



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL IV
SEDE: HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

ESTUDIO DE CASO A UN
RECIÉN NACIDO CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES
BÁSICAS POR ARTROGRIPOSIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:
L.E. LUZ ALEJANDRA SALMERÓN GUZMÁN

ASESOR: E.E.I. LUZ DE LOURDES SÁNCHEZ NAVARRO



LEÓN, GUANAJUATO JUNIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Padre.

Por haber sido el mejor ejemplo y enseñarme el camino del bien, por sus sabios consejos que me conducen siempre y que hoy que ya no esta conmigo, desde el cielo me ayuda a salir adelante en las adversidades

A mi Madre.

Que me ha conducido por la vida con amor y paciencia. Gracias por enseñarme lo que ha recogido a su paso por la vida y por compartir mis horas grises, mis momentos felices, sueños e inquietudes.

A mi Esposo.

Por su amor, paciencia y comprensión que me ayudo a fortalecer cada día en este etapa de mi vida.

A mis Hijos.

Por ser el motor que me impulsa a crecer y por ese tiempo tan largo de espera que diariamente me demuestran su amor. Gracias.

A mi Maestra.

Por esa paciencia que mostró durante el tiempo del estudio y por todos sus conocimientos que me ayudaron a forjar el primer eslabón de mi especialidad.

Gracias a todas aquellas personas que estuvieron atrás de mí, impulsándome a seguir adelante y a no quebrantar a pesar de todas las adversidades que Dios puso en mi camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

- GENERAL
- ESPECÍFICO 1

I. MARCO TEÓRICO

- 1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS 2
- 1.2 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON 9
- 1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 27
- 1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA 57
- 1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA 68

II. METODOLOGÍA

- 2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO 74
- 2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS 86
- 2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO 87
- 2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN 94
- 2.5 PLAN DE ALTA 131

III. RESULTADOS 133

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 134

V. BIBLIOGRAFÍA 136

VI. ANEXOS 139

- 6.1 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA
- 6.2 HOJA DE REPORTE DIARIO
- 6.3 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 6.4 TRÍPTICO

INTRODUCCIÓN

En enfermería las acciones independientes son las que consolidan el carácter científico de la profesión, de ahí la necesidad de una modificación positiva en el modo de actuación de los profesionales de enfermería, que les permita actuar con científicidad y profesionalidad, razones por las cuales es implantado el **Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)**.

La aplicación del cuidado de enfermería en conjunto con un modelo o teoría, ayuda a darle un sustento científico a la naturaleza de los cuidados que brindamos delimitando así nuestra área de competencia. De este modo el propósito de este estudio de caso fue ayudar a un recién nacido utilizando el modelo de las necesidades de Virginia Henderson en conjunto con el proceso enfermero para disminuir su dependencia en las necesidades básicas valorando de forma exhaustiva y focalizada; se obtuvieron datos subjetivos y objetivos que llevaron a la elaboración del diagnóstico enfermero, para la elaboración del plan de intervenciones. Los indicios encontrados en la bibliografía demuestran que el proceso enfermero en conjunto con la propuesta de las necesidades contribuye a mejorar la calidad de los cuidados de enfermería hacia los pacientes y su familia, tal como se evidenció en este estudio de caso. El poner en práctica todo el conjunto de elementos demostró que es factible la aplicación del modelo de las necesidades en el área de enfermería Infantil, favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades.

Así mismo, la ética es pilar fundamental en la realización de la práctica de esta disciplina ya que es la base para la actuación, que nos permite tener principios fundamentales para el desarrollo de la misma y es la conducta que guía la práctica diaria

El proceso de Atención de Enfermería permite elaborar planes de intervenciones individualizados de acuerdo a las alteraciones que presente el paciente y es aún en la actualidad un reto en la preparación profesional del personal de enfermería y es la base fundamental para llevar a cabo nuestras intervenciones.

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un estudio de caso a un Recién nacido con alteración en sus necesidades básicas por Artrogriposis, en la UMAE #48 del IMSS León, Guanajuato durante el periodo de Abril a Junio de 2012, basado en el Proceso de Atención de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson y determinar el grado de dependencia e independencia de cada una de ellas.
- Diagnosticar desde el ámbito de enfermería al recién nacido con artrogriposis en base a sus necesidades.
- Proponer un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad humana para la satisfacción de las necesidades.
- Realizar las intervenciones establecidas en el plan de acuerdo a la jerarquía de las necesidades.
- Comparar las respuestas del recién nacido y determinar el logro de los objetivos establecidos.
- Elaborar un plan de alta encaminado a mejorar el nivel de bienestar del recién nacido.

I. MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Se realizó una búsqueda de artículos en diferentes bases de datos, como lo fue ebsco, medline, scielo, medigraphic Artemisa, revistas científicas de enfermería como la de Desarrollo Científico en Enfermería. El principal objetivo de la búsqueda fue obtener más información relacionada con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y Virginia Henderson aplicada a pacientes pediátricos y que fuera la base científica del presente estudio de caso y utilizar la estructura metodologica de cada uno de ellos como guía para la elaboración del presente. La característica principal de los artículos era la relación entre el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta de Virginia Henderson, los cuales se presentan a continuación:

En el 2001 Sánchez presenta un caso titulado “Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura” con la finalidad de dar a conocer la metodología aplicada en un estudio de caso de un adolescente (13 años), masculino en el Hospital de Pediatría CMN siglo XXI con diagnóstico médico de desplazamiento epifisiario femoral bilateral, por lo tanto con alteración en la necesidad de Moverse y Mantener una buena postura de acuerdo con el modelo de las 14 necesidades de V. Henderson; orientada con el proceso de enfermería como el método científico de resolución de problemas del paciente. La recolección de datos se hizo a través de un instrumento, haciendo énfasis en la exploración física utilizando el método clínico llegando así a un análisis cualitativo de donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de enfermería, de acuerdo al grado de independencia-dependencia que se presentó en el continuum según criterios de Phaneuf; para posteriormente planear, ejecutar y evaluar cada una de las intervenciones de enfermería. Se concluye que gracias a la metodología aplicada se logró identificar los problemas básicos del paciente,

lo cual permitió realizar un plan de intervenciones de enfermería que favoreció la resolución de necesidades alteradas¹.

En el 2002 Rodríguez y Ferrer realizaron un estudio en una Unidad de Lactantes. Complejo Hospitalario Juan Canalejo en Coruña, España titulado “Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una Unidad de Lactantes” con el objetivo de determinar la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de V. Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica. Cuantificar los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad e identificar la relación entre sexo y edad. Fue un estudio observacional y de prevalencia, descriptivo. La población de estudio está constituida por todos los informes de alta de enfermería elaborados a los pacientes ingresados en el periodo comprendido de 21-10-1999 hasta 21-02-2000. Se analiza un total de 173 informes de enfermería al alta. El resultado fue que las necesidades y los diagnósticos más prevalentes han sido: evitar peligros (90.9%) con los asociados de riesgo de traumatismo (82.4%) y riesgo de infección (66.5%) mantener la temperatura adecuada (68.8%) hipertermia (56.8%). Llegando a la conclusión de que la programación de los cuidados individualizados, empleando el modelo de V. Henderson, nos orienta tanto en actuaciones hospitalarias inmediatas como a la derivación y seguimiento extrahospitalario. La edad es determinante en la presencia de diferentes problemas de enfermería. Dada la significativa prevalencia de los diagnósticos de riesgo, podemos afirmar que las actividades de prevención son un elemento fundamental en el manejo de los niños ingresados. La utilización de una clasificación de diagnósticos de enfermería informatizada aporta una serie de ventajas tanto en el ámbito asistencial como en el docente, gestor y el investigador².

“Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía” es el título del estudio que realizó Espinosa en el 2003 sobre un

¹Sánchez L.V. (Mayo-Agosto 2001) Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería IMSS. Pág. 91 a 95.

² Rodríguez B.A y Ferrer P.M. (2001) Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería clínica. Pág. 255 a 261.

lactante mayor (1 año, 4 meses) masculino, con diagnóstico médico de neumonía, que ingresa a un hospital de tercer nivel en el Distrito Federal. Se valoraron las 14 necesidades propuestas por V. Henderson y se describen a continuación los datos de dependencia e independencia más relevantes, se detectaron las fuentes de la dificultad y el grado de dependencia de cada necesidad. Se benefició al paciente mediante un cuidado integral con un sentido humano. Este autor concluyó que para proporcionar cuidados de Enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades, que es factible aplicar en el área de enfermería infantil la propuesta de V. Henderson y ver al individuo como un ser integrante en su entorno familiar, con necesidades diferentes. La práctica de enfermería se beneficia al contar con una base teórica y metodológica e instrumental como la llevada en éste estudio de caso³.

En el año 2005 Pacheco realizó un estudio titulado “Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena”. Se trató de un lactante menor (3 meses), masculino, con diagnóstico de coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar que ingresa al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez al servicio de Cardiopediatría. Utilizando el modelo conceptual de V. Henderson se valoran las 14 necesidades de Virginia Henderson, se realizan los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA y se elabora un Plan de Intervenciones de Enfermería. El paciente presentó complicaciones que comprometieron gravemente su salud (ventilación mecánica prolongada, alteraciones metabólicas y nutricionales, etc.) Este autor concluyó que la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente pediátrico dirigido al éxito de su tratamiento, por lo que la utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica durante el

³ Espinosa M.V y Franco O.M. (Enero-Febrero 2003) Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía. México: Desarrollo Científico Vol.11 (N. 1) pág. 24 a 29.

ejercicio de la profesión ayuda a jerarquizar las necesidades con la finalidad de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana⁴.

En el 2006 Zapatero, Quilchano y Ausin con el título “Plan de Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias” presentaron un plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias, el cual fue ganador del premio de mejor Plan de Cuidados innovador en Enfermería Urológica otorgado durante el pasado Congreso de Valladolid. Se trata de un escolar (6 años), masculino con diagnóstico médico de hipospadias, que ingresa a la Unidad de Cirugía Pediátrica de H.G. Yagüe de Burgos. Se valoran las 14 necesidades propuestas por V. Henderson y se formularon diagnósticos de enfermería. Este autor concluye que una actuación de enfermería planificada en función de las necesidades consigue una evolución adecuada y evita la aparición de complicaciones a largo plazo, tanto físicas como mentales en niños con hipospadias⁵.

Ruiz en el 2007 realizó un estudio titulado “Proceso de Enfermería en una Paciente con Insuficiencia Renal Crónica” en el cual aplicó el PAE a una paciente adolescente (19 años), femenina, con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica hospitalizada en el Hospital General de Comitán, Chiapas. Este autor empleo el modelo conceptual de Virginia Henderson y valoró las 14 necesidades básicas de la paciente, con la finalidad de satisfacerlas mediante la aplicación del PAE. Con éste se aseguró la calidad de los cuidados, se facilitó la intervención y se brindó atención individualizada a la paciente. La conclusión a la que llegó dicho autor es que es fundamental utilizar el PAE basado en un modelo de cuidados que permita valorar, establecer objetivos, realizar diagnósticos de enfermería, planear, ejecutar y evaluar las acciones de enfermería encaminadas a la satisfacción de las necesidades⁶.

⁴ Sierra P.M.(Marzo 2006) Paciente Pediátrico con cardiopatía congénita acianògena México: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. [En línea] Recuperado Octubre 2011 de medigraphic Artemisa.

⁵ Zapatero G.B, et al.(2006)Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias Revista: Asociación Española de Enfermería en Urología. (Num. 97) pág. 6 a 9.

⁶ Ruiz G.L. y Tovar V.M. (Septiembre 2007) Proceso de Enfermería en una paciente con insuficiencia Renal Crónica Revista Desarrollo Científico en Enfermería. (Vol.15, Nº 8) pág. 377 a 380.

Sánchez y Espinoza realizaron un caso clínico en el 2008 titulado “Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica” con el objetivo de lograr la independencia de la joven adolescente (11 años), originaria del Estado de México con diagnóstico de amputación pélvica bilateral. Los datos se obtuvieron de la paciente, familiares, expediente clínico y referencias bibliográficas; se validó la información mediante observación, entrevista y exploración física. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el modelo de atención de las 14 necesidades de Virginia Henderson, así como la historia clínica, el consentimiento informado, propuesta de Phaneuf para determinar el grado de independencia-dependencia de cada necesidad. Se encontró que la paciente estaba en un grado de dependencia 5 y se logró disminuir a 2 ya que después de 36 hrs. de la cirugía ella se movilizaba en cama y se desplazaba en silla de ruedas. Llegando a la conclusión de que la aplicación del PAE en conjunto con el modelo de V. Henderson son herramientas de mucha utilidad en el momento de brindar los cuidados, pero debe contarse con conocimiento y destreza en su aplicación. Incluir a la familia en todo momento resulta de mucha utilidad ya que permite fomentar y reforzar los lazos afectivos⁷.

En el 2008 Solís elaboró un “Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación”, el cual se realizó a una lactante mayor (1 año, 4 meses), femenina, miembro de una familia nuclear de tres integrantes originarios del Distrito Federal en septiembre del 2008 con dependencia en la necesidad de oxigenación. Este estudio se realiza con el modelo conceptual de las 14 necesidades propuesto por V. Henderson. Dichas necesidades se jerarquizaron y el resultado fue que recuperó la independencia en la necesidad de oxigenación. Se concluye que con el PAE pueden planearse cuidados individualizados y se puede llevar a cabo con pacientes pediátricos. Con el Modelo propuesto por V. Henderson podemos identificar la alteración en las necesidades básicas en ésta etapa de la vida, además permite que enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar

⁷. Mariano S.N. y Espinosa M.V (2008) Atención Especializada de Enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica. Revista Desarrollo Científico en Enfermería (Vol. 16 N° 6) pág. 276 a 279.

un seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio⁸.

Ángeles, Barreto y Bolaño realizaron un estudio de caso en el año 2009 titulado “Proceso de cuidado de enfermería en un escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1 en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú”. Se realiza el estudio de caso para brindar los cuidados de enfermería una niña en etapa escolar (6 años, 7 meses) con diagnóstico de parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1. Se identificaron los problemas o riesgos que afectan la salud de la escolar y planificar los cuidados respectivos. Se utilizó el proceso de cuidado de enfermería: la valoración, con instrumentos como la entrevista, la exploración física, la observación y la visita domiciliaria, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según V. Henderson. En la segunda etapa: formulación de diagnósticos, que para formularlos se hizo necesaria la revisión teórica de Regina Waldow, además las teorías psicosociales, así como la literatura ya que fue la principal fuente para la fundamentación, finalmente se estableció los problemas reales y potenciales. Posteriormente se planificaron los cuidados necesarios fomentando la conservación de la integridad tanto física, social, psicológica y espiritual de la persona. Los cuidados se brindaron en un 70% del total y se realizó una evaluación reflexiva de todo su desarrollo permitiendo realimentar o proponer nuevos cuidados. La conclusión a la que llegó el autor es que el proceso de cuidado, permite proporcionar y optimizar estilos de vida saludables en la niña, con la ayuda de la familia para alcanzar su bienestar⁹.

En Octubre 2010, se realizó un estudio de caso titulado “Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. El cual tenía como objetivo desarrollar un plan de intervenciones de enfermería específico y oportuno y de calidad a un adolescente con síndrome de deleción 22q11 que presenta alucinaciones. El

⁸ Solís M.M. (2008) Proceso de atención de Enfermería en un lactante con Dependencia de Oxigenación. Revista Desarrollo Científico en Enfermería (Vol.16, N°9) pág. 414 a 417.

⁹ Ángeles O.Y, et al. (2010) Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Perú: Revista Enfermería Herediana. [en línea]

cuidado de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, en el cual considera al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir su independencia, como piedra angular en la atención del paciente con síndrome de deleción 22q11. Se realiza la valoración focalizada de las 14 necesidades, identificándose 5 diagnósticos de enfermería, utilizando el formato PES y realizando un plan de intervenciones para cada uno de los diagnósticos. Se hace referencia que los niños con síndrome de deleción presentan trastornos del lenguaje, aprendizaje y aislamiento y por lo tanto la enfermera debe trabajar con técnicas de estimulación temprana y terapias de lenguaje, así como favorecer las necesidades básicas para poder integrarlo a la sociedad.¹⁰

CONCLUSIÓN.

La relación existente en los artículos es la base fundamental del presente trabajo, ya que la propuesta filosófica de Virginia Henderson nos encamina a trazar una línea junto con el Proceso de Atención de Enfermería y brindar cuidados de calidad encaminados a un objetivo específico, como lo es la valoración de las 14 necesidades propuestas por la filósofa, y por medio de las cuales se encamina el plan de cuidados de enfermería.

En diversas investigaciones de la enfermería basada en evidencias hace referencia a que los cuidados son de máxima calidad cuando son seguros, efectivos, centrados en el paciente, eficientes, oportunos y equitativos y para conseguir una transformación en el sistema sanitario es necesario establecer prioridades para mejorar la calidad de los mismos donde se cubren aspectos preventivos hasta los cuidados al final de la vida. En cada una de las prioridades, el papel de la enfermera es básico.

En la actualidad se están llevando a cabo diversos esfuerzos a nivel mundial por basar los cuidados de enfermería en las mejores evidencias científicas disponibles, en estudios científicos de elevada calidad metodológica y relevancia para la práctica.

¹⁰ Mondragón R.A y Macín G.G. (2010) Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11. México: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico [en línea]

1.2 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA

La profesión de enfermería existe desde hace milenios, siendo muy limitada en la antigüedad, el rol de la enfermera se hizo cada vez más importante con la fundación de escuelas de enfermería en Europa en el siglo XIX. Es gracias a Florence Nightingale que la profesión fue descrita y puntualizada en una obra titulada "Notes sur le nursing". En 1860 en Londres, fundó una escuela de enfermería con un programa de 3 años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión.

Las enfermeras concientes de la amplitud de sus responsabilidades, se dan cuenta de que para tomar decisiones autónomas frente a los clientes, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería. Entonces para ejercer su profesión adecuadamente, la enfermera debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades a partir de la concepción de los cuidados de enfermería.

En sus comienzos enfermería echó sus raíces, desarrolló y evolucionó en respuesta a la necesidad de cuidados de los seres humanos y se basó en la práctica. Durante la guerra de Crimea cuando Florence Nightingale sentó las bases teóricas, prácticas, educativas y aún investigativas de enfermería. Las directrices de Nightingale no tomaron el rumbo deseado y fue ésta una de las razones para que este periodo de la práctica se perpetuara casi por setenta años convirtiéndose en una edad de oscurantismo práctico y teórico, durante esta etapa en 1909 se creó la Primera escuela de enfermería en la universidad de Minnessota, en 1910 se creó el primer departamento de Enfermería y en 1923 la escuela de Enfermería de la universidad de Yale. A partir de este momento y con ayuda de los avances científicos de la época hubo un cambio en la educación y por lo tanto en el desempeño de las enfermeras profesionales, especialmente en Estados Unidos.

En 1903 El Hospital de San Andrés en la Cd. De México, fue la primera Escuela de enfermería posteriormente sería conocido como el Hospital General de México inaugurado el 5 de febrero de 1905. El 9 de Febrero de

1907 se gradúan las primeras enfermeras con 3 años de carrera contando solo con educación primaria y graduadas con diploma de la Dirección General de la Beneficencia Pública. En 1911 se incorporó a la Escuela de Medicina de la entonces Universidad Nacional, se instituyó como requisito para cursar la carrera de partera recibió el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. En 1948, gracias a la iniciativa de Everardo Landa y Cayetano Quintanilla, la Escuela de Enfermería se independizó de la de Medicina, y se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional.

ESCUELAS DE ENFERMERÍA

Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno que constituyen el núcleo de la disciplina enfermera. Estas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad y delimitan el área de responsabilidad. Cuando una concepción es completa y explícita se denomina “modelo conceptual” es cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos: postulados y los valores subyacentes a la disciplina; la meta ideal y delimitada del servicio; la fuente de la dificultad del beneficiario; la orientación de las intervenciones enfermeras y las consecuencias esperadas. (Adam,1991).

Según Meleis (1991) estas concepciones reflejan las realidades e ideales en un momento concreto del desarrollo de la disciplina enfermera.

De las bases filosóficas y científicas, se agrupan las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas: escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud orientadas hacia la persona y las escuelas del ser humano unitario y del caring caracterizado por una apertura hacia el mundo.

Escuela de las Necesidades.

- ✓ Responde a la pregunta “¿Qué hacen las enfermeras? (Meleis, 1991).
- ✓ El cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado (Orem, 1991).

- ✓ La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades y ayuda a recuperar su independencia.
- ✓ Ha influenciado esta escuela la jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson.
- ✓ Teorizadoras: Virginia Henderson modelo de la independencia en la satisfacción de las necesidades; Dorothea Orem modelo del autocuidado y Faye Abdellah.

Escuela de la Interacción.

- ✓ Aparece a finales de los años 50 y principios de los 60.
- ✓ Prevalció la teoría psicoanalista
- ✓ Responde a la pregunta “¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?” (Meleis, 1991).
- ✓ “El cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado”.
- ✓ Teorizadoras: Hildegard Peplau (pionera), Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestina Wiedenbach e Imogene King (Meleis, 1991).

Escuela de los efectos deseables.

- ✓ Responde a la pregunta “¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas quieren? Sin ignorar el “qué” y el “cómo” (Meleis, 1991)
- ✓ Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía.
- ✓ Propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.
- ✓ Teorizadoras: Dorothy Jonson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

Escuela de la Promoción de la Salud.

- ✓ Responde a la pregunta “¿Qué hacen las enfermeras?”, se interesa en como lograr los cuidados de enfermería y cuál es su meta respondiendo a la pregunta “¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?”
- ✓ El punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.
- ✓ La teorizadora canadiense Moyra Allen ha elaborado un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia, su modelo conocido con el nombre “modelo de McGill” es considerado como modelo conceptual, ya como modelo de intervención. Sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia. El primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje, las características de la relación enfermera-familia son la negociación, colaboración y coordinación.

Escuela del Ser Humano Unitario.

- ✓ Responden a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?
- ✓ Teorizadoras: Margaret Newman, Rosemarie Rizzo Parse y Martha Rogers.
- ✓ Considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradores y es la persona misma quien precisa la dirección de su cambio. La práctica enfermera ya no es tributaria del enfoque tradicional de resolución de problemas, sino que orienta, más bien, hacia un proceso de actualización para los dos, enfermera-cliente, este enfoque representa un cambio importante de valores y creencias para la enfermera.

Escuela del Caring.

- ✓ Según Benner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas
- ✓ Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson, 1985;1988) y la cultura (Leininger, 1988b) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.
- ✓ Tienen por conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación.
- ✓ Teorizadoras: Jean Watson teoría del cuidado humano (human caring), esta orientación es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias; y Madeleine Leininger la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural se inspira en conocimientos de antropología y en ciencias enfermeras y ha presentado el concepto cuidado (caring) como esencial y central en sus concepciones de la disciplina enfermera que comporta modos de ayuda basados en una ciencia un arte humanista, respeta los sistemas de cuidado tradicionales y no profesionales que sostienen la vida y la muerte. El cuidado humano favorece el desarrollo y la supervivencia (Leininger, 1988b).

DATOS BIBLIOGRÁFICOS DE VIRGINIA HENDERSON



- 1987 Nació Virginia Henderson en Kansas City, Missouri.
- Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería.
- 1918 Ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington.
- 1921 Se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 Inició su carrera docente en Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.
- 1927 Consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería
- 1930 a 1948 Reescribió la 4ta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Bertha Harmer.
- 1955 Apareció la quinta edición del libro anterior y contenía la definición de enfermería de la propia Henderson
- 1959 a 1971 Dirigió el proyecto Nursing Studies Index sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959.
- 1960 Publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care.

- 1966 Describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería en su obra *The Nature of Nursing*.
- 1996 Falleció¹¹

Virginia Henderson desarrolló un concepto o definición personal en un intento por aclarar lo que se consideraba como función especializada de la enfermera, su interpretación de la función de la enfermera es un compendio de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Henderson se puede considerar una gran teoría o filosofía dentro del estadio previo al paradigma del desarrollo teórico sobre enfermería. Su concepción descriptiva y fácil de interpretar, se define en términos del lenguaje común. Sus definiciones de enfermería y la enumeración de las 14 funciones básicas de esta disciplina trazan una perspectiva dirigida a explicar una globalidad de la conducta de la enfermera.

