial interamericana, 1993.
- Luis M. Fernández, C Navarro, M (1998) de la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia H. En el siglo XIX; editorial Masson. S:A.
- Lilley, Auker, Farmacología en enfermería, 2000.
- Margot. P. (1993). Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson, España Interamericana, Mc Graw-Hill.
- Moorhead, S Johonson, M. Maas, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3era edición, Edi. Mosby Madrid, España

- Moran Aguilar Victoria, Proceso de Atención de Enfermería, modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE y CRE, Edi. Trillas 2006.
- Partera Luque Carmen, Molina Pacheco Silvia Gesti y Cavero Calvo Begoña, Enfermería Clínica 2003, Vol. 5., Vol.4.
- Pacheco, Ana, Fundamentación teórica para el cuidado, antología, Cap. 9.
- Phaneuf M. Cuidado de enfermería, el proceso de atención de enfermería. Edi. Interamericana
- Potter P(1998) fundamentos de enfermería; Vol. 1, 5 edición Barcelona, España
- Riera Josep Anton Boxadera Vendrell, Enfermería Clínica 2003.
- Riopelle, Grondin, Phaneuf, Cuidados de enfermería, un proceso en las necesidades de la persona, 1995, Mc Graw-Interamericana.
- Rivera Luna Roberto, Hemato-Oncología Pediátrica, principios generales, editores de textos mexicanos, 2006.
- Rodríguez, Vademécum, 2009, Edi, trillas.
- Rodríguez Jesús David, Enfermería clínica, 2010, Volumen4.
- Sánchez León Virginia, Cuidado básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, hospital pediátrico CMN siglo XXI, revista de enfermería IMSS 2001 9 (2).
- Sierrasesuaga L Oncología pediátrica, Interamericana, McGraw-Hill, Madrid 1992.
- Tamez-Silva, Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, 2 edición, Edi. Medica Panamericana,2003.

- Virginia Henderson R.N; A.M enfermería teórica y práctica, Vol. 1 papel de la enfermera en la atención del paciente, 3era edición en español y 6ta en inglés, Editorial la prensa Medica Mexicana, S.A año 1978.
- Wilson David, Manual de enfermería pediátrica de Wong, 2009. Edi, McGraw-Hill.
- Zapatero Gaton, B, Quilchano Gonzalo Enfuro, Núm. 97, enero/febrero, Marzo 2006.

VII.

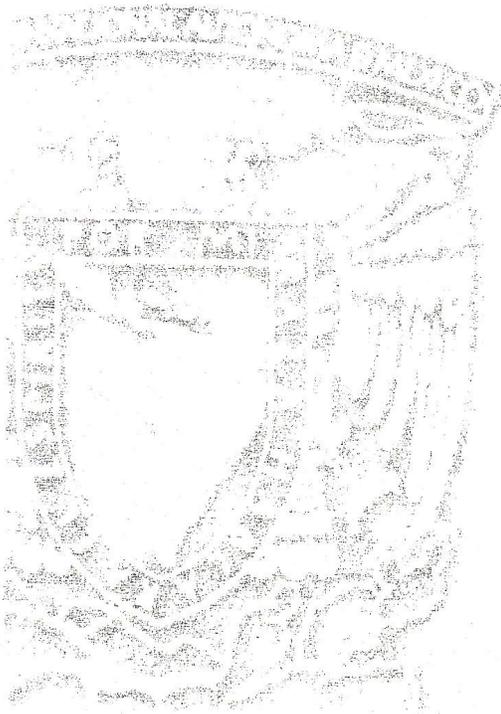
ANEXOS

ANEXO 1

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Plan Único de Especialización de Enfermería

Instrumentos de valoración
clínica en niño de 0 a 5 años

Especialización en Enfermería Infantil



Autores:
Magdalena Franco Orozco
Autor y compilador:
Rosa Ma. Ostigüin Meléndez



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años
Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

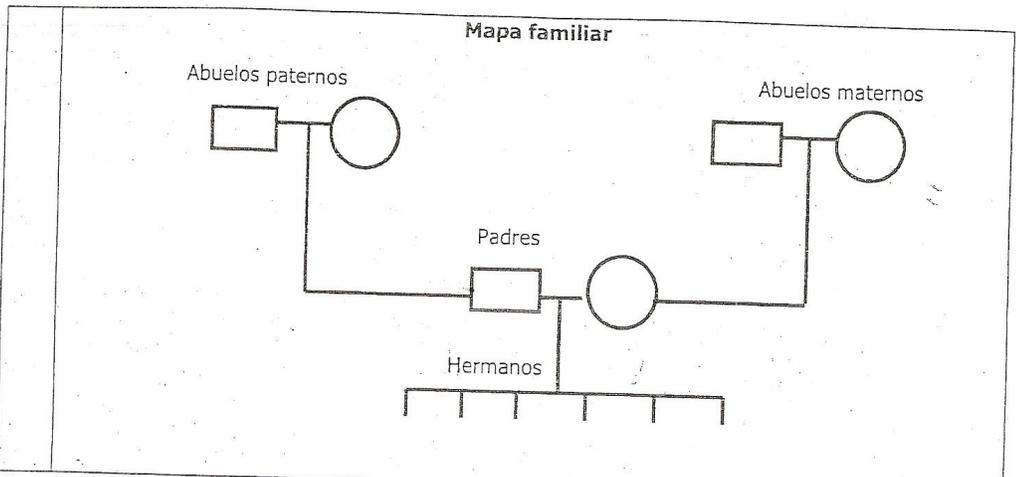
I
D
A
T
O
S
D
E
M
O
D
O
G
R
Á
F
I
C
O
S

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____
Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____
Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
Domicilio: _____
Procedencia: _____ Teléfono: _____
Diagnóstico médico: _____
Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____

