



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

**PREESCOLAR MASCULINO CON DETERIORO DE LA PROTECCIÓN,
POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

LEO. BELÉN FERNÁNDEZ PAXTIÁN.

ASESOR: EEI. VERÓNICA ESPINOSA MENESES.

MÉXICO D.F.

2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.	1
OBJETIVOS.	2
I MARCO TEÓRICO.	
1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.	3
1.2 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.	9
1.3 PROUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON.	25
1.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL CUIDADO.	40
1.5 PROCESO PATOLÓGICO.	48
II METODOLOGÍA.	
2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.	57
2.2 PROCESO DE VALORACIÓN.	62
2.3 PROCESO DE DIAGNÓSTICO.	62
2.4 PLANEACIÓN.	65
2.5 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.	66
III CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	159
BIBLIOGRAFÍA.	160
ANEXOS	
1 Instrumento de valoración clínica.	165
2 Formato para el plan de alta.	178
3 Hoja de reporte diario.	180
3 Hoja de consentimiento informado.	182

AGRADECIMIENTOS.

A MI DIOS.

PORQUE NUNCA ME ABANDONA.

LIC. ENF. MARGARITA ELOY AGULAR.

JEFE DEL CLINDI DEL HIMFG.

POR SU VALIOSA APORTACION PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO DE CASO.

ELISA Y LUIS.

POR SU PACIENCIA, SU COMPRESIÓN Y SU AMOR.

A MI MADRE.

POR TU APOYO INCONDICIONAL HOY Y SIEMPRE.

INTRODUCCIÓN.

El ser humano es un ser único integrado por varias esferas importantes. Cada una interactúa en su bienestar y por lo tanto en su desarrollo físico, emocional, social, espiritual e intelectual.

Como es bien conocido por el profesional de Enfermería, el desempeño de su cuidado debe estar encaminado al mantenimiento de esta homeostasis, para lo que debe estar capacitado y ofrecerlo en todo momento con calidad, calidez y teniendo en cuenta los principios éticos, morales y legales que conllevan la profesión.

El presente estudio de caso, es realizado durante la especialidad de enfermería infantil en un escolar con virus de inmunodeficiencia humana. Inicia con la búsqueda y consulta de 12 estudios de caso publicados, de diferentes instituciones nacionales e internacionales, que aplican el proceso de atención en base a la filosofía de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

Se continúa con la descripción de lo que es el proceso de atención de enfermería en cada una de sus etapas, así como un marco teórico con los principales conceptos de Virginia Henderson. Se abordan las consideraciones éticas, importantes en el cuidado de enfermería; y posteriormente se recopila información sobre el proceso patológico para continuar con la metodología del proceso de atención, en el que se describe el caso de estudio, el proceso de valoración y proceso de diagnóstico.

Posteriormente, se aplica dicha metodología al paciente, para determinar las necesidades prioritarias del preescolar y las estrategias adecuadas para su cuidado, plasmadas en un plan de intervenciones. Finalmente, cada estrategia seleccionada es evaluada, con base a las respuestas del paciente y los objetivos planteados, para la elaboración del caso clínico.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

A través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, orientado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson; proporcionar cuidado especializado de enfermería a las necesidades que se encuentren en dependencia, en el niño con Virus de Inmunodeficiencia Adquirida; teniendo en cuenta la edad y etapa de desarrollo, así como las fuentes de dificultad presentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Realizar la valoración de las 14 necesidades básicas para determinar el nivel y grado de dependencia o independencia en cada una.

Elaborar Diagnósticos de Enfermería reales, potenciales, de riesgo o de salud según se requiera, de las 14 necesidades del paciente.

Elaborar un plan de cuidados que ayude a la recuperación de independencia del paciente; o bien como acompañante, tanto con el paciente como con el familiar, para una muerte tranquila.

Ejecutar las intervenciones de enfermería, planteadas de forma adecuada y segura, tanto para el paciente como para el profesional.