Su modelo tiene un alcance amplio y trata de incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes en sus diferentes interrelaciones e interdependencias y ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido enormemente a potenciar la importancia de la investigación en el ejercicio de la enfermería clínica.

CONCEPTOS PRINCIPALES DEL METAPARADIGMA

Los metaparadigmas son los conceptos que suponen la mayor perspectiva global de la disciplina y se identifican como los ejes centrales o nucleares por donde transita cada disciplina.

En el área de la ciencia enfermera los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Paradigma de la categorización: este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Inspira dos orientaciones una centrada en la salud pública interesada tanto en la persona como en la enfermedad está caracterizada por la necesidad de

¹¹ Marriner, T. Raile, A. (2003). *Modelos y Teorías en enfermería* (5ª edición). Madrid, España: Mosby.

aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos y una enseñanza formal y rigurosa; y una centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Paradigma de la integración: reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno, este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona, esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido en la crisis económica de 1930 y de la Segunda Guerra Mundial y la tendencia de crear un sistema de seguridad social. La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

Paradigma de la transformación: representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida, se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Es la base de una apertura hacia el mundo teniendo lugar en la mitad de la década de los 70 marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras en los aspectos culturales, en la economía y en la política, las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias. La apertura sobre el mundo modifica el sistema de prestación de los cuidados enfermeros, a principios de la década los cuidados globales y los integrales dan a la enfermera la responsabilidad total de cuidados requeridos por el cliente; después de la década una gran preocupación por los aspectos humanísticos y filosóficos de cuidado, en la que cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, creencias de sus convicciones.

En enfermería se distinguen el de persona, salud, entorno y enfermería.

ENFERMERÍA

La única función de la enfermera *“consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contará con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndole de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible”*¹²

SALUD

“Capacidad de actuar de forma independiente para satisfacer las catorce necesidades fundamentales”.

PERSONA

“Es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales”.

ENTORNO

“Es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad. Hogar, trabajo, escuela, hospital”.

En el libro *Principles and Practices of Nursing* (Harmer y Henderson, 1995) se refieren a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud¹³.

Virginia Henderson elaboró su modelo conceptual debido a su deseo de clarificar la función de las enfermeras. Para ello y basándose en las teorías sobre necesidades y desarrollo humano descritas por autores como A. Maslow, E. Ericsson y J. Piaget, desarrolló un modelo conceptual basado en 14 necesidades básicas. Desde la perspectiva de la teorizante, la disciplina de enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para

¹² Henderson V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería Reflexiones 25 años después de Virginia Henderson*. Interamericana McGraw Hill.

¹³ Fernández F., Novel M.(2000) *El Modelo de Henderson y El Proceso de atención de Enfermería*. México, D.F.: Salvat. Pág. 9

satisfacer cualquiera de las necesidades básicas de las personas, lo que da lugar a estados de independencia y dependencia.

INDEPENDENCIA

“Es el nivel óptimo del desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y salud”.

INDEPENDENCIA EN EL NIÑO: *“Es el nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentre”*

Manifestaciones de independencia: son conductas o indicadores de conducta de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuados para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y salud de la teoría a la práctica.

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”. Esta causada por una falta de fuerza, conocimiento o de voluntad.

DEPENDENCIA EN EL NIÑO: *“Es la deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades; cuando llega a la edad normal de hacerlo”.*

Manifestaciones de dependencia: son conductas o indicadores de conducta de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan inadecuados o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

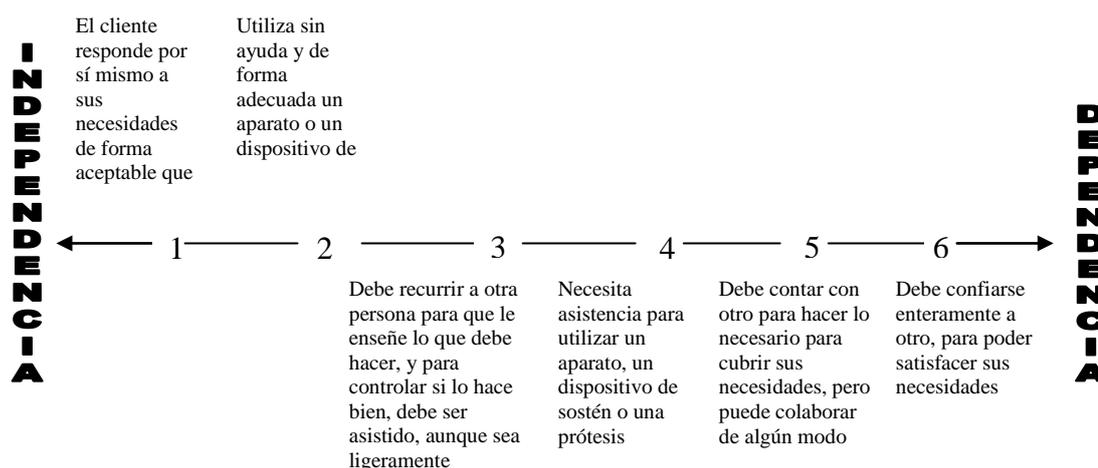
CUIDADO

“Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad y conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales”¹⁴.

GRÁFICA DEL CONTINUM DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA

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 suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Es importante 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, frenar su progresión y hacer que disminuya. A continuación se presenta la grafica:

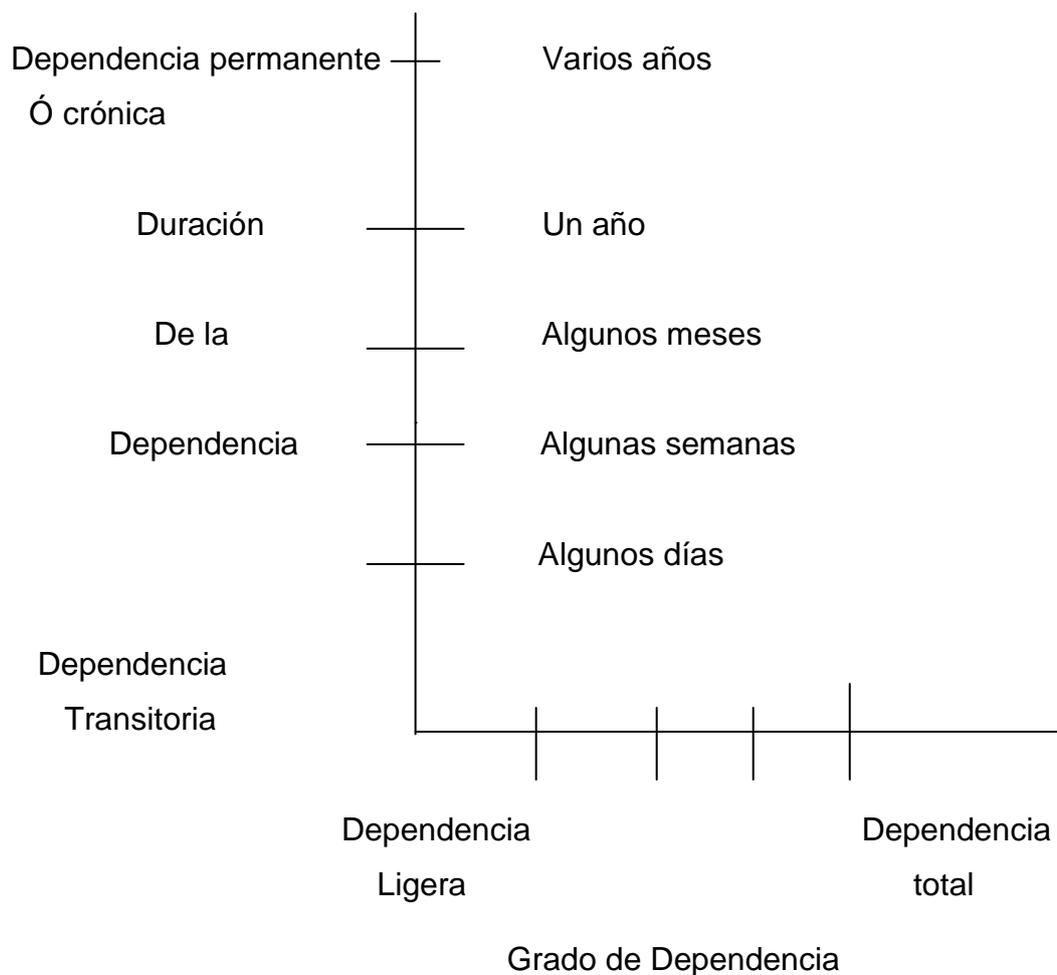


Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

¹⁴ Luis R.M.T., et al. (1998). De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: Masson. Pág. 37 y 38.

GRÁFICA DURACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA

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, transito permanente.



Fuente: Phaneuf M. (1993) El proceso de atención de enfermería, Cuidados de enfermería (1era edición). Madrid, España: McGraw Hill Interamericana. Pag.32.

FUENTES DE DIFICULTAD

Es cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.

1. **Falta de conocimientos:** se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender

y recordar no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarias con los que cuenta. Deben tener como objetivo prioritario el conocimiento de si mismo, de salud, de enfermedad y el conocimiento de los otros y del entorno.

-Conocimiento de sí mismo

-Conocimiento de la salud y de la enfermedad

Conocimiento del medio

2. **Falta de fuerza** comprende cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca.

Las **intrínsecas** provienen del mismo individuo, es decir, que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto. Puede tratarse de un problema articular o de una parálisis que dañe la movilidad de la persona; de un problema metabólico no controlado; de una infección; de una excrescencia que obstruye el paso de aire, el paso de los alimentos o de las sustancias excretadas.

Las **extrínsecas** comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducta a reaccionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto.

3. **Falta de voluntad.** La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la falta de voluntad es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo y de que puede y quiere hacerlo, si bien no desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario¹⁵.

¹⁵ Phaneuf M. (1993) El proceso de atención de enfermería, cuidados de enfermería (1er edición) Madrid, España: McGraw Hill Interamericana. Pag.36 a 42.

NECESIDAD

De los escritos de Virginia Henderson se deduce que el concepto de Necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. Una necesidad fundamental es una “**necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente**”.

Cada necesidad es un todo compuesto por los aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona y las 14 necesidades se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la totalidad de la persona. Las 14 necesidades básicas son:

1. **Respirar normalmente:** Implica el proceso de inspiración y espiración.
2. **Alimentarse e hidratarse adecuadamente:** implica la ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida
3. **Eliminación:** eliminar es el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.
4. **Moverse y mantener una postura adecuada:** Se refiere al impulso dado a los músculos o a los miembros o ambas a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación; y mantener una alineación corporal.
5. **Dormir y descansar:** se refiere al mantenimiento de un estado de confort.
6. **Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse:** se refiere a la protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.
7. **Mantener la temperatura corporal:** es el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

8. **Higiene corporal e integridad de la piel:** se refiere a la capacidad física para atender a sus propios cuidados: integridad de los tegumentos y faneras.
9. **Evitar los peligros ambientales:** protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.
10. **Comunicarse con los demás:** establecer lazos con las otras personas de su entorno.
11. **Actuar de acuerdo a creencias y valores**
12. **Realización:** se refiere a la utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada.
13. **Recreación:** necesidad de actividades de esparcimiento.
14. **Aprendizaje:** adquirir conocimientos. Recibir información¹⁶.

RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES

El modelo de Virginia Henderson intenta responder a la pregunta que hacen las enfermeras y determinar en que se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud con el objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinarios y de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas.

La relación enfermera-médico.

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. Afirmaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Henderson recordaba que ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no

¹⁶ Luis R.M.T., et al (1998). De la Teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: McGraw Hill Interamericana. Pág. 36.

pueda llevar a cabo dentro de su función especializada. Henderson comparaba a todo el equipo médico incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

SUPUESTOS PRINCIPALES

- “Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud.”
- “Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales”.
- “Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”

Supuestos según:

ENFERMERÍA:

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. (Henderson subrayó que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.)
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA:

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

SALUD:

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO:

- Las personas que están sanas pueden controlar el entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deberán formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deberán proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección,
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

POSTULADOS

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

3. Cuando una necesidad no esta satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.

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 cualificado.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

Los tres hacen referencia exclusivamente al rol profesional, lo que creemos que se debe al que fue la primera teórica que intento marcar los limites que separaban las áreas de competencia médica y enfermería¹⁷.

AFIRMACIONES TEORICAS

La relación enfermera-paciente.

Se pueden establecer tres niveles:

- 1) La enfermera como una sustituta del paciente
- 2) La enfermera como una auxiliar del paciente
- 3) La enfermera como una compañera del paciente.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considera indispensable¹⁸.

¹⁷ García G. (1997). El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson (1era. Edición). México: Progreso.

¹⁸ Marriner T. A. y Raile A. M.(2007).Modelos y Teorías en Enfermería.(6ta edición). España: Elseiver. Pág. 55.

1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las dimensiones de la práctica de la enfermería han evolucionado en respuesta a los cambios científicos y tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados por la sociedad. La práctica de la enfermería ha ido definida por organizaciones profesionales y por los colegios profesionales.

“El proceso de enfermería es el método por el que se aplican los sistemas teóricos de la enfermería a la práctica real”. Proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y la comunidad.

El proceso de enfermería exige como requisitos previos, opiniones, habilidades y conocimientos.

El cliente se beneficia del uso del proceso de enfermería, ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que estimula al cliente a participar en la misma y permita al personal de enfermería una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo profesional.

CONCEPTO

El **proceso de enfermería** *“es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”.*

OBJETIVO

Es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y de la comunidad.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión, varios autores lo describieron y desarrollaron y en 1976 se compone de cinco fases y es legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería, ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería¹⁹.

¹⁹ Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) España: McGrawHill Interamericana. Pág. 11

CARACTERÍSTICAS

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son de naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente debe ser el centro de todo.

1. Es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente (un ciclo) y que cambia continuamente (dinámico) en lugar de permanecer sin cambios (estáticos).
2. Se centra en el paciente
3. Es una adaptación de la resolución de los problemas y se dirige a las respuestas del paciente a la enfermedad.
4. Facilita la individualización del plan de asistencia del profesional de enfermería.
5. Es interpersonal y colaborado exige que el profesional se comunique de forma directa y constante con los pacientes y los familiares para cubrir sus necesidades.
6. Es una estructura para la asistencia de enfermería

El proceso de enfermería consta de 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación²⁰.

1era. ETAPA: VALORACIÓN

“Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente”²¹

OBJETIVO

Establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sanitarias o a la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud.

²⁰ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 175 y 179

²¹ Op.cit. Iyer, P.W. pág. 22.

TIPOS DE VALORACIÓN

Valoración inicial Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria y su objetivo es establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.

Valoración centrada en el problema Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería y su objetivo es determinar el estado de salud de un problema identificado en la primera valoración.

Valoración urgente Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente y su objetivo es identificar problemas peligrosos para la vida y problemas nuevos o que se pasaron por alto.

Revaloración al cabo de un tiempo Varios meses después de la valoración inicial, su objetivo es comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes²²

FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente primaria: El paciente es la base primaria de datos y suelen declarar hechos por él, incluyendo datos objetivos que se obtienen directamente, como el sexo.

Fuente secundaria: Los familiares, los amigos y cuidadores complementan o verifican la información dada por el paciente, pueden transmitir la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimentó antes de la enfermedad.

Actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente.

La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales sanitarios, contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado marital del paciente, la historia médica proporciona a los profesionales de enfermería información sobre las conductas de

²² Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 180.

afrontamiento del paciente, prácticas sanitarias, enfermedades previas y problemas alérgicos.

La bibliografía de enfermería y relacionada (revistas profesionales y textos de referencia) pueden proporcionar información adicional para la base de datos.

TIPOS DE DATOS

1. **Datos objetivos** signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado, se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se obtienen a través de la observación o examen físico.
2. **Datos subjetivos** denominados también síntomas o datos ocultos, sólo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos, incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.
3. **Datos históricos:** consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado.
4. **Datos actuales:** se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento²³.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente, debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente²⁴.

²³ Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) McGrawHill Interamericana. Pág.36 a 38.

²⁴ Op. Cit. Kozier, B. Pág. 183.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el paciente²⁵

Los principales métodos usados para recoger datos son la observación, la entrevista y la exploración física. Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo; la entrevista se usa mientras se recoge la anamnesis de enfermería.

1. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de la capacidad o incapacidad funcional, se realiza mediante: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición; por aparatos y sistemas o cefalo-caudal.

Inspección: método que se realiza por medio de la vista con el objetivo de observar y detectar hallazgos anormales en relación con los normales.

Normas: -Debe ser completa e incluir todas las áreas corporales y en toda área corporal se evalúa forma, color, simetría, olor y anomalías.

Clasificación: a) Por regiones a explorar, local o general.

b) Según la forma de realizarla: directa, indirecta

c) Por el estado de reposo: dinámica

Palpación: proceso de examinar el cuerpo utilizando el tacto.

Objetivo: Detectar la presencia de masas, dolor, temperatura, tono Muscular.

Normas: -Calentarse las manos antes de iniciarla

-Uñas cortas

-Palpar zonas sensibles al final

-Hablar o usar juegos para relajar al niño.

²⁵ Luis R.M.T., et al (1998). De la Teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: McGraw Hill Interamericana. Pág. 3.

Clasificación: a) Según la forma en que se realiza: directa (tacto y presión) e indirecta (instrumentos).

b) Según el grado de presión: superficial y profunda

c) Según el tipo de exploración: tacto 1-2 dedos, manual 1-2 manos

Percusión: método que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo.

Objetivo: -Obtener sonidos para detectar posición, tamaño y densidad de una estructura

-Determinar cantidad de aire o material sólido de un órgano.

Normas: -La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad

-El uso de golpecitos para producir ondas sonoras, que se caracterizan por su intensidad, profundidad, duración y cualidad.

Clasificación: Indirecta y directa

Auscultación: método que se efectúa por medio del oído.

Objetivo: -Valorar ruidos o sonidos producidos por los órganos

Normas: -La campana del estetoscopio se utiliza para sonidos bajos y el diafragma para los sonidos altos.

Clasificación: Directa e indirecta

Medición: comparación de una magnitud con unidad establecida previamente y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente, como lo es la somatometría y los signos vitales.

2. **OBSERVACIÓN:** es el uso de sentidos para adquirir información sobre el paciente, familia y entorno.

Observar es obtener datos usando los sentidos, es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado.

La observación tiene dos aspectos:

- a) Fijarse en los datos
- b) Seleccionar, organizar e interpretar los datos²⁶.

3. **ENTREVISTA:** es la comunicación planeada con una finalidad.

- Objetivo: -Adquirir información específica
- Facilitar la relación con el paciente
 - El paciente recibe información.

La entrevista tiene:

Introducción: El profesional de enfermería y el cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica, la actitud profesional, la creación de un ambiente; el enfoque de respeto, dirigirse a él por su apellido, explicar el objetivo, calcular el tiempo necesario, son factores importantes para en la fase introductoria.

Cuerpo: durante esta segunda parte, se enfoca al diálogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios.

Cierre: durante esta fase se prepara al cliente para terminar la entrevista, se resumen los puntos importantes durante la entrevista y permitirá al cliente confirmar o negar la percepción de los problemas principales y también para formar la base para cualquier aclaración y establecer un conjunto de objetivos en el proceso de planificación²⁷.

Se debe de seguir una guía de valoración, y ver las características del entorno, valorar el momento de la entrevista, distancia de 1-2 metros del paciente, ser amable y cordial, pregunta claras y sencillas y escuchar con atención.

²⁶ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 183.

²⁷ Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 54 a 56

Tipo de preguntas para la entrevista:

Abierta: Nos permite obtener descripción de preocupaciones o sentimientos del paciente, exige respuesta de más de 2 palabras

Cerrada: Nos permite obtener hechos concretos, para enfocar la recolección de datos, exige respuestas breves de 1 o 2 palabras

Sesgada: Nos permite obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.

Guiada Supone la preferencia de una respuesta en particular

Intencionada Provocan reacción del paciente a determinada situación

Planificación de la entrevista y marco. Los profesionales de enfermería y los pacientes deben sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores. Cada entrevista esta influenciada por el momento, el lugar, la disposición o la distancia o el lenguaje.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa. La validación es el acto de comprobar dos veces, verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos²⁸. La validación de los datos ayuda a:

- Asegurar que la información de la valoración es completa.
- Asegura que los datos objetivos y subjetivos relacionados estén de acuerdo entre sí.
- Obtiene información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferencia entres pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería. Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.
- Evita saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

El profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y

los de la exploración física (datos objetivos), o cuando las declaraciones del paciente difieren en los momentos de la valoración.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de base de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente.

Modelos/estructuras conceptuales

Modelos de bienestar: ayudan a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas sanitarias, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar. Estos modelos suelen incluir lo siguiente:

- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional
- Análisis del estrés vital
- Estilo de vida y hábitos de salud
- Salud sexual
- Salud espiritual
- Relaciones
- Estimación de riesgo para la salud

Modelos ajenos a la enfermería: estas estructuras son más estrechas que el modelo exigido en la enfermería; por tanto, el profesional de enfermería suele necesitar combinarlo con otros métodos para obtener una anamnesis completa.

Modelo de los sistemas corporales: se centra en las anomalías de los siguientes sistemas anatómicos:

- Sistema tegumentario
- Sistema respiratorio

- Sistema cardiovascular
- Sistema nervioso
- Sistema osteomuscular
- Sistema digestivo
- Sistema genitourinario
- Sistema reproductor

Jerarquía de Maslow de las necesidades: agrupa datos relativos a:

- Necesidades fisiológicas (necesidades para la supervivencia)
- Necesidades respecto a la inocuidad y la seguridad
- Necesidades de amor y pertenencia.
- Necesidades de autoestima
- Necesidad de actualizarse

Teorías del desarrollo: el profesional de enfermería puede utilizar varias teorías del desarrollo físico, psicosocial, cognitivo y moral en situaciones específicas.

- Periodos de edad y tareas del desarrollo de Havighurst
- Cinco estadios del desarrollo de Freíd
- Ocho fases del desarrollo de Ericsson
- Fases de Piaget del desarrollo cognitivo
- Estadios de Kohlberg del desarrollo moral²⁹.

2da ETAPA: DIAGNÓSTICO

“Es el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”³⁰.

Gebbie (1975) *“Juicio o conclusión que se produce como resultado de la evaluación de enfermería”.*

²⁹ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág.184 a 191.

³⁰ Heather C. et al.(2010) NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificación 2009-2011.España: Elsevier.

Shoemaker (1984:109) *“Discernimiento clínico respecto a un individuo, familia o comunidad, el cual se obtiene a través de un proceso sistemático y deliberado de recolección y análisis de datos”*.

Gordon (1987) *“Términos utilizados para resumir los datos de evaluación y describir los problemas de salud reales o potenciales del paciente... juicios clínicos hechos por enfermeras profesionales”*.

Nelly (1985) *“Determinación y declaración de un juicio clínico en el cual se describe una respuesta del paciente a un cambio en el estado de salud en términos del efecto sobre rutinas o actividades de la vida diaria y del estilo de vida en un individuo, grupo o comunidad”*.

Carpenito (1987) *“Declaración que describe la respuesta humana (estado de salud o patrón de interacción real/potencial alterado) de un individuo o grupo”*.³¹

El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

ERRORES EN EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO

Son tres las fuentes principales de error en el proceso diagnóstico:

1. Recolección incompleta o incorrecta de datos
2. Interpretación errónea de los datos
3. Falta de conocimiento clínico o de experiencia: principiante iniciado, competente, diestro y experto.

DIRECTRICES PARA REDACTAR DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente a la salud o a la enfermedad, en lugar de las necesidades de enfermería.
2. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejable.
4. Redactar los diagnósticos sin juicio de valor
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico

³¹ (2009) Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado (2ª. Edición). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México

6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los 2 enunciados del diagnóstico no deben significar los mismo.
8. Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar.
9. No incluir diagnósticos médicos en e diagnóstico de enfermería
10. Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa³².

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

Son cinco tipos de diagnósticos de enfermería el actual o real, el de riesgo, de bienestar, posible y el sindrómico.

1. **Diagnóstico actual o real** es un problema del paciente que esta presente en el momento de la valoración de enfermería y se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

Es el juicio clínico sobre la respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales.