II

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____
Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____
Servicios intradomiciliarios: _____
Disposición de excretas: _____
Descripción de la vivienda: _____
Ingresos económicos de la familia: _____
Medios de transporte de la localidad: _____

F
A
M
I
L
I
A



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos

Hombre Mujer Paciente problemas
 Fallecimiento Relaciones fuertes
 Relaciones débiles Relaciones con estrés

III
ORIENTACIÓN

Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___
Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___ No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____

IV
ANTECEDENTES
INDIVIDUALES

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____
Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____
Motivo de la consulta/hospitalización: _____
¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____
¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico; Sí: ___ No: ___
Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____
Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____
Vacunación: _____

Alimentación

El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____
¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____
Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____
Licuados: _____ Otros: _____
¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____
Lugar: _____
¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____
¿Que alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____
Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____
Alimentación especial: _____

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____
Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____			
Hábitos en los alimentos: _____			
A que edad le salieron los dientes: _____			
Eliminación			
Évacuaciones	orina	en el pañal	en el baño
_____	_____	_____	_____
Consistencia de las heces: formadas: _____ Pastosa: _____			
Blanda: _____ Líquida: _____			
Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____			
Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____			
Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____			
Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento _____			
Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____			
Otros: _____			
Hábitos: _____			
Descripción de genitales: _____			
Sudoración: _____			

Oxigenación	
3	Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____ Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidia _____ Disociación toraco abdominal: _____ Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ controlada: _____ Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor Tubo traqueal _____ Cavidad oro nasal _____ Humidificación y oxigenación: _____ Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____ Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____ Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____
Reposo-sueño	
4	Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____ En qué horario: _____ Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____ Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____ Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

	Vestido
5	Condiciones de la ropa de vestir: _____ Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
	Termorregulación
6	El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____
	Movimiento y Postura
7	A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____ Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____ Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____ Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____ Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____ Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____ Cambios de posición con ayuda: _____
	Comunicación
8	Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____ Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____ A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____ Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____ Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____ Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____ Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando _____

	hace berrinche: _____ _____
	Higiene
9	Condiciones higiénicas de la piel: _____ Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____ Frecuencia del cambio de ropa: _____
	Recreación
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____ Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____
	Religión
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
	Seguridad y protección
12	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____ Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____ Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____ _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____

Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía
Fecha _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

13 Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____
 ¿Cómo reaccionó? _____

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

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

Realización

14 ¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

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)

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

7. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____



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

Reporte Diario (seguimiento)

Nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____

Nombre del niño _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos

Datos Objetivos

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ T/A _____ Temp _____

Exploración de la necesidad (exploración física cuando corresponda).

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

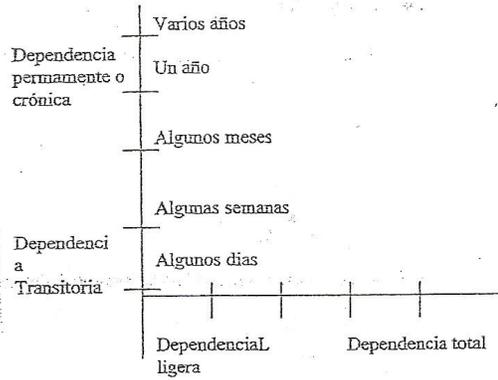
Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

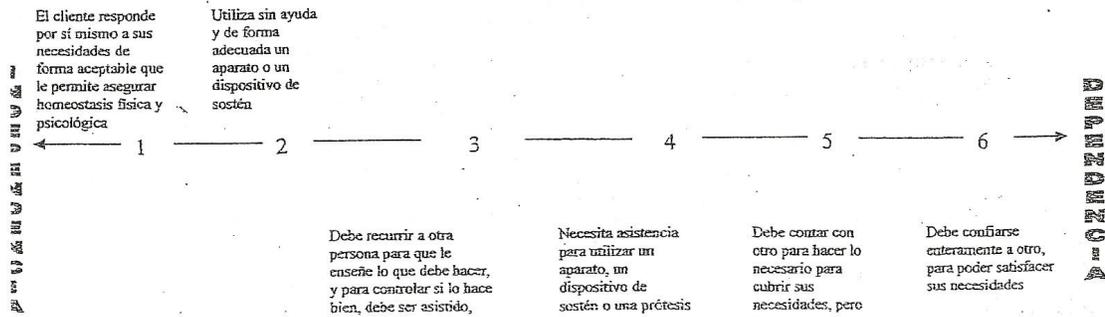
Diagnósticos de Enfermería

Comentarios

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia





UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 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 José Luis Martínez Reyes, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Camila Marian Reyes participe en el estudio de caso Lactante mayor con dependencia en la necesidad de seguridad y protección

cuyo Objetivo principal es: Realizar un estudio de caso con el Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson 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: Interrogatorio, exploración física e intervenciones de enfermería y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que será 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: María Lourdes Alarcón Encin

María de Lourdes Alarcón Encin

Firma

Nombre del padre o Tutor: José Luis Martínez Reyes

Firma

Testigos

Nombre: Rocio Hidalgo Soto
Firma: R. Hidalgo
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

México, D.F. a _____ de _____