Se elaboran con el formato PES:

Problema + r/c (etiología) + m/p (signos y síntomas)

2. **Diagnóstico de riesgo** es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que un problema aparezca.

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

Se formula en dos partes:

Problema + r/c (factores contribuyentes)

3. **Diagnóstico del bienestar** describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad que están preparados para su fomento (NANDA Internacional,2005)

Es el juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel de bienestar a un nivel más elevado.

³² Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 105 a 112, 138 a 143.

Se formula:

Etiqueta diagnóstica

4. Diagnóstico de enfermería posible es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletos o no están claras. Es cuando se sospecha de la existencia de un diagnóstico de enfermería pero se dispone de insuficiente información.

Se formula en dos partes:

Posible problema + r/c (posibles factores contribuyentes)

5. Diagnóstico sindrómico es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos (Carpenito-Moyet, 2006)

COMPONENTES DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

1) El problema (etiqueta diagnóstica) y definición.

Describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados y sugerir una alguna intervención de enfermería. Los calificadores son palabras añadidas a algunas etiquetas de la NANDA para dar significado adicional a la declaración diagnóstica, por ejemplo:

- Deficiente (calidad, cantidad o grado inadecuado; no es suficiente; incompleto)
- Alterado (mal hecho, debilitado, dañado, reducido, deteriorado)
- Reducido (de menor tamaño, cantidad o grado)
- Ineficaz (que no produce el efecto deseado)
- Comprometido (vulnerable a una amenaza)

2) Etiología (factores relacionados y factores de riesgo).

Identifica una o mas causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente.

3) Características definitorias

Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales,

las características definitorias son los signos y síntomas del paciente. En los diagnósticos de enfermería de riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería de riesgo³³.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NANDA

La primera taxonomía de los diagnósticos de enfermería era alfabética. Algunos no consideraban científico este orden y por eso se buscó una estructura jerárquica. En 1982 la NANDA aceptó los nueve patrones del hombre unitario (basado en los modelos de enfermería de Callista Roy y Martha Rogers) como un principio organizador. En 1984 la NANDA renombró los patrones del hombre unitario como patrones de respuesta humanos basándose en el trabajo de Marjorie Gordón.

Al haberse refinado, revisado y aceptado nuevos diagnósticos, la taxonomía se llama ahora Taxonomía II (NANDA Internacional, 2005). La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos ya no se agrupan por los patrones de Gordón, sino que se codifican en función de siete ejes: concepto diagnóstico, tiempo, unidad de asistencia, edad, estado de salud, descriptor y topología³⁴

3era ETAPA: PLANEACIÓN

“Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir, corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería”³⁵.

“Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realizar para potenciar los resultados del paciente/cliente” (Dochterman y Bulechek, 2004).

³³ Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) McGraw Hill Interamericana. Pág. 124 a 134.

³⁴ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1)(8ª edición) McGraw Hill Interamericana. Pág. 205 a 207

³⁵ Op.cit. Iyer, P.W. Pág.156

TIPOS DE PLANEACIÓN

- Planeación inicial: es cuando se lleva a cabo el plan de asistencia inicial completo. La planeación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.

- Planeación en curso o continua: la hacen todos los profesionales de enfermería de enfermería que trabajan con el paciente. Tiene lugar al comienzo de un turno, ya que planifica la asistencia para ese día. Usando los datos de la valoración continua, hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:
 - Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
 - Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
 - Decidir en que problemas centrarse durante el turno
 - Coordinar las actividades de enfermería de manera que puedan abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

- Planeación de alta: el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia a todos los pacientes y comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente³⁶.

TIPO DE PLANES

- Individualizado: Permite la documentación de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones. Exige mucho tiempo.

- Estandarizado: Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente. Son útiles en la enseñanza del

³⁶ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 211 y 212

profesional no familiarizado con diagnósticos médicos. Se abordan en un solo plan.

- **Computarizado:** Aumentan el potencial de documentación exacta y completa, la preparación del plan exige menos tiempo que el escrito a mano. Se leen fáciles, el plan se realiza en la unidad del paciente. Se facilita la actualización. Desventaja: se debe disponer de ordenadores y personal capacitado.
- **Multidisciplinario:** La asistencia del paciente esta reforzada por la comunicación cuando diferentes áreas comparten puntos de vista³⁷

PLANES DE ASISTENCIA EN ENFERMERÍA

1. Plan de asistencia de enfermería informal
2. Plan de asistencia de enfermería formal
3. Plan de asistencia estandarizado
4. Plan de asistencia individualizada

Los planes de asistencia comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de enfermería del paciente y obtener los resultados esperados.

ETAPAS:

- Establecimiento de prioridades
- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente
- Selección de intervenciones de enfermería
- Redacción de intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

-Alta: dimensiones psicológicas. Integran problemas que amenazan la vida.

-Intermedia: problemas que amenazan la vida, como enfermedades agudas y la menor capacidad de afrontamiento.

³⁷ Iyer (1995) Proceso y diagnóstico de enfermería (3era edición) México: McGrawHill Interamericana. Pág. 205 a 219.

-Baja: surge de necesidades de desarrollo normal o que requiere solo un mínimo apoyo de enfermería.

El mecanismo más habitual para el establecimiento de prioridades es la jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow (1943) y modificada por Cáliz (1983).

A. Necesidades de supervivencia

B. Necesidades de estimulación

C. Necesidades de seguridad

D. Amor y pertenencia

E. Estima

F. Autorrealización

FIJACIÓN DE OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS DEL PACIENTE

Propósito de los objetivos/resultados deseados:

- Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería
- Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente.
- Capacitan al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuando se ha resuelto el problema.
- Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro.

Objetivo a larga plazo: Su duración es de semanas o meses incluye los cotidianos

Objetivo a corto plazo: Requieren asistencia sanitaria durante un periodo corto.

RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los objetivos derivan de los diagnósticos de enfermería, sobre todo de la etiqueta diagnóstica. Para todos los diagnósticos de enfermería el profesional de enfermería debe escribir el resultado o resultados deseados que demuestren directamente la resolución del problema. Cuando se

elaboran los objetivos/resultados deseados, plantee las siguientes preguntas:

- I. ¿Cuál es el problema del paciente?
- II. ¿Cuál es la respuesta saludable opuesta?
- III. ¿Qué aspecto tendrá el paciente o cómo se comportará si se consigue una respuesta saludable? (¿Qué seré capaz de ver, escuchar, medir, palpar, oler u observar de otro modo con mis sentidos?)
- IV. ¿Qué deberá hacer el paciente o cómo para demostrar la resolución del problema o la capacidad de que este se resuelva?

COMPONENTES DE LA DECLARACIÓN DEL OBJETIVO/RESULTADO DESEADO

La declaración debe tener los siguientes componentes:

1. Sujeto. Es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente.
2. Verbo. Especifica las acciones que debe realizar el paciente.
3. Condiciones o modificadores. Explican las circunstancias en las cuales se muestra la conducta.
4. Criterio de realización deseada. Especifica el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad.

DIRECTRICES PARA ESCRIBIR LOS OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS

1. Escribir los objetivos y resultados en términos de respuestas del paciente, Evitar declaraciones indican lo que el profesional espera conseguir, no lo que el paciente hará.
2. Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del paciente y para el tiempo designado. .
3. Asegurarse de que los objetivos y resultados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales.
4. Asegurarse de que todos los objetivos derivan sólo de un diagnóstico de enfermería.

5. Usar términos mensurables y observables para los resultados. Evitar palabras que sean vagas y exijan una interpretación o un juicio por parte del observador.
6. Asegúrese de que el paciente considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él³⁸.

DETERMINAR ACTIVIDADES

Intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente.

- Controlar el estado de salud
- Reducir los riesgos
- Resolver, prevenir o manejar unos problemas
- Facilitar la independencia o ayudar a actividades de la vida diaria
- Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, elige intervenciones que los signos y síntomas o las características definidoras de la terminología NANDA.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería del riesgo deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente.

La identificación correcta de la causa durante la fase diagnóstica proporciona la base para elegir intervenciones de enfermería satisfactorias, las intervenciones varían en función de la causa del problema.

ASISTENCIA

Directa: tratamiento realizado a través de interacción con el paciente, comprende acciones fisiológicas y psicosociales.

³⁸ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 212,

Indirecta: tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo, incluye acciones de cuidados dirigidos al ambiente y la colaboración interdisciplinaria, apoya la eficiencia de las directas.

TIPO DE INTERVENCIONES

a) Intervenciones independientes “son aquellas intervenciones que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades, sin una indicación médica”.

b) Intervenciones dependientes “son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión del médico, dirigen al profesional para que administre medicamentos, tratamientos intravenosos, etc”.

c) Intervenciones conjuntas o interdependientes: “definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo”.

CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El plan debe ser:

- Seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.
- Alcanzable con los recursos disponibles
- Ser coherente con los valores, creencias y culturas del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos
- Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes.
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, asociaciones profesionales y normas de la institución.

REDACCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INDIVIDUALIZADAS

Las intervenciones de enfermería se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.

El formato de escritura es parecido al de los resultados: verbo, condiciones y modificadores más el elemento temporal. La acción del verbo comienza la intervención y debe ser precisa.

El elemento temporal responde al cuándo, cuánto tiempo y con que frecuencia debe tener lugar la acción de enfermería.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En 1992 se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería llamada **clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)** elaborada por el Iowa Intervention Project y se ha actualizado cada 4 años desde entonces. Esta taxonomía consta de tres niveles: a) nivel 1, dominios; b) nivel 2, clases y c) nivel 3, intervenciones.

Se han elaborado más de 514v intervenciones, cada una incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que perfilan las acciones claves de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. Todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, se debe seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.

Beneficios de la clasificación de las intervenciones de enfermería:

- ❖ Ayuda a demostrar la influencia que los profesionales de enfermería sobre el sistema de prestación de asistencia sanitaria.
- ❖ Estandariza y define la base de conocimientos para las materias y práctica de la enfermería.
- ❖ Facilita la selección adecuada de una intervención de enfermería.
- ❖ Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería con otros profesionales de enfermería y otros profesionales.

- ❖ Capacita a los investigadores a analizar la eficacia y coste de la asistencia de enfermería.
- ❖ Ayuda a los educadores a elaborar el conjunto de materias que mejor se articule con la práctica clínica.
- ❖ Facilita la educación de la toma de decisiones clínicas en los profesionales de enfermería principiantes.
- ❖ Ayuda a los administradores a planificar de una forma más eficaz las necesidades de personal y equipo.
- ❖ Promueve el desarrollo de un sistema de reembolso para los servicios de enfermería.
- ❖ Facilita el desarrollo y uso de los sistemas de información de enfermería.
- ❖ Comunica la naturaleza de enfermería al público³⁹.

4ta ETAPA EJECUCIÓN:

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. Comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y esta enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

Etapas	{	<ul style="list-style-type: none"> -Preparación -Intervención -Documentación
--------	---	---

PREPARACIÓN

Exige la preparación que consiste en una serie de actividades, cada una exige el uso de razonamiento crítico: desarrollo de cada actividad que requiere conocimientos, habilidades, recursos y ambientes. Se realiza lo siguiente:

³⁹ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1) (8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 217 a 226.

1. Valorar de nuevo al paciente.
2. Determinar si las intervenciones son suficientes: esto permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.
3. Análisis de conocimientos y habilidades requeridas
4. Reconocimiento de posibles complicaciones derivadas de las intervenciones: se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente y permitirá tomar enfoques preventivos que reduzcan el riesgo para el cliente.
5. Proporcionar recursos necesarios: tiempo, personas y material.
6. Preparación del entorno: bienestar y seguridad

INTERVENCIÓN

Está diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente, incluye el inicio de acciones independientes e interdependientes, dependiendo de los problemas individuales específicos, se ajusta a una de seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria
5. Educación
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

DOCUMENTACIÓN

“Es el registro legal de enfermería que incluye fecha y hora, intervenciones, resultados, nombre y firma”.

Guía para el registro de las observaciones:

- ✓ -Uso de tinta y letra legible
- ✓ -Escribir las notas tan pronto como sea posible
- ✓ -Ser preciso

- ✓ -Firmar siempre con la inicial del nombre, primer apellido y credencial (F. Fernández, Enfermero)
- ✓ -No dejar líneas en blanco
- ✓ -Anotar las variaciones de lo normal
- ✓ -Anotar el estado de las vías invasivas

SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS

Estos cinco enfoques son:

1. Asignación por tareas
2. Enfermería de equipo
3. Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones
4. Control de casos
5. Atención enfocada al paciente

Las normas legales pueden definir que número de profesional de enfermería debe tener y cuántos deben estar presentes en cualquier momento. Las directrices profesionales, como las de la American Nurses' Association (ANA) definen la asignación de recursos, resaltan la necesidad de tener en cuenta factores de seguridad, eficacia y coste al seleccionar un modelo de prestación de intervención de enfermería o al asignar al personal para la intervención de los clientes.

Asignación por tareas: Las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería, los cuidadores participan en la atención del cliente y cada uno es asignado a una selección completa de funciones y las funciones individuales son asignadas a niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluye el conocimiento, habilidades y experiencia.

Equipos de enfermería: Es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes.

Enfermería de cuidados básicos: Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80, en el que el personal 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 asegura que el plan se ejecuta durante las 24 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 del cliente.

Atención enfocada al paciente: es el diseño 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 especializados⁴⁰.

5ta ETAPA EVALUACIÓN:

“Comparación sistemática y planeada del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas, es una actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, la enfermera y otros miembros del equipo de salud”.

PASOS:

1. Determinar el logro de los objetivos
2. Identificar las variables que afectan al logro de los objetivos.
3. Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan⁴¹

Permite determinar la eficacia de la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución y hacerle modificaciones, para la solución de la problemática de salud del usuario, familia y comunidad.

La evaluación se puede llevar a cabo cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional, como objetivo de esta actividad, se determina si el plan es adecuado, realista, actual o si necesita revisión.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

⁴⁰ Iyer (1995) Proceso y diagnóstico de enfermería (3era edición) México: McGraw Hill Interamericana. Pág.224, 231, 248, 269 a 285.

⁴¹ Griffith W. y Chistensen P. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. México: Manual Moderno. Pág. 186.

- ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?
- Si la respuesta es no, ¿Eran adecuados los objetivos?
- ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
- Si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería?
- ¿Eran adecuadas las actuaciones?
- Si la respuesta es no, ¿será necesario revisar el plan de cuidados?⁴²

ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO

Formas	Estructura	Proceso	Resultados
Propósito	Mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente	Mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso	Mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermera
Instrumentos o medios	Comisión de la junta sobre hospitales Auditorias	Escala de clasificación de competencia de enfermería Escala de calidad de los cuidados de enfermería	Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento (hoja de enfermería, planes de intervenciones).

⁴² Op.cit. Iyer . Pág.288

Fuente de datos	Manuales de procedimientos. Enunciados de la política institucional Planes de atención Programas de servicio Niveles educativos del personal. Instalaciones y equipo disponible	Concurrente: la enfermera demuestra conocimientos y rendimientos en habilidades. Retrospectivo: graficas de procedimientos como los signos vitales	Concurrente: el paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud. Retrospectivo: cambio de conducta, destrezas y conocimientos del paciente.
------------------------	--	---	--

Fuente: Griffith W. y Chistensen P. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. México: Manual Moderno. Pág. 195

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PROCESO Y RESULTADO

Evaluación de enfermería	Proceso	Resultado
Concurrente	<p>Paciente: preguntarle sobre las acciones realizadas por la enfermera.</p> <p>Enfermera: observar a la enfermera al proporcionar cuidados y enseñar.</p> <p>Gráfica: ver hoja de evolución, planes y evaluación mientras estuvo el paciente en el servicio</p>	<p>Paciente: observar los cambios del paciente a través de conocimientos y destrezas y estado fisiológico</p>
Retrospectivo	<p>Gráfica: buscar datos que documenten acciones de enfermería, planes de cuidados, objetivos, metas, medicamentos y enseñanza realizada después que el paciente ha sido dado de alta.</p>	<p>Gráfica: buscar datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, conocimientos, habilidades o destrezas, cambios fisiológicos y conductas psicológicas después que ha sido dado de alta.</p>

Fuente: Griffith W. y Chistensen P. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. México: Manual Moderno.

CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA.

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario un lenguaje estandarizado o común. Los líderes e investigadores de la enfermería han estado trabajando desde 1991 para elaborar una taxonomía, la clasificación de los resultados de enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification), que describa los resultados del paciente que respondan a las intervenciones de enfermería. En la taxonomía 330 resultados pertenecen a uno de siete dominios y a una clase dentro del dominio. A cada resultado de la NOC se le asigna un identificador de cuatro dígitos,

Un resultado de la NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención de enfermería (Moorhead, Jonson y Maas, 2004).

Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular.

Un indicador es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que sirve de indicio para medir un resultado (Moorhead y cols).

Los indicadores se expresan en términos neutros, cada resultado comprende una escala de cinco puntos (una medida) que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador.

Cuando se usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan de asistencia, el profesional de enfermería escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador⁴³.

⁴³ Kozier, B., et al. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1)(8ª edición) McGraw Hill Interamericana.

Estructura de codificación de la NOC

Dominio	Clase	Resultado	Indicador	Escala	Valor de la escala
(1-6)	(A-X)	(4 dígitos)	(1-99)	(a-p) 16 escalas	(1-5)
#	A	####	##	A	###

Esta estructura de codificación permite la ampliación de la CRE en cada nivel de la taxonomía y crea una identificación única para cada resultado, indicador y escala de medida. Por ejemplo, pueden agregarse 3 dominios adicionales y la clasificación tendrá 52 clases, cada una con un total de 99 resultados. Esta estructura permite adiciones sustanciales a las clasificaciones sin un cambio en la estructura de codificación⁴⁴.

⁴⁴ Morread S., Jonson M., Maas M. (2009) Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) .(4ª edición). Madrid España: Elsevier.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En la actualidad se requiere de una ética basada en el supuesto de que la enfermería debe enfocarse a las necesidades de los pacientes como individuos íntegros que ejercen su autonomía moral dentro del contexto de su vida y su entorno.

Es momento de hacer un alto y reflexionar sobre los conceptos éticos de la enfermera, como se beneficia con ellos y como los vive para el enfermo. Quien es el fin de la existencia de una enfermería humana. Las enfermeras no solo deben estar inmersas en el cuidado de ciencia y tecnología, sino también en el cuidado como un acto humano del que se derivan la responsabilidad y el mérito que se traduce como la recompensa por la realización de un acto humano donde el conocimiento y la libertad son pilares.

Se aspira a una ética secular o laica, más lógica y racional, prospectiva, multidisciplinaria, sistemática, flexible, transparente y global. El cambio más importante en la ética clínica a partir del movimiento de la bioética es el reconocimiento pleno de la autonomía del paciente.

Con el principio de autonomía se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones, aún cuando no sean las mejores desde una perspectiva sanitaria, incluso negarse a seguir las prescripciones de los médicos si no les parecen apropiadas. El ejercicio de la autonomía supone personas competentes, libres de coacción y con información suficiente. Con el reconocimiento del principio de autonomía se fortalece el gran campo de la regulación social, donde el paciente juzga la calidad del médico, demanda y exige, denuncia y reclama.

Con la bioética como disciplina el personal de enfermería debemos hacer confluir las vertientes del pensamiento el más digna de las ideologías, “el cuidado de la vida” que la humanidad nos ha confiado, con ciencia y conciencia resistiendo el aparente conflicto entre los avances científicos y la ética buscando el análisis crítico de la verdad y el mayor respeto a los derechos y dignidad humana.

Nuestros deberes fundamentales con los enfermos, están el compromiso moral de preservar la vida humana y estar conscientes de que la reflexión bioética se basa en dos principios fundamentales:

1. El respeto a la vida
2. El respeto a la autodeterminación de la persona

El análisis ético debe de comenzar con una valoración cuidadosa del estado del enfermo, se debe tomar en cuenta la naturaleza de su enfermedad, las preferencias del enfermo, sus juicios de valor y la realidad social, cultural y económica de la persona.

Crear un ambiente en el que los valores, costumbres y creencias del individuo sean respetadas, nuestro deber es ayudar al enfermo a mantener, desarrollar o adquirir autonomía personal, auto respeto y autodeterminación, guiándose siempre por criterios profesionales.

La bioética hoy en día es el centro de preocupación de todos los que reflexionamos sobre la humanidad y la que nos impulsa a trabajar con denuedo en el cuidado integral del paciente y su familia por los caminos del respeto, la solidaridad y el amor⁴⁵.

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS EN MÉXICO

Un código representa el ideal del ejercicio como orientación general, debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto se conoce como ética profesional. Debe constituirse en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve

⁴⁵ Suárez J., et al.,(Febrero 2001) La bioética en el desempeño de la enfermera.(Vol. 7, Núm., 1). México: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;

- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.

- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional

- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Beneficencia y no maleficencia. La obligación de hacer el bien y evitar el mal, se rige por hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad.

Justicia. Satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano.

Autonomía. Respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

Valor fundamental de la vida humana. 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.

Privacidad. Es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad. Cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

Veracidad. Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona, es fundamental para mantener la confianza.

Confiabilidad. Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y honestidad.

Solidaridad. Es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

Tolerancia. Admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Terapéutico de totalidad. Esta ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y su perfección.

Doble efecto. Orienta el razonamiento ético cuando a la realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

CAPITULOS

CAPÍTULO I.

Disposiciones generales. Norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, instituciones, personas, autoridades, colaboradores y colegas.

CAPÍTULO II

De los deberes de las enfermeras para con las personas. Se refiere al respeto a la vida, derechos humanos, mantener una conducta honesta y leal, comunicando a las personas los riesgos cuando existan y fomentar una cultura de autocuidado de la salud otorgando a las personas cuidados libres de riesgos.

CAPÍTULO III

De los deberes de las enfermeras como profesionistas. Se refiere aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, asumiendo responsabilidades inherentes, ofreciendo servicios de calidad imparcial, objetiva y actuar con un juicio crítico.

CAPÍTULO IV

De los deberes de las enfermeras para con sus colegas. Compartir conocimientos y experiencia a estudiantes y colegas, respetando la opinión y mantener una relación de respeto y colaboración.

CAPÍTULO V

De los deberes de las enfermeras para con su profesión. Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño, contribuyendo al desarrollo de su profesión demostrando intereses legítimos de la profesión.

CAPÍTULO VI

De los deberes de las enfermeras para con la sociedad. Prestar servicio social por convicción solidaria y conciencia social. Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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 los riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de razas, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocado 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 profesionales⁴⁶.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Es el proceso por el cual un paciente, comprendiendo lo que significa para él someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, médico o quirúrgico o participar en una investigación que representa un riesgo para su vida o su salud, en forma libre lo acepta”. Representa la forma práctica de hacer efectivo el principio del respeto por la libertad y la autonomía de los seres humanos, se sustenta en la autonomía, entendida tanto como derecho moral y legal, como deber⁴⁷.

Hay dos modelos para implementarlo: el primero se refiere a un acto único que se realiza en un lapso circunscrito, habitualmente corto, inmediatamente antes de la realización de alguna maniobra diagnóstica, terapéutica o de investigación, que proporciona información a los pacientes a los pacientes en ese momento y que satisface los requerimientos legales, este modelo tiene como ventajas que provee, tanto al médico o investigador, como al paciente o sujeto de investigación, de una clara idea de sus responsabilidades y privilegios. Sus problemas principales son que con frecuencia los pacientes o sujetos de investigación sienten que el consentimiento es una pérdida de tiempo y confiere a su relación un carácter burocrático y menos humano este modelo considera el consentimiento como un evento y es el más frecuentemente empleado tanto como en la clínica como en la investigación.

El segundo considera el consentimiento como un proceso y depende del cuidado continuo y de la participación activa del paciente o sujeto de investigación, tiene tres prerequisites: el médico o investigador debe

⁴⁶ Comisión Interinstitucional de Enfermería (Diciembre, 2001) Secretaria de Salud. México, DF. www.ssa.gob.mx

⁴⁷ Cortés Gallo Gabriel (2007) Consentimiento informado: fundamentos y práctica. Calimed 13(3) Pág. 79-87.

cambiar el estilo de interacción del paternalista a uno con más colaboración, el paciente o sujeto de investigación y el médico o investigador deben procurar entender sus diferencias culturales y ambos ser capaces de establecer metas y expectativas acerca de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de investigación. Este modelo implica una interacción más efectiva y mayor consumo de tiempo, representa una mejor oportunidad para que su consentimiento sea verdaderamente informado..

Son tres sus elementos:

- a) Información, se consideran tres estándares de información: el del profesional, médico o investigador que puede deformar por el interés de incrementar la aceptación del procedimiento por el paciente; el del paciente que puede ser exhaustivo o limitado personas con amplia o escasa cultura médica; por último el estándar general.
- b) Comprensión, requerimiento de la capacidad de los sujetos para entender y el material debe adaptarse a su capacidad. Los profesionales de la salud son responsables de asegurarse que el sujeto ha comprendido bien si el riesgo es importante.

En caso de los niños la ley contempla a los niños como incompetentes para la toma de decisiones y la sociedad autoriza a los padres o tutores, para actuar en el mejor beneficio de los menores, hasta la mayoría de edad legal, en la Declaración de los Derechos de los Niños define como tal a todos los menores de 18 años.

- c) Libertad de elección, es una cualidad de la voluntad, por la cual elegimos un bien respecto a otro, esta libertad se refiere a la ausencia de presión o coerción, puede ser abierta o incubierta; la primera esta representada en los proyectos de investigación, por la participación de prisioneros que participan voluntariamente en el estudio.; la segunda en la que están involucrados algunos grupos vulnerables como los usuarios de los servicios en las instituciones públicas de salud, quienes se sienten obligados a autorizar un procedimiento o participar en un ensayo clínico o bien enfermos graves que pudieran considerar la propuesta como única alternativa.

En la actualidad es inadmisibles la realización de un procedimiento médico que conlleve riesgo, o de un proyecto de investigación, sin la firma de un

consentimiento informado; la autodeterminación y el proceso racional de la decisión son los propósitos fundamentales del consentimiento informado.

La doctrina del libre consentimiento es el elemento nuclear de la relación entre el paciente y el médico o investigador, es la piedra angular para que el paciente pueda tomar su mejor decisión y requiere de una amplia exposición y comprensión de la información.

El consentimiento informado se sustenta en la **autonomía** y se define como la capacidad que permite elegir y actuar de forma razonada, basándose en la apreciación personal acerca de las futuras posibilidades, evaluadas en función de los sistemas de valores de la persona. Se trata de una facultad que surge de la correspondiente para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que se considera bueno. Tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. Las primeras incluyen lesiones o disfunciones cerebrales causadas por trastornos metabólicos, drogas, traumatismos o falta de lucidez mental orientada en la infancia o la niñez, retraso mental, psicosis o neurosis que le afectan en forma temporal o permanente. Las externas están representadas por la coerción, el engaño o la privación de información indispensable.

Al otorgar su consentimiento un paciente o su representante, comparte la responsabilidad para la decisión y confiere al médico su permiso para realizar la intervención, recibir algún medicamento o participar en una investigación⁴⁸.

Cuando nos referimos al niño, uno de los primeros y grandes dilemas que surge, es que son o somos otros los que han de enfrentarse a la decisión de determinar actuaciones terapéuticas, ya que él no conoce ni es consciente de su situación y carece de la capacidad para manifestarse. En el caso del adolescente esta situación empieza a tener lugar de manera diferente a partir de la aparición de la autoconciencia como parte del desarrollo psicológico, lo cual le permite la adopción de un papel más activo en correspondencia con las nuevas necesidades psicológicas que ellos tienen.

⁴⁸ Cortés G. (Septiembre-Diciembre 2007). Consentimiento informado: Fundamentos y práctica (Vol.13, Num.3)

En el caso del recién nacido, que se trata de un ser con falta de raciocinio, la autonomía tiene que trasladarse a otras personas y, ¿quiénes mejor que los propios padres para poder tomar alguna decisión?

Un problema surge cuando la decisión de los padres parece no defender los mejores intereses del niño. El asumir la decisión por la falta de autonomía, no implica el derecho a tomar cualquier decisión, sino la responsabilidad de defender los mejores intereses del menor. Cuando esta situación se presenta, aparece en el horizonte del médico el principio de la beneficencia. En virtud de este principio estamos obligados a proporcionar y ofrecer a los pacientes lo mejor para ellos desde la perspectiva de la medicina y a prevenirlos o protegerlos del daño.⁵ En casos de urgencia y sin posibilidad de intervención de los padres o tutores, el médico está obligado a actuar en defensa de los mejores intereses del niño, como él los entiende a partir del conocimiento que la medicina le provee.

La aplicación del consentimiento informado en la atención médica pediátrica por parte de los profesionales de la salud, es un aspecto importante en el mejoramiento de la calidad de esta. El cumplimiento del principio ético de autonomía por parte de los padres del niño implica el derecho por la decisión que toman estos y el respeto por la persona que participa en la investigación, que es el propio niño.

En el proceso del consentimiento informado se busca cada vez más un papel activo del paciente pediátrico en la relación con el médico, pero aún existen dificultades en la aplicación del consentimiento informado en pacientes en edad pediátrica.

CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

1-Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.

2-Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.

3-Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.

4-Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.

5-Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.

6-Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.

7-Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarias.

8-En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado). Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.

9-El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10-Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.

DERECHOS DEL PREMATURO (UNICEF)

1-La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

2-Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y ser atendidos en lugares adecuados.

3-El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

4-Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

5-Los bebés nacidos de parto prematuro a ser alimentados con leche materna.

6- Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por Retinopatía del prematuro.

7-Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.

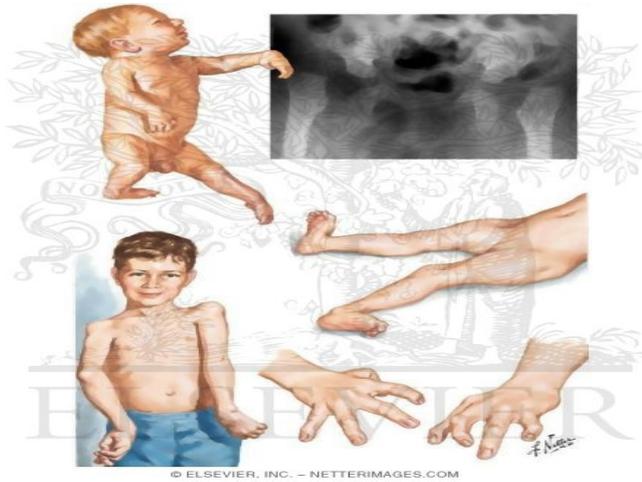
8-La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

9-El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

10- Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las nacidas a término.

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

ARTROGRIPOSIS



La Artrogriposis múltiple congénita viene de artro: articulación, gripo: curvada, es un *“síntoma complejo caracterizado por la presencia de numerosas contracturas articulares desde el nacimiento”*. Los músculos afectados están parcial o totalmente sustituidos por grasa y tejido fibroso. Aunque la mayoría de los niños que padecen este trastorno no progresivo sobreviven, algunos fallecen durante la lactancia como consecuencia de la afectación de los músculos respiratorios. La 1era descripción gráfica y clínica fue realizada en 1905 quien usó el término de artrogriposis y en 1923 Stern amplió el término a Artrogriposis múltiple congénita

Epidemiología. La Artrogriposis no es un padecimiento muy común ocurre en uno de cada 3000 a 5000 nacimientos.

Etiología. Algunos especialistas han atribuido esta enfermedad a una compresión intrauterina prolongada, pero por otro lado, debido a que en estos casos existen deformaciones vertebrales, ausencia de sacro y fisura palatina, es mucho más viable que el síndrome se origine en un periodo temprano de la vida embrionaria antes de que la presión intrauterina pudiera ser un factor determinante. Las causas que hacen que se limite el movimiento de las articulaciones o coyunturas son las siguientes:

- Los músculos no se desarrollan apropiadamente.
- Trastornos musculares
- Por sufrir fiebre durante el embarazo y virus que podrían dañar las células que transmiten los impulsos nerviosos
- Una disminución en la cantidad del líquido amniótico
- No se formaron correctamente el sistema central nervioso y la médula espinal
- Hay un desarrollo anormal de los tendones, los huesos, las articulaciones o coyunturas o el revestimiento de las articulaciones o coyunturas,
- Causa genética en un 30% de los casos: algunos modelos genéticos han sido identificados, pero cabe recalcar que la mayoría son raros y el número de recurrencias varía con el tipo de trastorno genético.

Las causas de artrogriposis se han clasificado en dos grupos, neurológicas y no neurológicas.

Neurológicas

Causadas por alteraciones tanto en sistema nervioso central como periférico. Algunas son:

1. Trastornos de origen neurogénico: (anormalidades del sistema nervioso central y periférico que causan disminución de la movilidad fetal). Corresponden a alteraciones en la formación o en la función de cerebro, médula espinal, motoneuronas o nervios periféricos.
2. Anomalías de origen muscular: incluye alteraciones en la formación o función de los músculos, tales como: miopatías congénitas, distrofias musculares congénitas, y trastornos mitocondriales

No neurológicas

Causadas por alteraciones en los tejidos asociados a la articulación o por una limitación física al movimiento fetal, tales como:

1. Limitación de espacio (embarazos múltiples o en anomalías uterinas)
2. Compromiso vascular intrauterino que compromete el desarrollo neural y/o muscular fetal, lo que ocurriría en maniobras abortivas o en hemorragias.
3. Enfermedades maternas: incluye las alteraciones uterinas mencionadas (tumores, útero bicorne, etc.) y otras enfermedades como: la [esclerosis múltiple](#), diabetes, miastenia gravis materna, trauma abdominal, entre otra
4. Anomalías del tejido conectivo ([tendones](#), huesos, tejidos articulares

Patología. En esta enfermedad existen ciertas alteraciones que consisten en el engrosamiento y falta de elasticidad de las cápsulas articulares y fibras musculares atroficas con cierto grado de fibrosis e infiltración adiposa. Además de esto, también existe la degeneración de las células de las astas anteriores de la médula espinal.

Manifestaciones clínicas. En la forma clásica, las manifestaciones afectan a los miembros superiores e inferiores, siendo habitualmente más intensas en estos últimos, es posible que las contracturas afecten únicamente a los miembros inferiores o a los superiores (forma dimétrica). No es frecuente que el proceso afecte únicamente a un miembro o a una parte del mismo (forma monométrica). Los hallazgos clínicos pueden consistir en:

- 1) Contracturas de los hombros en aducción y rotación interna.
- 2) Contracturas fijas en flexión o extensión del codo.
- 3) Contracturas rígidas de las muñecas con desviación cubital y flexión palmar, o con desviación radial y dorsiflexión.
- 4) Deformidades del pulgar y de la palma de la mano
- 5) Rigidez de las articulaciones interfalángicas del pulgar y los demás dedos de la mano.

6) Contracturas de la cadera en flexión, abducción y rotación externa, acompañadas de luxación de una o de ambas caderas

7) Contracturas fijas en extensión o en flexión de las rodillas

8) Pie zambo bilateral rígido y grave o astrágalos verticales congénitos.

Diagnóstico. Estudio radiográfico y datos de laboratorio: deben realizarse radiografías de las articulaciones afectadas en todos los niños que presentan contracturas articulares múltiples. Casi siempre se necesitan radiografías de la columna y de la pelvis para la detección selectiva de una posible deformidad raquídea o de una displasia subyacente de la cadera. Laboratorios puede ser útil la creatinina fosfocinasa y realizar estudios cromosómicos.

Tratamiento. Corregir las deformidades ortopédicas para mejorar la marcha u otras funciones. El tratamiento individualizado en cada niño, teniendo en cuenta sus posibilidades terapéuticas y de rehabilitación.

Fisioterapia: la fisioterapia con ejercicios de movilidad pasiva puede ser beneficiosa al aumentar la amplitud de movimientos de las articulaciones afectadas. Sin embargo está rara vez corrige por completo las contracturas existentes. La colocación de férulas en los miembros (diurnas, nocturnas o de todo el día) también aumenta la movilidad articular. Las férulas postoperatorias son importantes para mantener la alineación del miembro y evitar las recidivas.

Escayolas seriadas: puede ayudar a corregir más las contracturas de los tejidos blandos después de obtener el máximo beneficio de las sesiones de fisioterapia. Son valiosas para las contracturas en flexión de las rodillas y para los pies zambos. Los moldes de yeso se cambian semanalmente, aprovechando cada cambio para realizar una manipulación suave de la región afectada.

Aparatos ortopédicos: pueden servir para dar estabilidad y mantener la alineación de los miembros después de corregir adecuadamente las contracturas.

Tratamiento de las fracturas: es frecuente que los niños con artrogriposis sufran fracturas perinatales, estas complicaciones se deben sospechar si se descubre una deformidad, hinchazón de los tejidos blandos o eritema en una región localizada o si el niño se muestra irritable. La rigidez y la hipotonía favorecen la mayor incidencia de las fracturas.

Cirugía: suele ser necesaria para conseguir que se corrijan al máximo las contracturas de los tejidos blandos y las deformidades articulares, para reducir y estabilizar las caderas luxadas, para corregir deformidades de los pies y para obtener una corrección y fijación parcial de las deformidades de la columna.

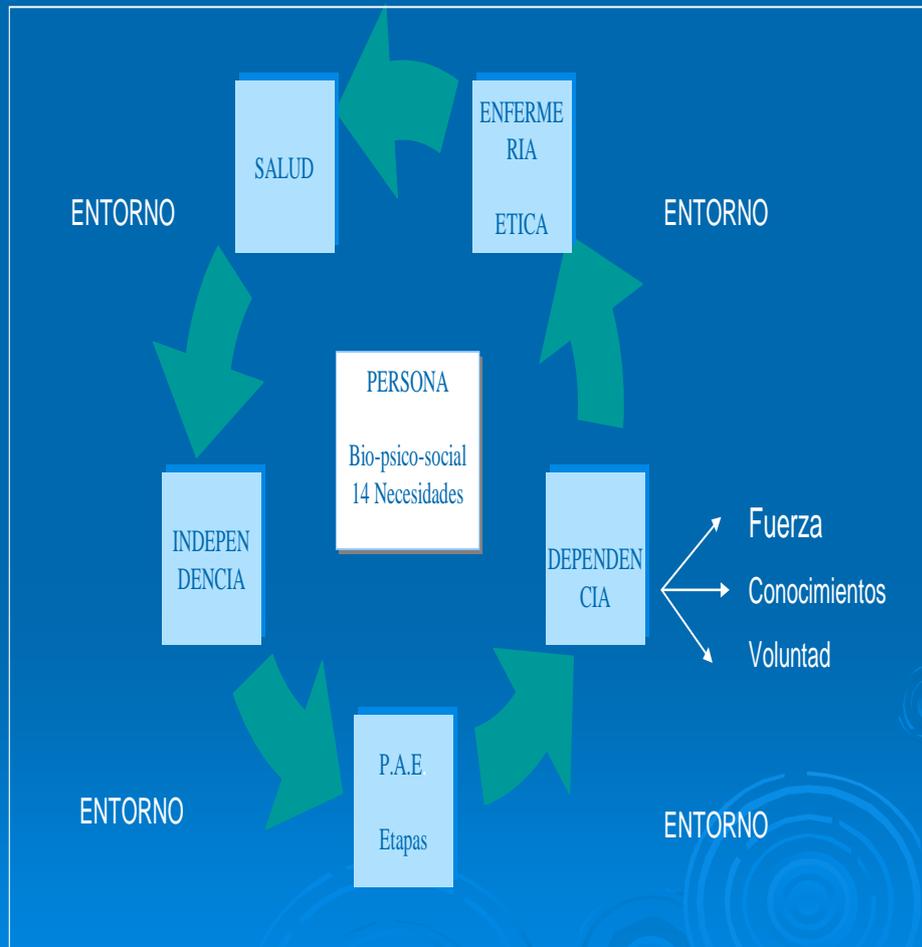
Miembros superiores: el tratamiento depende de la clase e intensidad de las contracturas y también de la capacidad motora y de las necesidades funcionales del paciente. Cuando la afectación es bilateral es mejor dejar un miembro en extensión y otro en flexión pero permitiendo que puedan reunirse en la línea media, aumentando su función.

Miembros inferiores: la mayoría de los lactantes con pies zambos o con astrágalo vertical no mejoran del todo con la distensión pasiva ni las escayolas seriadas y suele ser necesario una liberación completa de los tejidos blandos. Las contracturas en flexión de las rodillas que no responden a las escayolas seriadas pueden mejorar alargando los tendones de la corva y realizando una capsulotomía posterior a la rodilla.

Pronóstico. La fisioterapia es especialmente importante y efectiva en los primeros 3 y 4 meses de vida, cuando las contracturas pueden reducirse de manera considerable. Se conoce como el periodo de Gracia o de Puesta la día. Es difícil hacer un pronóstico en los primeros años de vida sobre la forma en que cada niño puede verse afectado. Hacia los tres o cuatro años de vida resulta más fácil y se puede decir que con fisioterapia, ortesis y cirugías la mayoría de los niños podrán desenvolverse bien Oscila entre recuperación total y la muerte⁴⁹.

⁴⁹ Nelson (2001). Tratado de Pediatría (16ª. edición) (Vol.) España: Mc-Graw Hill Interamericana. Pág. 2276-2277.

RELACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA CON LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON



Elaboro: L.E. Luz Alejandra Salmerón Guzmán Enero 2012

Elaborado: L.E. Luz Alejandra Salmerón Guzmán. Enero 2012

El presente esquema muestra la relación del Proceso de Atención Enfermería y el modelo de Virginia Henderson como un proceso cíclico y cambiante, que gira entorno a un bien: la **persona** en sus aspectos físico, psicológico y social, compuesta de sus 14 necesidades.

II. METODOLOGÍA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El presente estudio de caso corresponde a un Recién Nacido de 37 semanas de gestación de 5 días de vida extrauterina, nacido en la UMAE #48 del IMSS, proviene de una familia nuclear madre de 19 años de edad, estado civil casada, escolaridad secundaria terminada, dedicada al hogar, aparentemente sana; el padre de 28 años de edad, escolaridad secundaria terminada, toxicomanías negadas, aparentemente sano, empleado de una imprenta siendo este el único proveedor económico; ambos de religión católica, actualmente su relación afectiva es fuerte. Además cuenta con una hermana de 1 año de edad aparentemente sana.

La familia de Ángel habita una vivienda de zona urbana, construida de material perdurable (tabique) y con vitropiso de 1 planta cuenta con 2 habitaciones cada una cuenta con ventana y protecciones, puertas de madera cada una de ellas; una cocina; sala-comedor y un baño. La habitan 3 personas, no cuentan con mascotas, nivel socioeconómico bajo.

Es producto de la Gesta II, de embarazo normo evolutivo con control prenatal a partir del segundo trimestre, con administración de ácido fólico y sulfato ferroso diario. Inicia trabajo de parto espontáneo con inductoconducción con oxitocina, sin ruptura prematura de membranas, con líquido amniótico claro. Se obtiene por parto el día 11 de Mayo de 2012 a las 8:55 hrs, obteniendo producto único vivo, sexo masculino 34 SDG, con un peso de 1800kg Talla 39cm, PC 32cm, PT 25cm, PA 26cm, Pie 6cm, Apgar 8/8 y Silverman 4/4.

Ingresa a la UCIN con los siguientes Diagnósticos médicos: RNPT 34 SDG + Artrogriposis + pb. Pierre Robin +TTRN. Al ingreso presenta dificultad respiratoria intermitente, en ocasiones presenta apneas, se coloca CPAP nasal con FIO2 AL 21%, PEEP 5 con signos vitales Frecuencia cardiaca 161x', Frecuencia respiratoria 92x', Presión arterial 68/42 (54) una temperatura de 36.8° y saturación de oxígeno 92%, y una glicemia capilar de 100mg/dl con coloración pálida y llenado capilar de 2" y se coloca catéter venoso umbilical el día 11 de Mayo. Indicaciones medicas: Ayuno, Solución glucosa al 10% 42ml p/8horas, Aminofilina 2mg IV c/8horas, Monitorización

de signos vitales, Vigilar patrón respiratorio y hemodinámico, Radiografía de tórax y laboratorios BH, grupo y Rh. A la exploración física se encuentra perdida de la solución del miembro pélvico derecho y se solicita interconsulta a Ortopedia.

Conozco al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales durante la rotación de las prácticas profesionales del posgrado en la UMAE #48 del IMSS en la ciudad de León, Guanajuato y se aborda para realizar la valoración clínica del recién nacido grave y las valoraciones focalizadas el día 16 de Mayo del año en curso y se da seguimiento de manera directa con el paciente hasta el día 18 del mismo mes. Realizando un seguimiento del caso hasta el día 5 de Junio. Durante el seguimiento de la evolución clínica ocurrieron los siguientes eventos:

El día 12 de Mayo se realiza valoración por Ortopedia y diagnóstica Artritis y Fractura de fémur derecho, luxación de cadera ipsilateral, se coloca férula. Este mismo día a las 19:00 horas se decide colocar canula endotraqueal por deterioro respiratorio y gasometría con acidosis respiratoria descompensada y se conecta a ventilación mecánica en A/C con un PEEP 5, FIO2 21% y 30 ciclos por minuto.

El 14 de Mayo se intenta pasar a SIMV con un PEEP 3 y el FIO2 continúa al mismo porcentaje.

El día 15 de Mayo revisión por ortopedia pediátrica, plan: Rx de control, posición 90-90, vigilancia de compromiso vascular.

El día 16 de Mayo se extuba y pasa a CPAP nasal. Este mismo día se realiza valoración por Cardiología con un diagnóstico de corazón normal. Se inicia estimulación enteral por sonda a 2ml por sonda cada 3 horas.

El 18 de Mayo a las 4 am presenta paro respiratorio y se intuba en A/C, a las 9:30 a.m. se extuba accidentalmente y se intenta nuevamente la intubación sin éxito posterior a 5 intentos, presenta edema a nivel de traquea lo que dificulta la misma, por lo que se decide por el médico tratante realizar traqueostomía, durante el procedimiento presenta paro cardiorrespiratorio al responde con maniobras y fármacos a los 15 minutos, conectándose a ventilación mecánica en A/C con ciclos de 40x', PEEP 5, FIO2 70%. Continuando con un manejo dinámico del ventilador hasta el día 5 de Junio

se encontró aún en ventilación mecánica en modo SIMV con un FIO2 40% y un PEEP de 4. Presenta pozo de café y se deja en ayuno.

El 21 de Mayo se reinicia alimentación por sonda a 2.5ml aumentando cada día.

El 30 de mayo nuevamente ayuno por cirugía.

El 31 de Mayo se realiza Funduplicatura NISSEN y gastrostomía.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERALIZADA

A la exploración física presenta palidez tegumentaria adecuado estado de hidratación llenado capilar 2", cabeza con presencia de hematoma izquierdo cabello bien implantado con huellas de sangre seca, fontanela anterior 1.5cm con moldeamiento de suturas craneales, ojos simétricos sin secreción, narinas permeables, puente nasal ancho, pabellones auriculares de adecuada implantación, cavidad oral con abundantes secreciones, cuello normal, tórax con amplexión y amplexación presencia de estertores gruesos, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal leve, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos agregados, abdomen blando depresible, onfaloclistis con presencia de sangrado, se observa en las 4 extremidades deformidad y limitación del arco de movimientos en grandes y pequeñas articulaciones con fractura en miembro inferior derecho presenta férula y vendaje compresivo.

HABITUS EXTERNO

Recién nacido de edad aparente menor a la cronológica, facies expresivas de dolor al manejo o estimulación, con actitud en decúbito dorsal con el miembro inferior derecho elevado, integridad física, constitución frágil, bien conformado, presencia de movimientos mínimos, hipoactivo, hiporeactivo, se encuentra sin ropa solo con pañal, acicalado.

Somatometría:

Peso: 1720kg **PA:** 25.5cm

Talla: 43 cm **PT:** 23cm

Signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 152x' **Frecuencia respiratoria:** 72x'

Temperatura: 36.9°

Presión arterial: 72/55 (65)

A continuación se describe el análisis de las 14 necesidades valoradas en orden de jerarquía de dependencia, riesgo e independencia.

JERARQUÍA DE NECESIDADES

Necesidad de Respirar normalmente.

16 de Mayo de 2012. Al momento de la valoración se encuentra intubado en modo SIMV con un FIO2 al 21%, PEEP de 3, con FC 152x' ruidos cardiacos normales, FR 72x' presencia de estertores gruesos bilaterales, a la aspiración de la vía aérea presenta abundantes secreciones orofaríngeas de consistencia espesas y color amarillo una SaO2 98%, palidez tegumentaria con tinte icterico (+) generalizado, llenado capilar 2". A las 12am se extuba y se pasa a CPAP nasal con un PEEP 5 y un FIO2 75%, al momento del cambio presenta ligera retracción xifoidea, disociación toracoabdominal y discreto aleteo nasal con Silverman 3/4 manteniéndose con saturaciones por arriba del 90% y aún con polipnea de 84 respiraciones por minuto.

El día 18 de Mayo se encuentra nuevamente intubado por presentar paro respiratorio en modalidad A/C, a las 9:30 a.m. se extuba accidentalmente y se intenta nuevamente la intubación sin éxito posterior a 5 intentos, presenta edema a nivel de traquea lo que dificulta la misma, por lo que se decide por el medico tratante realizar traqueostomía presentando paro cardiorrespiratorio durante el procedimiento al cual responde con maniobras y fármacos a los 15 minutos, conectándose a ventilación mecánica en A/C con ciclos de 40x', PEEP 5, FIO2 70% presentando taquicardia hasta de 207x' saturando por arriba de 90%. Continuando con un manejo dinámico del ventilador hasta el día 5 de Junio se encontró en modo SIMV con un FIO2 40% y un PEEP de 4 con frecuencia cardiaca entre 148 y 158x', con una frecuencia respiratoria entre 76 y 90% con una coloración rosada y un llenado capilar de 2".

Gasometría arterial:

	16/05/12	18/05/12	5/06/12
Ph	7.33	6.8	7.13
pCO ₂	46.9	65.7	43.5
pO ₂	54.2	81.1	24.3
SaO ₂	85.8	81.4	34.2
HCO ₃	24.1	10.4	27.9
EB	-1.8	-24.3	-9

Laboratorios:

	16/05/12	18/05/12	5/06/12
Hemoglobina	16.9 g/dl	13.6 g/dl	11.1 g/dl
Hematocrito	47.8 g/dl	41.5 g/dl	40.6 g/dl
Eritrocitos	5.2 millón/ml	4.5 millón/ml	4.6 millón/ml
Plaquetas	255 miles/ml	361 miles/ml	365 miles/ml

Se considera un nivel de dependencia transitoria 5, prioridad alta.

Necesidad de Alimentarse e hidratarse adecuadamente.

16 de Mayo de 2012. Mediciones antropométricas: Peso 1720kg, Talla 43cm, PA 25.5cm. Glicemia capilar 60mg/dl. Se encuentra en AYUNO con sonda orogastrica a derivación con gasto en pozo de café, abdomen blando depresible sin distención, movimientos peristálticos presentes, presencia de dos catéteres umbilicales un arterial y un venoso por el cual se administra la Nutrición Parenteral con una infusión continua a 7.7ml/hora.

Componentes	16/05/12
Glucosa 50%	67.8ml
Gluconato de calcio	6.4ml
Sulfato de Magnesio	0.6ml
Cloruro de potasio	3.1ml
Cloruro de sodio 17.7%	2ml
Oligoelementos	0.6ml

Multivitaminas pediátricas	3ml
Aminoácidos 10%	74.2ml
Lípidos 20%	36.5ml
Agua bidestilada	90.9ml
Heparina	137u.
Carnitina	0.5ml
Volumen total	275.6ml

Este mismo día se inicia con estimulación enteral de acuerdo a la capacidad gástrica (2ml) de leche materna cada 3 horas por sonda orogastrica, presenta pozo de café el día 18 de Mayo y se deja en ayuno, reiniciando alimentación el día 21 de Mayo a 2.5ml, aumentando según tolerancia hasta llegar a 32ml el día 30 de Mayo quedando en Ayuno para entrar a Quirófano donde se coloca sonda de gastrostomía de 12fr. (31-Mayo) continuando en ayuno hasta el día 5 de Junio del presente, administrándose NPT para cubrir requerimientos nutricios.

Aumento gradual de peso a los 8 días aumento sólo 30 gramos, a los 12 días aumento 125 gramos y para el día 5 de Junio pesaba 1875 sin modificarse el último peso, cabe señalar que se tomo como el base que se menciona al momento del primer contacto con el paciente.

Laboratorios: Glucosa: (16/05/12) 333mg/dl,

(18/05/12) 48mg/dl

Albúmina: (03/06/12) 1.7

Se considera un nivel de dependencia 5 de duración transitoria, prioridad alta.

Necesidad de Moverse y mantener una postura adecuada.

16 de Mayo de 2012. A la valoración se encuentra hipotónico, con miembros superiores en ligera flexión con las manos flexionadas y los dedos extendidos no se puede realizar la extensión completa del miembro ni la mano por su patología, miembro inferior izquierdo con ligera flexión con pie flexionado en rotación interna y no permite la extensión completa de los miembros, miembro derecho se encuentra con férula por presencia de

fractura de Fémur probable in útero, presenta de luxación de cadera ipsilateral. Se encuentra en posición decúbito dorsal con el miembro pélvico derecho elevado apoyado sobre una sabana delgada. Reflejos primarios de succión, prensión, búsqueda y moro ausentes esto debido también a su edad de vida (prematurez) y marcha no se realiza por la fractura y las condiciones del paciente. Escala de fuerza muscular de 2. Se considera en un nivel de dependencia 5 con duración de algunos meses, prioridad alta.

Necesidad de Dormir y descansar.

16 de Mayo de 2012. Al momento de realizar la valoración se encuentra en cuna radiante con sábanas formando un nido para favorecer la comodidad. Presenta fruncimiento del seño y facies de incomodidad a la manipulación interfiriendo en el sueño y descanso normal para su edad, además de los factores estresantes de la UCIN como el ruido, las voces del personal, las alarmas de los monitores y los procedimientos continuos en el área. En su tratamiento está indicado el Fentanyl que actúa como sedación a una dosis de 5.5mcg IV c/6 horas. Se considera un nivel de dependencia de 5 de duración transitoria, prioridad alta.

Necesidad de Evitar los peligros ambientales.

16 de Mayo de 2012. A la valoración el entorno en el área hospitalaria es provisto de medidas de seguridad para prevenir caídas, la cuna térmica cuenta con protección a los cuatro lados y tiene una sabana formando un nido para evitar se resbale y cuenta con vigilancia continua del personal de enfermería en la UCIN por el indicador de 1 enfermera- 1-2 pacientes de acuerdo a lo establecido en una unidad de cuidados intensivos. Cuenta con invasivos:

Procedimiento invasivo	Fecha de instalación	Calibre	Observaciones
Sonda orogástrica	16/05/12	8fr.	Cambio PRN
Tubo endotraqueal	12/05/12		Se retira el 18/05/12
Catéter venoso periférico	12/05/12	24fr.	Se retira el 19/05/12

Catéter venoso umbilical	11/05/12	5fr.	Se retira el 24/05/12
Catéter arterial umbilical	12/05/12	3.5fr	Se retira el 24/05/12
Cánula de traqueostomía	18/05/12	3fr.	
Catéter central	25/05/12	4fr.	Funcional
Sonda de gastrostomía	31/05/12	12fr.	Funcional

Administración de Fentanyl IV para sedación; antibióticos profilácticos Ampicilina y Amikacina.

Se administro un paquete globular (12/05/12) y 2 plasmas (17 y 20/05/12)

Laboratorios: (16/05/12) Plaquetas 255 miles/ml, Leucocitos 10.78 miles/ml
(18/05/12) Plaquetas 361 miles/ml, Leucocitos 24.68miles/ml

Cabe señalar que las reglas de la visita en la UCIN son muy estrictas y pueden entrar solo los papas cubriendo ciertos requisitos como el lavado de manos establecido por la OMS, el uso de cubrebocas y bata, y no traer alhajas, al tocar al paciente deben ponerse alcohol gel, y la hora de visita es de 1 hora en tres horarios establecidos por la Institución.

Se considera un nivel de dependencia 5, duración de algunos meses, prioridad alta.

Necesidad de Eliminación.

17 de Mayo de 2012. Su patrón de evacuaciones es 1 ocasión en 24 horas en poca cantidad, meconial de característica chiclosa de aproximadamente 5ml, de color verdoso-negro. Índice urinario del primer turno medido con una bolsa recolectora de orina de .9ml/kg/hora y 4.3 ml/kg/24 hrs considerado en un índice dentro de parámetros normales para su edad. El cambio de pañal es por razón necesaria. Perdidas insensibles de acuerdo a su peso de 1720kg de 3.97ml/hora. Abdomen blando, depresible con movimientos peristálticos presentes. Genitales íntegros, con presencia de edema (+) esfínter anal limpio sin laceraciones.

Durante su estancia en la UCIN hasta el día 5 de Junio no presenta alteraciones en el patrón de eliminación y su volumen urinario se mantiene en parámetros para su edad.

Laboratorios: (16/05/12): Urea 49.2 mg/dl., Creatinina .4mg/dl.

(18/05/12): Urea 74.9 mg/dl, Creatinina .5mg/dl

Se considera en riesgo, prioridad media.

Necesidad Mantener la temperatura corporal.

17 de Mayo de 2012. Al momento de valoración se encuentra en cuna térmica con una temperatura de la cuna de 36.5°C y una temperatura corporal de 36.9°, manteniendo su temperatura corporal en los límites establecidos para su edad, se encuentra con sabanas a temperatura de la cuna por el calor que emite la cuna, muestra sensibilidad al cambio de temperatura manejado por la cuna térmica; se encuentra con la piel pálida, sin datos de cianosis distal, sin pilo erección. El ambiente en el que se encuentra esta con un clima caluroso y usa solo el pañal. Durante el seguimiento en la UCIN hasta el día 5 de Junio no presento fluctuaciones fuera del parámetro establecido para su edad. Sin embargo se considera en riesgo por la etapa en la que se encuentra, con una prioridad media.

Necesidad de Higiene corporal e integridad de la piel.

17 de Mayo de 2012. Aseo parcial 1 vez al día como rutina de la unidad y cada que se requiera cuenta con toallitas húmedas proporcionadas por la mamá, cambio de ropa de cuna térmica 1 vez al día, cambio de pañal por razón necesaria. Presenta céfalo hematoma de lado izquierdo. Tegumentos de coloración pálida hidratada, mucosas orales hidratadas, integras sin presencia de lesiones, con sonda orogástrica en carrillo derecho fijada a un lado de comisura labial y tubo endotraqueal. Presencia de leve enrojecimiento en columnela por el CPAP nasal. Presencia de férula en MPD sin presencia daño en la integridad cutánea en área circundante a la férula. Cuenta con sensor para medir oximetría de pulso y brazaletes para presión arterial con rotación de cada uno cada 2 horas para evitar daños en la piel, se realizan cambios de posición cada 4 horas de decúbito lateral izquierdo y

derecho con apoyo de una sábana pequeña y protegiendo el miembro inmovilizado vigilando continuamente.

El día 31 de mayo presenta una herida a nivel de epigastrio y mesogastrio de una Funduplicatura y sonda de gastrostomía sin presencia de enrojecimiento circundante a la misma. Se considera en Riesgo, prioridad media.

Necesidad de Realización

18 de Mayo de 2012. Esta necesidad es valorada en base al cuidador primario (madre) la cual refiere que desearía que su hijo no estuviera enfermo, ni hospitalizado para ella fue muy difícil aceptar el Diagnóstico Médico de su hijo y al principio le costaba trabajo verlo porque en un momento llego a dudar de que él fuera su hijo, pero hoy confía en que Ángel saldrá de la terapia y podrá llevar una vida casi normal con sus limitaciones, aunque los Médicos le han informado que el estado de salud aún es grave y el pronóstico es reservado. Sin embargo se considera en Riesgo por las contracturas de articulaciones y problemas motores que pueden afectar su desarrollo y realización de actividades primordiales a corto y largo plazo, con una prioridad media.

Necesidad de Recreación

18 de Mayo de 2012. A la valoración respuesta a estímulos sonoros y visuales. No se realiza una valoración exhaustiva de esta necesidad ya que por la etapa de desarrollo aún no puede realizar actividades recreativas que orienten a la necesidad. Sin embargo en un desarrollo a largo plazo no va ser por lo que se considera en Riesgo, prioridad media.

Necesidad de Aprendizaje.

18 de Mayo de 2012. A la valoración de esta necesidad no se pueden observar muchos datos objetivos ya que por la sedación que se le administra no pude valorar la fijación de la mirada, ni la búsqueda y por la prematurez no se logran al 100% las actividades propias para la etapa de desarrollo, muestra reacción cuando le habla su mamá (apertura ocular). Sin embargo

se considera en riesgo por los eventos de paro respiratorio y cardiorrespiratorio por el daño neurológico que ocasionan a corto y largo plazo, con una prioridad media.

Necesidad de Actuar de acuerdo a creencias y valores.

18 de Mayo de 2012. Ángel fue bautizado el día 1-Mayo-2012 en la UCIN cuando presenta un evento de paro y posteriormente los padres llevan al sacerdote porque refieren que es más por la fe que profesan. Esta necesidad es enfocada al cuidador primario (mamá), quien refiere ser de religión católica y tener fe y esperanza, confía en que dios le ayudará a que su hija este bien, cree en el amor como piedra fundamental para la familia. Esta casada por la iglesia y ambos creen en el matrimonio para toda la vida, nunca pierde la confianza en dios. Desde que nació Ángel sus papas rezan y le piden a Dios por él, sin embargo en algún momento ella llegó a estar desconsolada por la noticia que recibieron del Diagnóstico de Ángel y llego a pensar “el no es mi hijo” así lo refirió y se notaba apática al inicio según refiere el personal de la salud que tuvo contacto con ella desde que Ángel ingreso a la UCIN. NO cuenta con imágenes religiosas. Por lo que se considera en riesgo, prioridad media.

Necesidad de Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.

18 de Mayo de 2012. Al momento de la valoración se encuentra en un colchón con sábanas limpias sin cubrirlo y se encuentran acorde a la temperatura de la cuna, cuenta solo con su pañal, su cambio es diario y cada que sea necesario, no cuenta con enseres adicionales para el vestido por reglas de la UCIN. Se considera en Independencia por la etapa de desarrollo en la que se encuentra Ángel, prioridad baja.

Necesidad de comunicarse con los demás.

18 de Mayo de 2012. A la valoración de esta necesidad se encuentra con los ojos cerrados solo los abre espontáneamente, frunce el seño y presenta facies expresivas de dolor y un ligero movimiento en las manos cuando hay estímulos dolorosos, solo se comunique de esta manera. Llanto ausente.

La última revaloración que se realizó el día 5 de Junio se encontró más alerta a la hora de la visita y la apertura ocular era más continua cuando su mamá lo llamaba por su nombre. Por lo que se considera en Independencia, prioridad baja.

Tratamiento médico:

1. Nutrición Parenteral Total a 7.7ml/hr.
2. Medicamentos: Ampicilina 90mg IV c/12 horas (5)
Amikacina 27mg IV c/24 horas (5)
Aminofilina 2mg IV c/8 horas
Fentanyl 5.5mcg IV c/6horas
Paracetamol 35mg VR PVM/PRN
Omeprazol 1.7mg IV c/24 horas
Ranitidina 2.5mg IV c/12 horas
Dexametasona .9mg IV c/24 horas
3. NUS con solución fisiológica 2ml c/4 horas
4. Fisioterapia pulmonar posterior a NUS y aspiración gentil
5. Monitorización hemodinámica horaria
6. Vigilancia del patrón respiratorio
7. Control de líquidos
8. Cuidados de catéter umbilical
9. Cuidados de la férula

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN

Para la realización del presente estudio de caso se utilizó el Proceso Enfermero como guía apoyado de la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson; la valoración se llevo a cabo mediante la exploración física exhaustiva y focalizada.

Las fuentes de datos fueron la mamá de la lactante como fuente primaria y el expediente clínico y otros miembros del equipo de salud.

Los instrumentos utilizados fueron:

-La **Historia Clínica del niño de 0 a 5 años** elaborada por la Coordinación de la Especialidad de Enfermería Infantil (anexo 1) en la cual se valoraron las necesidades básicas del paciente según Virginia Henderson y datos demográficos, antecedentes familiares y específicos.

-La **hoja de reporte diario (Valoración focalizada)** de cada una de las 14 necesidades en la cual se realiza una valoración focalizada de cada una, describiendo datos subjetivos y objetivos, el tipo de relación, fuente de dificultad y posteriormente formular los diagnósticos y valorando el grado de independencia-dependencia y la duración de la misma (anexo 2).

-El **formato de Consentimiento Informado** (anexo 3) en el que la mamá autorizó el estudio de caso explicándole el objetivo del mismo.

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Mediante el análisis de cada valoración focalizada fue posible la elaboración de los diagnósticos, su fuente de dificultad y su grado de dependencia e independencia mediante la gráfica del continuum.

Los diagnósticos fueron elaborados de acuerdo con el formato PES y basándonos en la propuesta de la NANDA, apoyados en el libro de Los Diagnósticos enfermeros 8ª y Planes de cuidados de enfermería 7ª. Edición. Se elaboraron:

- 8 Diagnósticos reales
- 10 Diagnósticos de riesgo
- 2 Diagnósticos de bienestar

En el siguiente cuadro se enumeran de manera jerárquica de acuerdo al nivel de dependencia-independencia:

Necesidad	Diagnóstico	Fecha de identificación	Fuente de dificultad	Nivel de dependencia	Prioridad
Respirar normalmente	- Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de las secreciones m/p por disminución en saturación de oxígeno, cianosis y ruidos respiratorios adventicios (estertores bilaterales).	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta
	- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete r/c historia de dependencia de mas de 4 días m/p cambios en la coloración, usos discretos de los músculos accesorios de la respiración, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca.	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta
	- Patrón respiratorio ineficaz r/c debilidad de los músculos respiratorios m/p aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco-abdominal y taquipnea (Silverman 6).	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta
	- Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c reducción del flujo sanguíneo del miembro pélvico derecho (férula).	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta

Alimentarse e hidratarse adecuadamente	-Alteración de la nutrición: por defecto r/c disminución de la capacidad del reflejo de succión m/p peso inferior en un 20% del peso al nacimiento y palidez de membranas.	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta
Moverse y mantener una postura adecuada	-Deterioro de la movilidad física r/c tratamientos limitantes (inmovilización de la extremidad pélvica derecha) y contracturas articulares m/p incapacidad para moverse en el medio físico, disminución de la movilidad y fuerza muscular (Escala de fuerza muscular 2). -Dolor agudo r/c manipulación de las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores y movilización m/p cambios en la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y fruncimiento del seño	16/Mayo/2012 16/Mayo/2012	Fuerza Fuerza	5 5	Alta Alta

Dormir y descansar	-Alteración del patrón de sueño r/c estímulos ambientales y procedimientos invasivos m/p expresiones no verbales (apertura ocular, fruncimiento del seño)	16/Mayo/2012	Fuerza	5	Alta
Evitar los peligros ambientales	-Protección ineficaz r/c incapacidad para protegerse de peligros ambientales m/p inmovilidad y respuestas desadaptadas a estímulos sensoriales. -Riesgo de infección r/c vulnerabilidad, peligros ambientales y heridas o procedimientos invasivos.	16/Mayo/2012 16/Mayo/2012	Fuerza Fuerza	5 Riesgo	Alta Alta
Eliminación	- Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal e inmovilidad.	17/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media

Mantener la temperatura corporal	-Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c transición al ambiente extrauterino y edad extrema.	17/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media
Higiene corporal e integridad de la piel	-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos invasivos; inmovilización física.	17/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media
	-Riesgo de deterioro de la mucosa bucal r/c presencia de tubo endotraqueal, sonda orogastrica y aspiración orofaringea continua.	17/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media
Actuar de acuerdo a las creencias y valores	-Riesgo de alteración de la religiosidad del cuidador primario (madre) r/c afrontamiento de la patología de su hijo	18/Mayo/2012	Voluntad cuidador primario	Riesgo	Media
Realización	-Riesgo de conducta desorganizada del lactante r/c contracturas de articulaciones y problemas motores.	18/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media

Recreación	-Riesgo de retraso en el desarrollo r/c alteración y movimiento limitado de las articulaciones.	18/Mayo/2012	Fuerza	Riesgo	Media
Aprendizaje	-Riesgo de trastorno de los procesos del pensamiento r/c secuelas de daño neurológico por los eventos de paro respiratorio y cardiorrespiratorio a corto y largo plazo.	18/Mayo/2012	Fuerza Conocimientos	Riesgo	Media
Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse	-Conductas generadoras de salud del cuidador primario para aumentar conocimientos para el vestido y acicalamiento de Ángel m/p deseo y motivación del cuidador primario	18/Mayo/2012	Voluntad Conocimientos Cuidador primario	Independencia	Baja

Comunicación	<p>-Conductas generadoras de salud del cuidador primario y el personal de enfermería para identificar y mejorar la comunicación no verbal con Ángel m/p identificación de gesticulaciones (fruncimiento del seño) y aperturas oculares a estímulos dolorosos.</p>	18/Mayo/2012	Voluntad cuidador primario y personal enfermería	Independencia	Baja

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN

El proceso de planeación se realizó en base a los diagnósticos que se identificaron en la valoración de cada una de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, posteriormente se hizo una revisión de los diagnósticos reales, de riesgo y de independencia para determinar el grado de dependencia y el tipo de prioridad de cada uno de ellos, para los cuales se establecieron objetivos a corto y mediano plazo por cada uno de los diagnósticos, con el propósito de resolver la fuente de dificultad encontrada en el menor tiempo, se redactaron en base los criterios propuestos por Alfaro: sujeto, verbo, criterio, condición y tiempo para lograrlo, fundamentales para un correcto objetivo de un plan de intervenciones.

Las intervenciones de enfermería se definieron en independiente, dependiente e interdependiente, las acciones de enfermería se fundamentaron científicamente. Se tomaron como base varias fuentes bibliográficas de las cuales se tomaron intervenciones y acciones, así como fundamentación científica.

La evaluación de las intervenciones es realizada a través de la estructura, el proceso y el resultado, así como por el alcance obtenido de los objetivos planteados.

En la presentación de los planes de intervenciones se utilizó una tabla donde contiene el diagnóstico y su objetivo, los datos generales de la necesidad valorada su fuente de dificultad, fecha en que se identificó, grado de dependencia, tipo de prioridad. Posteriormente se define el tipo de intervención, acciones y fundamento científico de cada una de ellas.

A continuación se presentan los planes de cuidados de acuerdo a la jerarquía de las necesidades.

PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS



Datos del paciente.

Nombre: **A. G. H. E.**

Edad: 5 días de vida

Sexo: Masculino

Procedencia: León, Guanajuato

Diagnóstico Médico: RN 37 SDG, **Artrogriposis**, pb. Síndrome Pierre Robin, Fractura femoral derecha pb. In útero + luxación de cadera ipsilateral.

PLANEACION DE LAS INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERIA

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE	
	
NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE	
<p>Diagnóstico: <i>Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c</i> retención de las secreciones m/p por disminución en saturación de oxígeno, cianosis y ruidos respiratorios adventicios (estertores bilaterales).</p> <p>Objetivo: Ángel mantendrá la vía respiratoria permeable y una saturación de oxígeno por arriba del 90% mediante la atención integral de las vías aéreas durante su estancia en la UCIN.</p> <p>Fuente de dificultad: Fuerza Nivel de dependencia: 5 Prioridad: Alta</p> <p>Fecha: 16 de Mayo de 2012</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Atención integral de las vías aéreas artificiales.</u> Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar la permeabilidad de las vías respiratorias. ✓ Evaluar el movimiento torácico y auscultar los ruidos respiratorios bilaterales. ✓ Auscultar los campos pulmonares, observando zonas de disminución/ausencia de flujo de aire y ruidos respiratorios adventicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La obstrucción puede estar causada por acumulación de secreciones, tapones mucosos, hemorragia, broncoespasmos o problemas con la posición del tubo endotraqueal o traqueostomía. ✓ Los movimientos torácicos simétricos con ruidos respiratorios distribuidos por todas las regiones pulmonares indican la colocación correcta de la sonda/flujo aéreo sin obstruir. La obstrucción de las vías respiratorias inferiores provoca cambios de los ruidos respiratorios como roncus, sibilancias. ✓ La acumulación de secreciones espesas produce crepitaciones y estertores a la inspiración, la espiración o ambas.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevar la cabecera de la cama, cambiar frecuentemente de posición. ✓ Aspirar según sea necesario cuando el paciente presente insuficiencia respiratoria, limitando la duración de la aspiración a 15 segundos o menos. Seleccionar la sonda de aspiración adecuada. Hiperventilar antes y después de cada pase de la sonda, con oxígeno al 100% en caso necesario (mejor con respirador que con ambú, que tiene mayor riesgo de barotraumatismo). ✓ Utilizar una sonda de aspiración interna si es posible ✓ Cambiar de posición/girar periódicamente. ✓ Estimar/proporcionar líquidos dentro de la capacidad individual. <p>Interdependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar fisioterapia torácica según se indique (drenaje postural, percusión) ✓ Administrar broncodilatadores IV y en aerosol según se indique 	<div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Al mantener la cabecera elevada se baja el diafragma, lo que favorece la expansión del tórax, la aireación de los segmentos pulmonares y la movilización y expectoración de las secreciones para mantener limpias vías respiratorias. ✓ La aspiración no debe realizarse de forma rutinaria y la duración se debe limitar para reducir el peligro de hipoxia. El diámetro de la sonda de aspiración debe ser menos del 50% del diámetro interno de la sonda endotraqueal/de traqueostomía para prevenir la hipoxia. Puede ser adecuada una hiperoxigenación con suspiro respiratorio de oxígeno al 100% para reducir las atelectasias y la hipoxia accidental. ✓ Reduce el riesgo de infección para el personal de atención a la salud y ayuda a mantener la saturación de oxígeno y la PEEP. ✓ Favorece el drenaje de las secreciones y la ventilación a todos los segmentos pulmonares, reduciendo el riesgo de atelectasias. ✓ Ayuda a fluidificar las secreciones, facilitando la expectoración. ✓ Favorece la ventilación de todos los segmentos pulmonares y los auxiliares para el drenado de las secreciones. ✓ Favorece la ventilación y la eliminación de las secreciones al
--	--

<p>(aminofilina).</p> <p>✓ Revisar radiografías de tórax y lecturas de oximetría de pulso seriados</p>	<p>relajar el músculo liso/broncoespasmo.</p> <p>✓ Sigue la evolución y los efectos del proceso de la enfermedad/régimen terapéutico y facilita la necesaria alteración del tratamiento.</p> <div data-bbox="879 521 1294 857" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: right;">Murr, 2008.</p>
<p>Evaluación: Ángel mantuvo su vía aérea permeable mediante la aspiración de secreciones por razón necesaria las cuales continúan de consistencia espesas y de color amarillo, manteniendo una saturación de oxígeno por arriba del 90% durante la tercera semana de Mayo.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 mayo 2012</p>	

Diagnóstico: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete r/c historia de dependencia de mas de 4 días m/p cambios en la coloración, uso discreto de músculos accesorios de la respiración, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca.

Objetivo: Ángel demostrará mayor tolerancia al destete ventilatorio mediante la evaluación continúa de los factores físicos en la desconexión disminuyendo el uso de músculos accesorios y mejorando su coloración y logrando el destete del ventilador durante el primer turno.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Desconexión de la ventilación mecánica</u></p> <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar los factores físicos en la desconexión: frecuencia/ritmo cardiaco, fiebre y ruidos respiratorios, resistencia muscular. ✓ Evitar los procedimientos/situaciones estresantes o las actividades esenciales. ✓ Evaluar/documentar el progreso del paciente. Observar inquietud, cambios en la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria; el uso de músculos accesorios. ✓ Vigilar la respuesta cardiopulmonar a la actividad. <p>Interdependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar biometría hemática completa, albumina y prealbumina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El corazón tiene que trabajar más para cubrir el aumento de requerimientos energéticos asociados con la desconexión del respirador. Un incremento de 0.6°C en la temperatura corporal aumenta el metabolismo basal y la demanda de oxígeno en 7%. ✓ Optimiza la energía necesaria para la desconexión; limita el cansancio y el consumo de oxígeno. ✓ Son indicadores de que un paciente puede requerir una desconexión/periodo más lento para estabilizarse o que puede ser necesario suspender. ✓ El consumo/demanda excesivo de oxígeno incrementa las posibilidades de fracaso. ✓ Verifica que la nutrición es suficiente para cubrir los

<p>séricas, transferían, capacidad total de fijar hierro y electrólitos (en especial potasio, calcio y fósforo).</p> <p>✓ Revisar las radiografías de tórax</p>	<p>requerimientos energéticos de la desconexión.</p> <p>✓ Las radiografías de tórax deberían mostrar unos pulmones limpios o una importante mejoría en la congestión o infiltrados pulmonares.</p> <p style="text-align: right;">Murr, 2008</p>
<p>Evaluación: Ángel disminuyó el uso de músculos accesorios logrando el destete ventilatorio al final del primer turno.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 16 mayo 2012</p>	

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz r/c debilidad de los músculos respiratorios m/p aleteo nasal, retracción xifoidea, disociación toraco-abdominal y taquipnea (Silverman 6).

Objetivo: Ángel reestablecerá su patrón respiratorio dentro de los parámetros normales para su edad a través del manejo de las vías aéreas durante su estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Manejo de las vías aéreas</u> Independiente</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.✓ Auscultar los sonidos respiratorios, anotando áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.✓ Anotar los cambios de SaO₂ y los cambios de los valores de gases arteriales. 	<ul style="list-style-type: none">✓ La dificultad respiratoria y los cambios de los signos vitales se producen como resultado del estrés psicológico y del dolor o puede indicar la aparición de choque a causa de la hipoxia/hemorragia.✓ Proporciona información sobre el flujo de aire a través del árbol traqueobronquial y sobre la presencia/ausencia de obstrucción.✓ La disminución del contenido de oxígeno (PaO₂) o de la saturación o un incremento de la PaCO₂, indica la necesidad de intervención/cambio del régimen terapéutico.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren ✓ Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizaciones). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los síntomas de síndrome de hiperventilación abarcan cefalea, disnea, dolor toracico y en ocasiones sincope ✓ Favorece la ventilación y la eliminación de las secreciones al relajar el músculo liso/broncoespasmo. <p style="text-align: right;">Murr, 2008</p>
<p>Evaluación: Ángel restableció su patrón respiratorio en un 70% disminuyendo el esfuerzo respiratorio y manteniendo su frecuencia respiratoria entre 72 y 88 90 y 98% de saturación, continuando con apoyo de CPAP nasal.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 16 mayo 2012</p>	

Diagnóstico: *Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c reducción del flujo sanguíneo del miembro pélvico derecho secundaria a fractura.*

Objetivo: Ángel mantendrá una función neurovascular a través de las precauciones y cuidados circulatorios, demostrada por pulsos periféricos palpable, piel caliente, sensibilidad normal durante su estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Precauciones circulatorias</u></p> <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar la presencia o calidad del pulso periférico. Comparar con los valores con el miembro no lesionado.✓ Valorar el retorno capilar, el color de la piel y el calor en la zona distal respecto de la fractura.  <p><u>Cuidado circulatorio: Insuficiencia arterial venosa.</u></p> <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Mantener elevada la extremidad afectada.✓ Valorar la longitud de la extremidad, hinchazón y la formación de edema.✓ Investigar la presencia de signos repentinos de isquemia en la extremidad: disminución de la	<ul style="list-style-type: none">✓ Una disminución o ausencia de pulso refleja una lesión vascular, que precisa una evaluación médica inmediata del estado circulatorio.✓ La recuperación del color debe ser rápida (3 a 5 segundos). Una piel blanca y fría indica alteración arterial. La cianosis refleja alteración venosa.✓ Favorece el drenaje venoso y disminuye el edema.✓ Un aumento de perímetro de la extremidad lesionada puede indicar hinchazón mística general o edema, pero quizá refleja la presencia de hemorragia.✓ Las luxaciones articulares por fracturas pueden causar lesión en

<p>temperatura cutánea, palidez y aumento del dolor.</p> <p>✓ Controlar los signos vitales. Observar si se manifiesta signos de palidez o cianosis generalizada, piel fría.</p> <p><u>Atención integral de la presión</u></p> <p>Independientes</p> <p>✓ Realizar valoraciones neurovasculares, comprobando los cambios en la función motora y sensorial.</p> <p>✓ Valorar los tejidos alrededor de los bordes de la férula por si hubiese zonas ásperas o puntos de presión.</p>	<p>las arterias adyacentes, con la perdida consiguiente de riego sanguíneo distal.</p> <p>✓ Un volumen circulante insuficiente afecta la perfusión sistémica.</p> <p>✓ Se producen disminución de la sensibilidad, entumecimiento, hormigueo, o dolor difuso o de mayor intensidad cuando los nervios reciban una circulación insuficiente o están lesionados.</p> <p>✓ Estos factores pueden ser la causa o ser indicativos de presión o isquemia mística, que provoca lesión o necrosis.</p> <p style="text-align: right;">Murr, 2008</p>
<p>Evaluación: Ángel no presentó alteraciones en la función neurovascular corroborando a través de la temperatura, coloración de la piel y los pulsos periféricos durante su estancia en la UCIN</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 mayo 2012</p>	

NECESIDAD DE ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE

Diagnóstico: *Alteración de la nutrición: por defecto* r/c disminución de la capacidad del reflejo de succión m/p peso inferior en un 20% del peso al nacimiento y palidez de membranas.

Objetivo: Ángel mostrará un aumento progresivo de peso mediante la terapia nutricional por vía parenteral y enteral durante su estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Terapéutica nutricional</u> Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el estado nutricional continuamente, registrando el estado de la piel, uñas, pelo, cavidad oral. ✓ Pesar diariamente y comparar con el peso al ingreso. <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar las soluciones nutricionales a la velocidad prescrita a través del dispositivo de control de la infusión, según necesidad. Ajustar la velocidad para administrar la ingesta prescrita cada hora. ✓ Vigilar la glucemia según protocolo (cada 6 horas al iniciar la terapéutica) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrece la oportunidad para observar desviaciones de los valores de referencia del paciente y afecta a la selección de las intervenciones. ✓ Establece valores de referencia, ayuda a controlar la eficacia del régimen terapéutico y alerta a la enfermera de tendencias inadecuadas en la pérdida o ganancia de peso. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las prescripciones de soporte nutricional se basan en requerimientos calóricos y proteínicos individuales. Una velocidad constante de administración de nutrientes asegura la utilización correcta con menos efectos secundarios, como hiperglicemia. ✓ Un contenido elevado de glucosa en las soluciones puede causar fatiga pancreática, que requiere la administración de insulina complementaria para prevenir

Alimentación enteral por sonda 1E-1056

- ✓ Insertar una sonda orogastrica de acuerdo al protocolo.
- ✓ Iniciar alimentación según indicación y horario
- ✓ Irrigar la sonda posterior a la alimentación



complicaciones hiperglúcemicas.

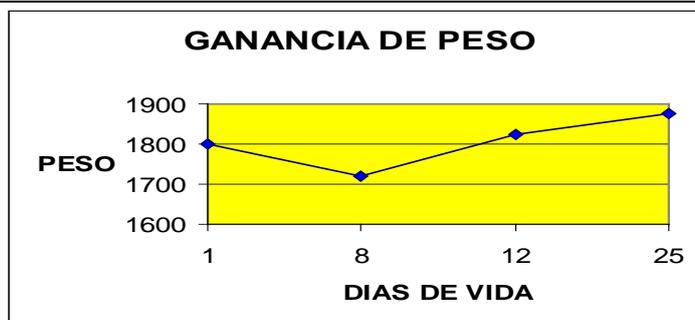
- ✓ La alimentación por sonda permite ofrecer el aporte calórico que no puede ingerir directamente por la boca y llevar su proceso de alimentación y proporcionan una alimentación directa al estomago.



Murr, 2008

Evaluación: Ángel presento aumentó de peso a partir de los 8 días de vida (1730kg) de 95kg a los 12 días y de 50kg a los 25 días con el soporte de la nutrición parenteral y alimentación por sonda de acuerdo a requerimientos, etapa de desarrollo y estado de salud.

Fecha: 5 Junio 2012



NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c tratamientos limitantes (inmovilización de la extremidad pélvica derecha) y contracturas articulares múltiples m/p incapacidad para moverse en el medio físico, disminución de la movilidad y fuerza muscular (Escala de fuerza muscular 2)

Objetivo: Ángel mantendrá una función y movilidad física mediante los cambios de posición y los cuidados de inmovilización durante su estancia hospitalaria en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Cambio de posición 1C-0840</u> Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar en la posición terapéutica especificada. ✓ Colocar en posición de alineación corporal correcta. ✓ Inmovilizar o apoyar la parte afectada. ✓ Elevar la parte corporal afectada 20° o más, por encima del corazón, para mejorar el retorno venoso. ✓ Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. ✓ Girar al paciente al menos cada 2 horas, según el programa específico. <p>En colaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Premeditar al paciente antes de cambiarlo de posición <p><u>Cuidados de tracción/inmovilización 1C-0940</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de úlceras. ✓ Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Son útiles para mantener una postura funcional de las extremidades, las manos y los pies y evitar complicaciones ✓ Mejora la fuerza muscular y la circulación, aumenta el control del individuo y favorece su propio bienestar. ✓ Una posición correcta evita el desplazamiento óseo o la extensión de la lesión. ✓ Mejora la circulación general; reduce las áreas de presión local y fatiga muscular. ✓ Se administran para reducir el dolor y los espasmos musculares. ✓ Proporciona información sobre la circulación y los problemas cutáneos, posiblemente causados por la aplicación o restricción de la férula o aparato de tracción o la formación de edema.

Inmovilización 1C-0910

Independientes:

- ✓ Apoyar con soporte la parte corporal afectada.
- ✓ Vigilar la integridad de la piel que esta debajo del dispositivo de apoyo.

En colaboración:

- ✓ Consultar con el fisioterapeuta o especialista en rehabilitación

- ✓ Favorece el drenaje venoso y disminuye el edema
- ✓ Debido a la inmovilización de las partes corporales, otras prominencias óseas distintas a las cubiertas por la escayola pueden sufrir una disminución de la circulación.

- ✓ Los ejercicios activos o pasivos mantienen la fuerza y la movilidad de los músculos no afectados y facilita la resolución de la inflamación en los tejidos lesionados.

Murr, 2008

Evaluación: Ángel mantuvo una función y movilidad física con cambios de posición cada 4 horas (establecido por la UCIN) y la movilización del miembro afectado de acuerdo a lo establecido en los cuidados de inmovilización durante su estancia hospitalaria.

Fecha: 18 mayo 2012

Diagnóstico: Dolor agudo r/c manipulación de las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores y movilización m/p cambios en la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y fruncimiento del seño

Objetivo: Ángel no mostrará dolor a la manipulación mediante las intervenciones encaminadas a la atención integral del dolor durante su estancia hospitalaria en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Atención integral del dolor</u> Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la inmovilización de la parte afectada por medio de férula. ✓ Levantar y sujetar la extremidad lesionada. ✓ Evitar el uso de sábanas o almohadas de plástico debajo de las extremidades con escayola. ✓ Observar las señales no verbales de dolor (cambios en los signos vitales y las emociones o conducta). ✓ Administrar medicamentos contra el dolor antes de realizar los cuidados. ✓ Proporcionar alternativas de confort: masaje, fricción de espalda, cambios de postura. <p>Interdependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar medicamentos, como se indique: analgésicos narcóticos y no narcóticos, antiinflamatorios no esteroideos inyectables y orales. ✓ Mantener o controlar la analgesia controlada por el paciente o bien IV continúa mediante administración periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alivia el dolor y evita el desplazamiento óseo o la extensión de la lesión hística. ✓ Favorece el retorno venoso, disminuye el edema y puede reducir el dolor ✓ Puede aumentar las molestias al elevar la producción de calor en la escayola que está húmeda. ✓ Influye en la elección de la intervención y controla su eficacia. La falta de expresión de dolor no significa necesariamente la ausencia. ✓ Favorece la relajación muscular y mejora el grado de participación del paciente. ✓ Mejora la circulación general; reduce las áreas de presión local y fatiga muscular. ✓ Se administran para reducir el dolor y los espasmos musculares. ✓ El control óptimo del dolor es básico para que la movilización y la fisioterapia sean rápidas y para mantener una concentración suficiente de analgésico, que evite

<p><u>Manejo ambiental: confort 1E-6482</u></p> <p>Independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. ✓ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo ✓ Determinar las fuentes de incomodidad (factores ambientales irritantes). ✓ Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas y apoyo de articulaciones durante el movimiento). 	<p>fluctuaciones en el alivio del dolor debidas a tensión o espasmos musculares.</p> <p>✓ Mejora la circulación general; reduce las áreas de presión local y fatiga muscular.</p> <p style="text-align: right;">Murr, 2008</p>
<p>Evaluación: Ángel mostró una disminución de sensación de dolor en un 80% a la manipulación mediante el uso de medidas para manejo del dolor y un ambiente de confort durante su estancia hospitalaria en la UCIN.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 mayo 2012</p>	

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Diagnóstico: Alteración del patrón de sueño r/c estímulos ambientales y procedimientos invasivos m/p expresiones no verbales (apertura ocular, fruncimiento del seño)

Objetivo: Ángel establecerá un patrón de acuerdo a su etapa de desarrollo mediante las actividades encaminadas a fomentar el sueño durante su estancia hospitalaria.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** 5 **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Fomento del sueño</u> Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar hábitos de sueño y los cambios producidos. ✓ Fomentar medidas de bienestar. ✓ Reducir el ruido y la luz ✓ Fomentar posturas cómodas. <p><u>Manejo ambiental: confort</u> <u>1E-6482</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo ✓ Proporcionar un ambiente limpio y seguro ✓ Determinar fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes. ✓ Ajustar la iluminación, evitando la luz directa en los ojos. ✓ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad. ✓ Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad. ✓ Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica la necesidad de acción y ayuda a determinar las intervenciones adecuadas.. ✓ Fomenta la relajación. ✓ Ofrece un entorno que produce sueño. ✓ Los cambios de posición modifican las zonas de presión y favorecen el descanso ✓ Recupera la atención, favorece la relajación, puede aumentar las capacidades de afrontamiento y disminuir la manifestación de dolor. ✓ El sueño sin interrupciones crea mayor descanso. ✓ Ofrece un entorno que produce sueño. ✓ Fomentan la relajación. ✓ Los cambios de posición modifican las zonas de presión y favorecen el descanso.

<p>irritación. En colaboración: ✓ Administración de Fentanyl 5.5 mcg c/6 horas</p>	<p>✓ Se administra para reducir el dolor y los espasmos musculares.</p> <p style="text-align: right;">Murr, 2008.</p>
<p>Evaluación: Ángel logro establecer un patrón del sueño con un ambiente de confort y el uso de medicamento por prescripción medica durante su estancia hospitalaria.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 de Mayo de 2012</p>	

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES	
<p>Diagnóstico: Protección ineficaz r/c incapacidad para protegerse de peligros ambientales m/p inmovilidad y respuestas desadaptadas a estímulos sensoriales.</p>	
<p>Objetivo: Ángel mantendrá una protección eficaz mediante la identificación de riesgos y vigilancia continua para evitar peligros durante su estancia en la UCIN.</p> <p>Fuente de dificultad: Fuerza Nivel de dependencia: 5 Prioridad: Alta</p> <p>Fecha: 16 de Mayo de 2012</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Identificación de riesgos 4B- 6610</u></p> <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener los registros y estadísticas precisos ✓ Identificar al paciente que presenta cuidados continuos ✓ Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas ✓ Determinar recursos adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas <p><u>Vigilancia: seguridad 4B- 6654</u></p> <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que conduzca a una conducta insegura ✓ Vigilar el ambiente para ver si hay peligro para su seguridad. ✓ Proporcionar vigilancia al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los factores predisponentes son factores controlables que aumentan el riesgo porque obstaculizan y alteran las defensas del huésped. Pueden realizarse intervenciones que disminuyan o modifiquen el grado de riesgo asociado a dichos factores. ✓ Los niños tienen un mayor riesgo de transmisión de enfermedades debido a: frecuencia en las enfermedades infecciosas y el contacto estrecho con otros niños.

<p>✓ Mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros del ambiente</p>	<p>Carpenito, 2003</p>
<p>Evaluación: Ángel no presentó riesgos de peligro para su salud por la identificación oportuna de peligros y la vigilancia continua para evitar peligros durante su estancia en la UCIN.</p> <p>Fecha: 18 mayo 2012</p>	

Diagnóstico: Riesgo de infección r/c vulnerabilidad, peligro ambientales y heridas o procedimientos invasivos.

Objetivo: Ángel no presentará datos de infección mediante el uso de medidas de prevención durante su estancia hospitalaria

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** Riesgo **Prioridad:** Alta

Fecha: 16 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Prevención de infecciones</u></p> <p>Independiente</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Observar los factores de riesgo para la presencia de infecciones. ✓ Observar el color, olor, aspecto del esputo. ✓ Reducir los factores de riesgo nosocomiales mediante el correcto lavado de manos, o la aplicación de productos con alcohol gel para manos. ✓ Mantener hidratación y nutrición adecuadas. <p>En colaboración</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Administrar antibióticos según se indique.	<ul style="list-style-type: none">✓ La intubación, la respiración asistida prolongada, los traumatismos, la debilidad general, la desnutrición, la edad y los procedimientos invasivos son factores que potencian el riesgo del paciente de adquirir infecciones y de prolongar la recuperación. ✓ Un esputo de color amarillo/verde, de olor purulento es indicativo de infección. ✓ Estos factores pueden ser los más sencillos, pero son los principales claves para la prevención de infecciones adquiridas en el hospital. ✓ Ayuda a mejorar la resistencia a la enfermedad y reduce el riesgo de infección. ✓ Si se produce una infección se pueden usar uno o más fármacos, dependiendo de los

Ampicilina 90mg IV c/12 horas Amikacina 27mg IV c/24 horas	microorganismos identificados. Murr, 2008
Evaluación: Ángel no presento datos de infección mediante el uso de medidas de prevención y el uso de antibióticos profilácticos por prescripción médica durante su estancia hospitalaria. Fecha: 18 mayo 2012	

NECESIDAD DE ELIMINACION	
<p>Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad intestinal e inmovilidad.</p>	
<p>Objetivo: Ángel no presentará datos de estreñimiento mediante la vigilancia del patrón intestinal durante su estancia hospitalaria</p> <p>Fuente de dificultad: Fuerza Nivel de dependencia: Riesgo Prioridad: Media</p> <p>Fecha: 17 de Mayo de 2012</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Manejo intestinal 1B-0430</u></p> <p>Independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. ✓ Observar si hay sonidos intestinales, aumento de frecuencia o disminución de los sonidos intestinales. ✓ Registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La inmovilidad dificulta la defecación a causa de la hipotonía muscular, la hipomotilidad gastrointestinal y la ausencia del efecto de la gravedad que entorpece el llenado de la porción inferior del recto y disminuye el reflejo de defecación. <p style="text-align: right;">Carpenito, 2003</p>
<p>Evaluación: Ángel presento un patrón de evacuación acorde a su edad y no presento datos de estreñimiento mediante la vigilancia del patrón intestinal durante su estancia hospitalaria.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 mayo 2012</p>	

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c transición al ambiente extrauterino y peso extremo.

Objetivo: Ángel mantendrá una temperatura corporal en parámetros normales para su edad mediante la medición constante durante su estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** Riesgo **Prioridad:**Media

Fecha: 17 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES

FUNDAMENTACION

Regulación de la temperatura

2M-3900

Independientes

✓ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.

8

✓ Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. Tener en cuenta la pérdida de calor asociada con la edad y la masa corporal.

✓ Observar el color y la temperatura de la piel.

✓ Observar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia.

✓ Colocar al recién nacido en una incubadora o calentador, si es necesario.

✓ El recién nacido es más vulnerable a la pérdida de calor que los niños de más edad debido a la mayor área superficial del cuerpo, metabolismo basal más elevado y mayor sensibilidad a las condiciones ambientales.



- ✓ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente
- ✓ Ajustar la ropa de cama y el entorno

En colaboración

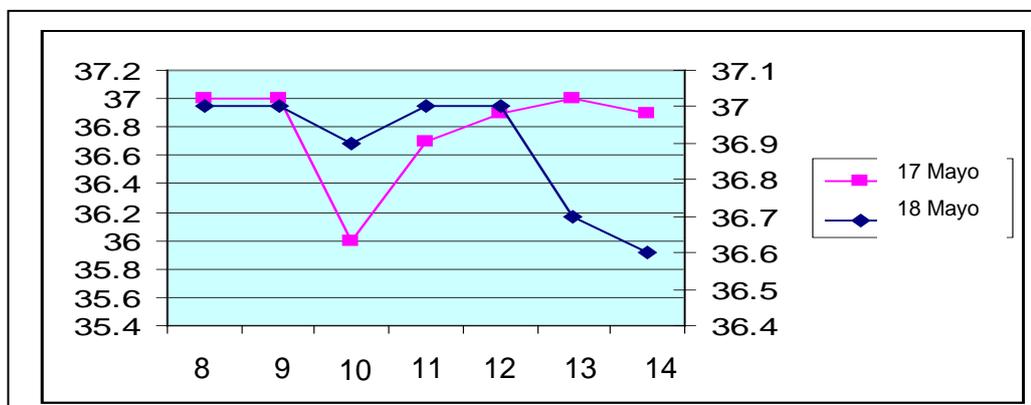
- ✓ Administrar antipiréticos

- ✓ Cierta grado de fiebre es útil para luchar contra infecciones; sin embargo, una fiebre excesiva puede tener efectos adversos y requerir intervención.

Murr, 2008

Evaluación: Ángel mantuvo una temperatura corporal entre 36 y 37°, parámetros normales para su edad mediante la medición constante de la temperatura axilar y la regulación de la temperatura en la cuna térmica durante su estancia en la UCIN.

Fecha: 18 mayo 2012



NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos invasivos; inmovilización física.

Objetivo: Ángel no presentará alteraciones en la integridad cutánea mediante la vigilancia continua de la piel y los cambios de posición durante su estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** Riesgo **Prioridad:** Media

Fecha: 17 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Vigilancia de la piel 2L- 3590</u> Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. ✓ Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. ✓ Utilizar una herramienta de evaluación para identificar pacientes con alto riesgo de pérdida de integridad de la piel (ej. Escala de Braden). ✓ Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad. ✓ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. ✓ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ✓ Observar si hay zonas de presión y fricción. ✓ Aplicar un masaje en la piel y las prominencias óseas. Mantener las sábanas secas y sin arrugas. ✓ Valorar la postura del anillo de la férula del aparato de tracción. ✓ Rotación de sensores y brazaletes cada 2 horas (intervención 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporciona información sobre la circulación y los problemas cutáneos, posiblemente causados por la aplicación o restricción de la escayola o férula o la formación de edema.

establecida en la institución).

Cambio de posición 1C-0840

Independiente

- ✓ Colocar en la posición terapéutica indicada
- ✓ Colocar en posición de alineación corporal correcta
- ✓ Elevar la parte corporal afectada
- ✓ Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas
- ✓ Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de las prominencias óseas.

- ✓ Reduce la presión constante en las mismas áreas y minimiza el riesgo de lesión cutánea.

Carpenito, 2003

Evaluación: Ángel no presentó alteraciones en la integridad cutánea mediante la vigilancia continua de la piel y los cambios de posición, rotación de sensores y brazaletes cada 2 horas durante su estancia en la UCIN.

Fecha: 18 mayo 2012

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la mucosa bucal r/c presencia de tubo endotraqueal, sonda orogastrica y aspiración orofaringea continua.

Objetivo: Ángel demostrará una integridad de la mucosa oral mediante el mantenimiento de la salud bucal durante la estancia en la UCIN

Fuente de dificultad: Fuerza **Nivel de dependencia:** Riesgo **Prioridad:** Media **Fecha:** 17 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES

FUNDAMENTACION

Mantenimiento de la salud bucal

Independientes.

- ✓ Inspeccionar rutinariamente la cavidad bucal, encías en busca de lesiones, hemorragias.
- ✓ Administrar cuidados bucales en forma rutinaria según necesidad.
- ✓ Cambiar regularmente y según necesidad la posición de la sonda.
- ✓ Administrar soluciones bucales lubricantes

- ✓ La identificación precoz de los problemas permite realizar oportunas intervenciones/medidas preventivas.
- ✓ Previene la sequedad/ulceración de las mucosas y reduce el medio de crecimiento bacteriano. Aumenta el bienestar.
- ✓ Reduce el riesgo de ulceración labial y de mucosas bucales.
- ✓ Conserva la humedad, evita la deshidratación

Murr, 2008

Evaluación: Ángel demostró una integridad de la mucosa bucal sin presencia de lesiones mediante las intervenciones especializadas de enfermería durante su estancia en la UCIN.

Fecha: 18 mayo 2012

NECESIDAD DE REALIZACIÓN	
<p>Diagnóstico: Riesgo de conducta desorganizada del lactante r/c contracturas de articulaciones y alteraciones motoras.</p>	
<p>Objetivo: Ángel mostrará una conducta lo más organizada posible acorde a limitaciones motoras a largo plazo.</p>	
<p>Fuente de dificultad: Fuerza Nivel de dependencia: Riesgo Prioridad: Media</p>	
<p>Fecha: 18 de Mayo de 2012</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Reducir los estímulos ambientales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hablar suavemente en la cabecera y solo cuando sea necesario ✓ Adecuar los estímulos ambientales (luces, sonidos, manipulaciones) ✓ Asegurar en todo momento el máximo grado de bienestar y control del dolor o cualquier sintomatología. <p><u>Reducir la conducta desorganizada durante las intervenciones activas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducir al mínimo la aferencia sensorial: emplear una voz tranquila, proteger los ojos del lactante frente a la luz, evitar al lactante los contactos innecesarios. ✓ Mantener las posturas del lactante en ligera flexión con nuestras manos y ofrecerle algo para agarrar (un dedo o la esquina de la manta suave) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los niveles de ruido de las UCIN son peligros debido al riesgo de lesión de la coclea con hipoacusia secundaria y porque existen a los lactantes que son incapaces de controlar sus respuestas. La energía que el lactante necesita para crecer y suministrar oxígeno a su cerebro se gasta en la excitación causada por el ruido. ✓ Cuando un recién nacido prematuro esta enfermo la inmadurez de su sistema nervioso central, combinada con la exposición a unos estímulos sensoriales inesperados o inapropiados y con la diversidad de personas que le atienden conducen a una desorganización y a un desequilibrio de las conductas de regulación. Los lactantes prematuros pueden tener dificultades o una desorganización en la progresión de las conductas alimenticias problemas gastrointestinales.

Educación para la salud

- ✓ Explicar repercusiones de los déficits mentales, sensoriales o motores en el desarrollo del niño a corto y largo plazo.
- ✓ Técnicas de cuidados específicos
- ✓ Técnicas de estimulación sensoriomotriz

- ✓ La identificación precoz de la aparición de la enfermedad permite una intervención rápida y puede prevenir complicaciones graves.

**Carpenito, 2003
Murr, 2008**

Evaluación: Nota: al momento de la evaluación aún no era perceptible la conducta de Ángel por lo que no se puede medir el daño y se sugiere una evaluación a mediano o largo plazo (6 meses a 1 año).

NECESIDAD DE RECREACION	
<p>Diagnóstico: Riesgo de retraso en el desarrollo r/c alteraciones genéticas (contracturas de las articulaciones y problemas motores).</p>	
<p>Objetivo: Ángel mostrará destrezas motoras o expresivas características de cada grupo de edad dentro de sus capacidades a largo plazo.</p>	
<p>Fuente de dificultad: Fuerza Nivel de dependencia: Riesgo Prioridad: Media</p>	
<p>Fecha: 18 de Mayo de 2012</p>	
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Potenciar el crecimiento</u> Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar los factores o condiciones existentes que podrían contribuir a una desviación del crecimiento, incluyendo antecedentes familiares, anomalías genéticas. ✓ Averiguar el peso del niño al nacimiento y comparar con el crecimiento actual. Medir el grado de desarrollo mediante pruebas adaptadas a la edad de desarrollo como la Prueba de Denver. ✓ Registra la edad cronológica, factores familiares (constitución corporal, estatura). Revisar las expectativas para los percentiles de estatura y peso actuales y el grado de desviación ✓ Identificar el nivel cognitivo del niño. Observar la reacción conductual del niño. ✓ Establecer objetivos realistas con el niño y los padres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El plan de cuidados se basará en los factores individuales presentes, el riesgo de la amenaza y las posibles complicaciones a largo plazo. ✓ Identifica el estado del niño en comparación con otros niños de la misma edad. Proporciona una referencia comparativa y la base para seleccionar intervenciones adecuadas al desarrollo. ✓ Ayuda a determinar las expectativas de crecimiento. ✓ La enfermedad o la lesión puede provocar un incremento temporal en el grado de dependencia o la disminución del nivel funcional. ✓ Ayuda a los padres a comprender posibles cambios en la relación con la enfermedad o problema actual.

<p>Interdependientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar con el tratamiento para tratar de corregir los trastornos subyacentes, retraso del crecimiento intrauterino ✓ Incluir a la familia, dietista y otros especialistas (fisioterapeuta) en la elaboración del plan de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La enfermedad, el ingreso hospitalario, los tratamientos, la separación de los padres o de familia, ejerce un efecto negativo sobre crecimiento y desarrollo físico y psicológico. ✓ El empleo de equipos multidisciplinares aumenta las posibilidades de desarrollar un plan de cuidados global que cubra las necesidades específicas y variadas del niño. <p style="text-align: right;">Murr, 2008</p>
<p>Evaluación: Nota: Al momento de la evaluación no se logra medir el retraso en el desarrollo se sugiere realizar una evaluación a mediano o largo plazo para tener una medición confiable del daño.</p> <p style="text-align: right;">Fecha: 18 de Mayo de 2012</p>	

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico: Riesgo de trastorno de los procesos del pensamiento r/c secuelas de daño neurológico por los eventos de paro respiratorio y cardiorrespiratorio a corto y largo plazo.

Objetivo: Ángel mantendrá la orientación habitual en la realidad y desarrollo procesos de pensamiento a largo plazo.

Fuente de dificultad: Fuerza, conocimientos

Nivel de dependencia: Riesgo

Prioridad: Media

Fecha: 18 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Estimulación cognitiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar el problema de memoria a corto plazo del paciente y ofrecer ayuda para reorientarlo continuamente. ✓ Evaluar el nivel de estrés individual y tratarlo adecuadamente. ✓ Evaluar el estado físico ✓ Pedirle que repita las instrucciones verbales o escritas. ✓ Implicar en ejercicios regulares, actividades y programas lúdicos <p><u>Facilitar el aprendizaje 3P-5520</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. ✓ Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente. ✓ Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje. ✓ Proporcionar información acorde con la posición de control del paciente. ✓ Proporcionar materiales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer orientación del tiempo y espacio lo ayudara a desarrollar procesos de pensamiento ✓ El estrés ambiental aumenta la ansiedad y distorsiona la realidad. ✓ Los métodos de control cognitivo, involucran a los procesos mentales que distraen los síntomas. Los métodos de control de conducta son respuestas que pueden distraer los síntomas. ✓ El pensamiento es un proceso funcional del cerebro que integra las experiencias de la vida diaria de la persona. La adquisición de las capacidades cognitivas, sigue un patrón sistemático de experiencias de la maduración y necesita una estimulación variada de la percepción.

educativos para ilustrar la información.



Murr, 2008
Carpenito, 2003

Evaluación: Nota: a la evaluación no se logra medir las alteraciones que podría ocasionar los eventos adversos en los procesos del pensamiento, se replanteará una nueva evaluación a mediano y/o largo plazo.

NECESIDAD DE ESCOGER ROPA ADECUADA; VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
Diagnóstico: Conductas generadoras de salud del cuidador primario para aumentar conocimientos para el vestido y acicalamiento de Ángel m/p deseo y motivación del cuidador primario	
Objetivo: El cuidador primario (mamá) conocerá los tipos de ropa adecuada acorde a la edad del paciente mediante la enseñanza del uso educado de ropa al egreso hospitalario de Ángel.	
Fuente de dificultad: Conocimientos, voluntad del cuidador primario	
Independencia	Prioridad: Baja
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p><u>Enseñanza del uso adecuado de ropa</u> Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar la edad del paciente ✓ Tener ropa adecuada a los cambios de clima. ✓ Evitar abrigarlo con demasiada ropa ✓ Enseñar técnica de vestido ✓ Disponer de prendas en una zona accesible ✓ Ayudar al vestido/acicalamiento ✓ Mantener la ropa limpia y en lugar que no tenga contacto con el polvo. ✓ Utilizar ropa preferiblemente de algodón. ✓ Ropa adecuada al tamaño del niño ✓ La ropa debe ser cambiada diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La elección de las prendas debe regirse por criterios de comodidad y seguridad para el niño y no por la belleza o la originalidad de su atuendo. <p style="text-align: right;">www.lowestpricetrafficshool.com</p>
Evaluación: El cuidador primario (mamá) conoció el tipo de ropa adecuada para vestir a Ángel acorde a su edad para su egreso hospitalario.	
Fecha: 18 de Mayo de 2012	

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS

Diagnóstico: Conductas generadoras de salud del cuidador primario y el personal de enfermería para identificar y mejorar la comunicación no verbal con Ángel m/p identificación de gesticulaciones (fruncimiento del seño) y aperturas oculares a estímulos dolorosos.

Objetivo: El cuidador primario (madre) y el personal de enfermería identificarán expresiones no verbales para comunicarse con Ángel durante la estancia en la UCIN.

Fuente de dificultad: Voluntad del cuidador primario y personal de enfermería
Independencia **Prioridad:** Baja El cuidador primario (madre)

Fecha: 18 de Mayo de 2012

INTERVENCIONES

FUNDAMENTACION

Relaciones complejas en el hospital 3Q-5000

- ✓ Estar atento a los mensajes no orales del paciente.
- ✓ Buscar la clarificación de los mensajes no orales.
- ✓ Desarrollar vías alternas de comunicación.
- ✓ Apoyar a los esfuerzos del paciente para interactuar con los demás de una manera positiva.

- ✓ Ofrece la oportunidad de desarrollar patrones de comunicación
- ✓ Transmite interés y fomenta el contacto

Murr, 2008

Evaluación: El cuidador primario y el personal de enfermería identificaron expresiones no verbales de comunicación con Ángel como fruncimiento del seño y apertura ocular, así como cambios en los signos vitales durante su estancia en la UCIN.

2.5 PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: A. G. H. E.

Edad: 5 días de vida Sexo: Masculino Fecha de ingreso: 11/ Mayo/ 2012

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

Estiramientos y movilizaciones Estas técnicas deben realizarse en períodos cortos de tiempo y varias veces al día, son vitales para evitar las contracturas articulares, se deben efectuar 3-5 veces por día, manteniendo el estiramiento por 10-20 seg., y son vitales en los 2 primeros años de vida; de ahí la importancia del entrenamiento a la familia con técnicas simplificadas aprovechando momentos como el cambio de pañal, baño y al vestirlos, deben ser suaves, eficaces, prudentes y se estira solo el final de la amplitud articular, evitando los estiramientos agresivos de la cápsula articular y tejidos blandos. Si es necesario se mantiene el estiramiento con una férula o splint.

2. Orientación dietética:

-Vigilar presencia de reflejos de succión y búsqueda

-Vigilar tolerancia a la alimentación, presencia de vómito y aumento del perímetro del abdomen.

-Aumentar cantidad de leche según prescripción médica y establecer horarios

-Preparar la formula con previo lavado de manos y hervir los biberones

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
<u>Paracetamol</u>	<u>35mg</u>	<u>PRN</u>	<u>Vía oral</u>
<u>Ranitidina</u>	<u>2.5mg</u>	<u>c/12hrs</u>	<u>Vía oral</u>

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

En caso de fiebre, no querer comer, vómitos, debilidad, piel pálida, ojos hundidos y llorosos, boca seca, llanto, irritabilidad acudir de inmediato a su unidad médica más cercana en cuando presente alguno de los síntomas y signos mencionados

5. Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc.).

El cuidador primario debe realizar los ejercicios; utilizar el juego como vía a través de la cual podemos incidir en aumentar la fuerza muscular y así obtener un esquema referencial de la postura y el movimiento, reforzar actividades motrices y funcionales que hayan sido alcanzadas.

La función de los miembros superiores, sobre todo de la mano, y la flexibilidad del codo son determinantes en la manipulación de objetos, actividades de autoayuda y alimentación; en muchos casos es necesario la búsqueda de estrategias compensadoras que ayuden al niño a ser independiente en las actividades de la vida diaria.

6. Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: 18 de Mayo de 2012

Nombre de la enfermera: Luz Alejandra Salmerón Guzmán

III. RESULTADOS

El seguimiento continuo del estado de salud y evolución del paciente durante la rotación por esta unidad permitió observar los avances del caso, donde se obtuvieron resultados favorables y algunos en proceso de mejora. Ángel logró estabilizar su patrón respiratorio en un 80% aún continuando con vía aérea artificial (traqueostomía) manteniendo una saturación por arriba del 90% y no mostrando datos importantes de dificultad respiratoria y no presento eventos adversos (paro respiratorio y cardiorespiratorio) en este periodo, cabe resaltar que este patrón fue el que se encontró más alterado en la valoración como se menciona en el análisis y jerarquía de necesidades. Sin embargo la evolución del paciente es un pronóstico aún reservado por la etapa de desarrollo en la que se encuentra y por las alteraciones a largo plazo que dejaran como secuela sus diagnósticos.

IV. CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería permite elaborar planes de intervenciones individualizados de acuerdo a las alteraciones que presente el paciente en la actualidad es un reto en la preparación profesional del personal de enfermería y base fundamental para llevar a cabo nuestras intervenciones.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el modelo de Virginia Henderson son herramientas para ofrecer intervenciones especializadas y resulta fundamental utilizar un plan que permita establecer objetivos, realizar diagnósticos de enfermería, planear, ejecutar y evaluar las acciones de enfermería encaminadas al logro de un objetivo: el paciente.

El presente estudio de caso permitió abordar al Recién nacido como un ser único, complejo y con componentes biopsicosociales y espirituales, teniendo en cuenta que todas las necesidades están estrechamente relacionadas.

En la actualidad los niños con artrogriposis plantean un desafío importante no solo para ellos mismos sino para los que lo rodean y para el personal de salud, ya que representan aún un reto por la frecuencia de aparición debido a que no es un padecimiento común.

SUGERENCIAS

La preparación continúa en nuestra profesión es la base para ofrecer intervenciones de calidad por lo que exhorto a todos a seguir avanzando y buscando nuevas y mejores formas de ofrecer cada día una atención especializada basada en los principios y valores que rigen nuestra profesión y no olvidando los derechos de los pacientes.

Crear un plan de intervenciones de enfermería es una herramienta básica en el ejercicio de la profesión por lo que la enfermera debe desarrollar un papel fundamental en la atención al paciente pediátrico y la preparación continua de esta etapa de desarrollo ayudará a conocer mejor sus características propias y de esta manera satisfacer las necesidades de los pacientes pediátricos.

V. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

1. Henderson V. (1994). La Naturaleza de la Enfermería Reflexiones 25 años después de Virginia Henderson. España: McGraw Hill Interamericana
2. Fernández F., Novel M. (2000) El Modelo de Henderson y El Proceso de atención de Enfermería. México, D.F.: Salvat. Pág. 9
3. Luis R.M.T., et al. (1998). De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona, España: Masson. Pág. 37 y 38.
4. Phaneuf M. (1993) El proceso de atención de enfermería, Cuidados de enfermería (1era edición). Madrid, España: McGraw Hill Interamericana. Pag.32.
5. García G. (1997). El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson (1era. Edición). México: Progreso.
6. Marriner T. A. y Raile A. M.(2007).Modelos y Teorías en Enfermería.(6ta edición). España: Elseiver. Pág. 55.
7. Iyer, P.W. (1995) Proceso y Diagnóstico de enfermería (3era. Edición) España: Mc-GrawHill Interamericana. Pág. 11
8. Kozier, B., et al. () Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y practicas (Vol. 1)(8ª edición) McGrawHill Interamericana. Pág. 175 y 179
9. Heather, et al.(2010) NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificación 2009-2011.España:Elsevier.
10. Griffith W. y Chistensen P. (1993). Proceso de Atención de Enfermería. México: Manual Moderno.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2009) Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) (4ª. edición).Madrid España: Elsevier.
12. Nelson (2001). Tratado de Pediatría (16ª. edición) (Vol.) España: McGraw Hill Interamericana. Pág. 2276-2277.
13. Bulechek G., Butcher H., McCloskey J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5ª. edición). España: Elsevier.

14. Carpenito L. (2003). Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica (9ª. edición). España: Mc-Graw Hill Interamericana.

15. Doengers M., Moorhouse M., Murr A. (2008). Planes de Cuidados de Enfermería (7a. edición) España: Mc-Graw Hill Interamericana.

Revistas:

1. Sánchez L. V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Revista de Enfermería IMSS. Pág.91 a 95.

2. Rodríguez B. A. y Ferrer P.M. (2001) Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería clínica. Pág.255 a 261

3. Espinosa M. V. y Franco O. M. (Enero- Febrero 2003) Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía Desarrollo Científico en Enfermería. Vol.11 (N. 1) Pág. 24 a 28

4. Zapatero G. B., et al. (2006)Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias Revista: Asociación Española de Enfermería en Urología. (Num. 97) Pág. 6 a 9.

5. Ruiz G. L. y Tovar V. M. (Septiembre 2007) Proceso de Enfermería en una paciente con insuficiencia Renal Crónica. México: Revista Desarrollo Científico en Enfermería. (Vol.15, Nº 8). Pág. 377 a 379.

6. Mariano S. N. y Espinosa M. V. (2008) Atención Especializada de Enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica México: Revista Desarrollo Científico en Enfermería (Vol. 16 Nº 6) Pág. 276 a 279.

7. Solís M. M. (2008) Proceso de atención de Enfermería en un lactante con Dependencia de Oxigenación. México: Revista Desarrollo Científico en Enfermería (Vol.16, Nº9) Pág. 414 a 417.

Internet:

1. Sierra P.M.(Marzo 2006) Paciente Pediátrico con cardiopatía congénita acianògena Mèxico: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [En línea]. Recuperado Octubre 2011, de medigraphicArtemisa.

2. Ángeles O. Y, et al. (2010) Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil influenza AH1N1, en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. Revista Enfermería Herediana. [en línea] Recuperado Octubre 2011 de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave>.
3. Mondragón R. A y Macín G. G. (2010) Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11. México: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [en línea]
4. Comisión Interinstitucional de Enfermería (Diciembre, 2001) Secretaria de Salud. México, DF. www.ssa.gob.mx
5. Cortés G. (Septiembre-Diciembre 2007).Consentimiento informado: Fundamentos y práctica (Vol.13, Num.3).

VI. ANEXOS



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE

Instructivo

El propósito de este instrumento es establecer una base de datos mediante el enfoque de las necesidades básicas para el cuidado sistemático de enfermería en el recién nacido en estado crítico. Contiene V apartados que a continuación se describen:

- I. En el primer apartado se anotan los datos de identificación más relevantes
- II. Se incluyen los datos de la familia y los factores de riesgo que pudieron influir en el estado de salud del recién nacido
- III. En este punto se describen las normas hospitalarias mínimas que la familia del recién nacido debe conocer.
- IV. Se describen los factores de riesgo personal que influyeron en el problema de salud actual del recién nacido.
- V. En este apartado se valoran las necesidades básicas del neonato grave, información que conducirá al alumno a redactar los diagnósticos de enfermería que orienten a la planeación, ejecución, y evaluación de las intervenciones de enfermería especializada tales como el control de líquido, registro y aplicación de medicamentos y el fomento de la comunicación con el equipo multidisciplinario de la salud y por último los datos relevantes, que a juicio del alumno, se incluirán para completar la información de las necesidades psicosociales del niño.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Plan Único de Especialización en Enfermería

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE

I. Identificación

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad gestacional: _____ Sexo: _____
Edad gestacional* corregida en semanas: _____ Peso al
Nacer: _____ Talla: _____
Apgar a los 5 minutos: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____ Maniobras de
resucitación: _____ Nombre de la Madre: _____ Edad de la madre _____
Nombre del padre: _____ Edad del padre: _____ Religión que profesa la
familia: _____ Domicilio: _____
Procedencia: _____ Teléfono: _____
El parto fue atendido en: _____ Servicio: _____
Registro hospitalario: _____ Informante: _____

II. Antecedentes familiares:

Estructura familiar:

Mapa Familiar



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

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aporte económico

Símbolos: Hombre Mujer Fallecimiento Paciente problema

Relaciones fuertes relaciones débiles relaciones con estrés

Características de la vivienda:

Análisis de la estructura familiar:

III. Orientación a la familia durante la hospitalización:

Horario de visita: _____ Sala de espera _____ Normas sobre la permanencia
en el servicio: _____ Orientación sobre la lactancia _____ Horario de cafetería: _____
Restricciones en la visita: _____

IV. Factores de riesgo:

a) Antecedentes obstétricos: _____

b) Factores de riesgo durante el parto: _____

Motivos de la hospitalización: _____

Exploración física: _____

V. Valoración de las necesidades básicas del recién nacido:

1. Oxigenación:

Dificultad respiratoria: ___ Retracción xifoidea: ___ Aleteo nasal: ___ Disociación toracoabdominal: ___ Quejido respiratorio: ___
Sonidos respiratorios: Ventilación ___ Ruidos disminuidos: ___ Lado derecho: ___ Lado izquierdo: ___ Sibilancias: ___ Estertores: ___ Secreciones: ___

Tipo de secreciones	Cantidad	Consistencia	Color
Orales			
Nasales			
Tubo endotraqueal			

Parámetros del ventilador: _____

Exámenes de laboratorio:

Fecha/hora	Examen	Resultados

Interacción de la necesidad de oxigenación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocados por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

Valoración de la función cardiovascular:

Frecuencia cardíaca: _____ Ritmo: regular: _____ Irregular: _____ Arritmia: _____ Soplo: _____
 No Valorable: _____ Otros: _____ Edema: _____

Pulsos	Braquial/ radial	Femoral	Temporal	Carotídeo	Pedio
Normal (N)					
Saltón (S)					
Débil (D)					
Ausente (A)					

Fecha/hora	llenado capilar	T/A Invasiva	T/A no invasiva	Hígado palpable	Otros

Tipo de alimentación: Oral: _____
 Forzada: _____ Nutrición parenteral total _____

Drenaje de la cavidad gástrica:

Fecha /Hora	Tipo de sonda	Cantidad	Características del líquido drenado

Interacción de la necesidad de alimentación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la alimentación inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

3. Eliminación

Características de la orina:

Fecha/hora	Cantidad	Color	Olor	Densidad *	Labstix

Describir las características de los genitales:

Femeninos: _____

Masculinos: _____

Micción espontánea: _____ por sonda: _____ se palpa globo vesical: _____

Estudios de laboratorio: _____

Interacción de la necesidad de eliminación urinaria no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la eliminación inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

Eliminación de heces:

Fecha /Hora	Consistencia	Color	Olor	Otros

Estudios de laboratorio:

Interacción de la necesidad de eliminación fecal no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la eliminación de heces inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

4. Termorregulación y Tegumentos

Temperatura corporal: Central; _____ Periférica: _____ Temperatura de la incubadora: _____ Temperatura de la cuna de calor radiante: _____
 Piel: Integridad: _____ Diaforesis: _____ Piel fría: _____ Húmeda: _____ Turgencia: Normal _____
 Disminuida: _____ Integridad de la piel: intacta _____ Con scoriaciones: _____ Petequias: _____
 Rash: _____ Ictericia: _____
 Fototerapia: _____

Interacción de la necesidad de termorregulación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la termorregulación inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha/ hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

5. Movimiento y postura

Valoración de la función neuromuscular: perímetro cefálico: _____
Pupilas: reactivas a la luz: _____ Ojos: limpios: _____ con secreciones: _____
Conjuntiva irritada: _____ Fontanela anterior: normal: _____ Llena: _____ Deprimida: _____
Tensa: _____ Surturas craneales: aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____
Actividad: Responde a: Estímulos: _____ Está
letárgico: _____ Alerta: _____ Irritable: _____ Dormido: _____ Irritable al llanto: _____
Presenta movimientos anormales: Simétricos: _____ Asimétricos: _____
Postura: Flexión: _____ Semiflexión: _____ Flaccidez: _____ Reflejos: Moro _____
Succión: _____ Prensión: _____ Búsqueda: _____ Dolor: _____

Estudios realizados: _____

Interacción de la necesidad de movimiento y postura no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por el movimiento y postura inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

6. Evitar los peligros

Signos de infección: _____

Complicaciones: _____

Interacción de la necesidad de evitar los peligros con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la necesidad de evitar los peligros con otras necesidades

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

7. Control de líquidos (balance Hídrico)

Fecha /hora	Ingresos	Egresos				Calorías /K/ Día	Líquidos totales	Balance
		O	E	V	D			

Código: Orina=O, Evacuaciones =E, Vómitos =V, Drenes = D

8. Medicamentos:

Fecha de inicio	Medicamento	Dosis	Vía de administración	Horario	Dilución	Suspensión

Comentarios: _____

9. Comunicación con otros profesionales de la salud:

Fecha/hora	Comentarios



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 alumno: _____ **Fecha:** _____ **Servicio:** _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

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

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

Ayuda:

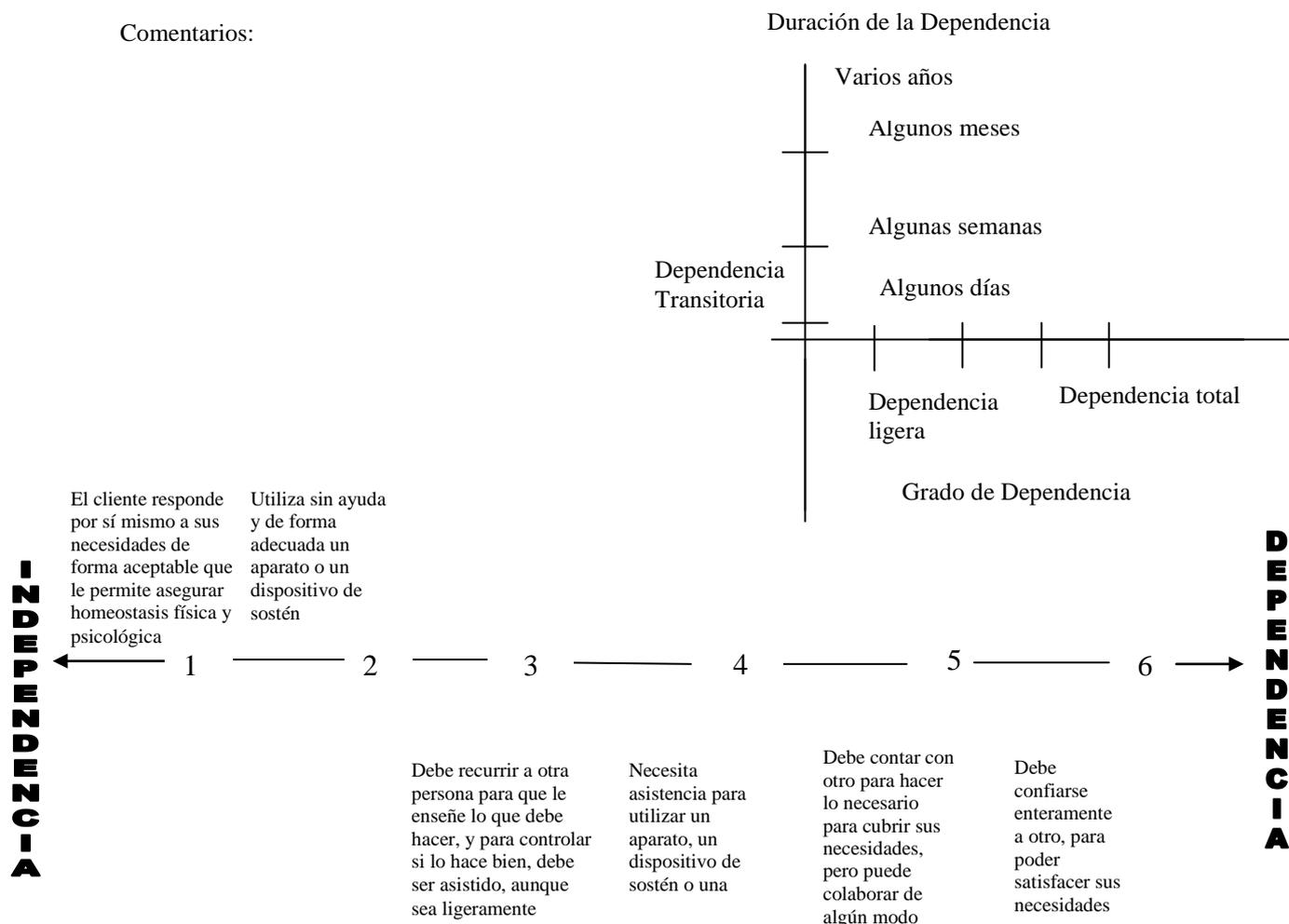
Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

-

Comentarios:



Fuente (dos gráficas): Phaneuf M, (1993), El Proceso. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana.

6.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE:
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL
BAJIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

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

cuyo _____ objetivo principal _____ es:

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

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

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma

Nombre del padre o tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

León Gto. A _____ de _____ .

ESCALA DE NORTON

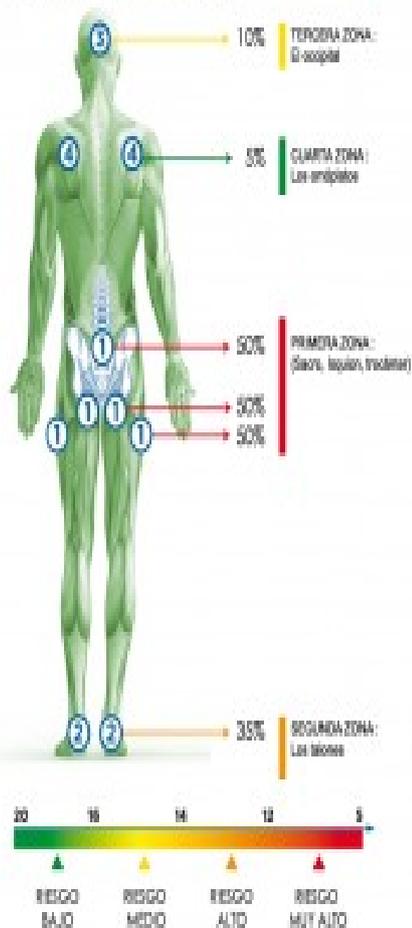
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
BUENO 4 - Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2000 Kcal. IMC entre el 20 y 25% estándar 90. - Ingesta líquidos: 1500 a 2000 cc/día (8 a 10 vasos). - Temp. corporal: de 36° a 37°C. - Hidratación: Persona que tiene peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.	ALERTA 4 - Paciente orientado en tiempo, lugar y personas - Responde adecuadamente a estímulos, visuales, auditivos y táctiles. - Comprende la información VALORACIÓN: Solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.	TOTAL 4 - El paciente es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantendrá o sustentarla	AMBULANTE 4 - Independiente total, no necesita ayuda de otra persona. Capaz de caminar sólo aunque se ayude de aparatos de un solo punto de apoyo o lleve prótesis	NINGUNA 4 - Control de ambos esfínteres - Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.
MEDIANO 3 - Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2000 Kcal. I.M.C. ≈ 20-25% estándar 80. - Ingesta líquidos: 1000-1500 cc/día (5-7 vasos). - Temp. corporal: 37° a 37,5°C - Hidratación: Persona que tiene relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.	APÁTICO 3 - Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso - Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. - Obedece ordenes sencillas - Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta y vacilante. VALORACIÓN: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.	DISMINUIDA 3 - El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos	CAMINA CON AYUDA 3 - El paciente es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas). El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia pero requiere ayuda para realizar completar o mantener algunos de ellos.	OCASIONAL 3 - No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.
REGULAR 2 - Nutrición: Persona con 2 comidas/día. Toma la mitad del menú, con 2 raciones de proteínas/día y 1000Kcal. I.M.C. ≈ 50% estándar 70. - Ingesta líquidos: 500 a 1000cc/día. De 3 a 4 vasos. - Temp. corporal: 37,5° a 38° C. - Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	CONFUSO 2 - Inquieto, agresivo, irritable, dormido - Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos - Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. - Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. - Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o personas. VALORACIÓN: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	MUY LIMITADA 2 - El paciente solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	SENTADO 2 - El paciente no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. Precisa ayuda de otras personas a través de dispositivos mecánicos.	URINARIA O FECAL 2 - No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
MUY MALO 1 - Nutrición: Persona con 1 comida/día. Toma 1/3 del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y menos de 1000 Kcal. I.M.C. ≈ 50% estándar 60. - Ingesta líquidos: - 500 cc/día, 3 vasos - Temp. corporal: +38,5°C y -35,5°C. - Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	a) ESTUPOROSO y b) COMATOSO 1 - Desorientación en tiempo, lugar y personas a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b) Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. VALORACIÓN: Presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo	INMÓVIL 1 - El paciente es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla	ENCAMADO 1 - Falta de autonomía para realizar todos sus movimientos (dependencia total). Precisa de ayuda para realizar actividades como: comer, Asearse, etc..	URINARIA + FECAL 1 - No controla ninguno de sus esfínteres

La **escala de Norton** mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlcera por presión. Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco apartados de una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran **pacientes de riesgo** a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).



ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1

ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1

MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1

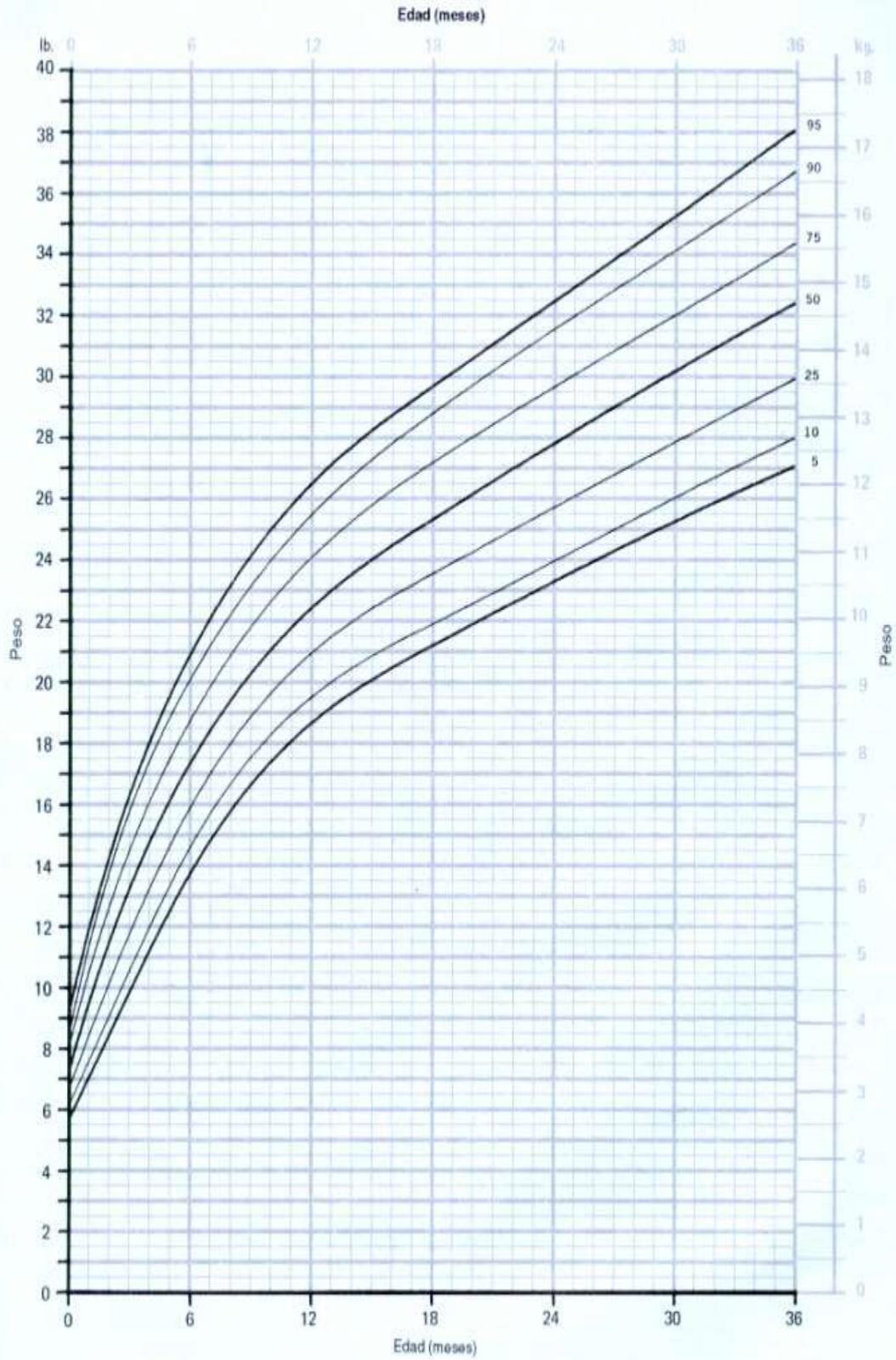
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1

INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinary o fecal	2
	Urinary y fecal	1

RESULTADO =

NIÑOS: NACIMIENTO A 36 MESES

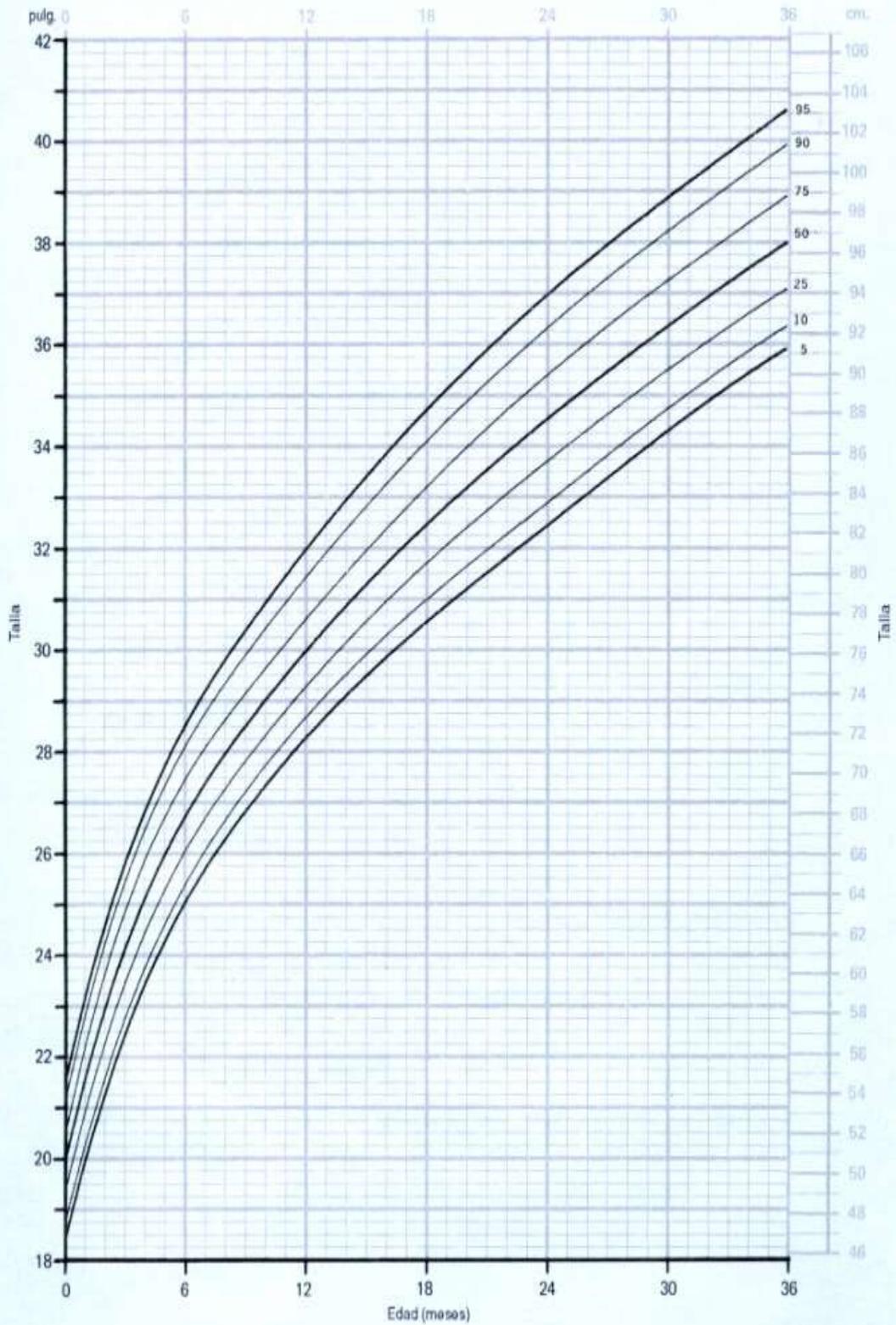
PESO POR EDAD



NIÑOS: NACIMIENTO A 36 MESES

TALLA POR EDAD

Edad (meses)



Escala de dolor



Cuadro 1. Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile). Perfil del dolor en prematuros

Procedimiento	Indicador	0	1	2	3	Puntuación
Valorar edad gestacional	Edad gestacional	> a 36 sem	32-35 sem	28-31 sem	< de 28 sem	
Observar al neonato por 15 segundos	Actitud	- Activo o despierto - Ojos abiertos - Movimientos faciales	Reposo o despierto - Ojos abiertos Sin movimientos faciales	- Activo o dormido - Ojos cerrados - Movimientos faciales	- Reposo o dormido - Ojos cerrados - Sin movimientos faciales	
Observación basal por 30 segundos						
Frecuencia cardíaca (FC)	FC máxima obtenida	↓ 0-4 latidos por minuto	↓ 5-14 latidos por minuto	↓ 15-24 latidos por minuto	↓ 25 latidos por minuto	
Saturación de oxígeno (SO ₂)	SO ₂ : mínima obtenida	0-2.4% de O ₂ ↓ la SO ₂ :	2.5-4.9% ↓ la SO ₂ :	5-7.4% ↓ la SO ₂ :	> a 7.5% ↓ la SO ₂ :	
	Cejas fruncidas	0-9% del tiempo	10-39% del tiempo	40-69% del tiempo	≥ al 70% del tiempo	
	Apretar párpados	0-9% del tiempo	10-39% del tiempo	40-69% del tiempo	≥ al 70% del tiempo	
	Contracción nasolabial	0-9% del tiempo	10-39% del tiempo	40-69% del tiempo	≥ al 70% del tiempo	
						Total

*Son 7 indicadores que dependen de la edad gestacional. El puntaje máximo total en los recién nacidos (RN) pretérmino es 21 y en los RN de término el puntaje máximo es 18.
 *Si el puntaje es < a 6 el dolor no existe o es mínimo; de 7 a 12 es moderado y > a 12 es de moderado a grave.
 *Tomado y modificado de referencia 10.

	0	1	2
Llanto	No	Consolable intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud psicológica	Dormido o tranquilo	Vigilante o inquieto	Agitado o descontrolado
Respiración	Rítmica o pausada	Rápida superficial	Arritmica
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraído
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste

RIESGO DE UPP

BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO

BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO

BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Tabla 2. Desarrollo percepción visual.

-
- 2 semanas: fija la mirada en la cara de su madre.
 - 4 semanas: sigue objeto en ángulo de 90°.
 - 3 meses: sigue objeto en ángulo de 180°. Se fija bien en elementos cercanos.
 - 6 meses: cambia la postura y busca juguetes caídos.
 - 12 meses: sigue objetos en rápido movimiento.
-

Tabla 3. Desarrollo de la localización del sonido.

-
- 3 meses: el niño gira la cabeza hacia el lado por donde oye el sonido.
 - 3 a 4 meses: el niño gira la cabeza y mira hacia la procedencia del sonido.
 - 5 a 6 meses: si el sonido procede de debajo del oído, gira la cabeza hacia un lado y después hacia abajo.
 - 6 a 8 meses: gira la cabeza en una circunferencia hacia el sonido.
 - 8 a 10 meses: gira la cabeza en diagonal y directamente hacia el sonido.
-

Escala de fuerza muscular del MRC	
Puntuación	Función motora
0	No contracción
1	Contracción que no desplaza articulación
2	Desplazamiento articular sobre plano
3	Desplazamiento articular contra gravedad
4	Movimiento contra resistencia
5	Fuerza normal