Evaluar los resultados obtenidos a través de las intervenciones de enfermería realizadas, para determinar el nivel de independencia alcanzado, corregir o darlo por concluido.

I MARCO TEORICO.

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.

Para la realización del presente caso clínico, se realiza la búsqueda y consulta, de 12 casos con aplicación del proceso de enfermería y basados en el modelo de Virginia Henderson aplicados en pacientes pediátricos, que se mencionan a continuación.

En 1999 la revista de Enfermería clínica, publica un artículo de la Lic. María del Carmen Partera Luque,¹ titulado “Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y relación de ayuda a la madre”, en un hospital de España; en el cual se desarrolla el proceso de atención por necesidades según el modelo de Virginia Henderson, a una escolar de 5 años durante 35 días, con problemas de colaboración; elabora diagnósticos de enfermería reales y de riesgo incluyendo la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para este plan, se omiten las necesidades que no presentan manifestaciones de dependencia, y las que aun teniendo, son comunes en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). De esta manera los resultados obtenidos son satisfactorios tanto para el paciente como el logro de la independencia o desvinculación de la madre con el equipo interinstitucional. Partera menciona la escases de publicaciones por la sociedad de enfermería, pues por medio de éste medio se podrían interactuar los modelos ocupados en cada institución y poder discutir su aplicabilidad, sus limitaciones y funcionalidad.

En el 2001, es publicado por la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el caso clínico titulado “Cuidados Básicos de un paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Postura”, realizado durante el lapso del curso de especialidad de la Lic. Virginia Sánchez León² en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG); a un adolescente masculino de 13 años con desplazamiento epifisiario femoral bilateral. La recolección de datos se realiza a través de un instrumento diseñado que hace énfasis en la exploración física, utilizando el método clínico, llevando a un análisis cualitativo tomando como variables las 14 necesidades de Henderson, de donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de acuerdo al grado de independencia-dependencia, para posteriormente planear, ejecutar y evaluar, cada una de las intervenciones de enfermería; además de una carta de consentimiento informado con autorización

¹Partera Luque M. Carmen 2003. Revista Enfermería Clínica “Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre” vol.13 num.5, 2003 pp.313-320.

²Sánchez León Virginia 2001. Revista de Enfermería IMSS “Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura”, Vol9 Num.2, pp.91-96

de los padres. Sánchez realiza 13 seguimientos para la valoración de la necesidad afectada y reconocimiento de fuentes de dificultad; los diagnósticos y los objetivos derivados a su vez, garantizaron intervenciones de cuidado humanizado, independiente e integral, que hicieron posible la independencia parcial del paciente. Así Sánchez, señala que gracias a la metodología se logran identificar los problemas básicos del adolescente y realizar un plan de intervenciones para la resolución de las necesidades alteradas. Acto que sin duda cambia la práctica tradicional de enfermería.

En un hospital de Coruña España, se realiza “El proceso de Atención y la Relación de Ayuda en Enfermería Clínica”, por la Lic. Ángeles Pardavila Ferrer,³ publicada en la revista Cultura de los Cuidados en 2003. En él aborda a una lactante menor de 11 meses de edad con diagnóstico de cardiopatía congénita y Síndrome de Down, en quien se realiza la valoración según el modelo de Virginia Henderson, definiendo los diagnósticos enfermeros por la taxonomía NANDA y adaptados al programa informático de Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA). La autora concluye con la necesidad de dirigir un enfoque de relación de ayuda en la aplicación del PAE a partir de un modelo conceptual, la necesidad de una formación adecuada para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas. Enfatiza la importancia del trabajo en equipo y apoya la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal, de los usuarios y de los profesionales.

En la revista, Enfermería Universitaria en el 2004, se publica “Proceso del Cuidado a un Preescolar con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)”, aplicado por la Lic. María Amalia Benítez Trejo⁴ durante un año escolar de especialidad en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), a un preescolar de 4 años de sexo masculino, con VIH positivo. Con 8 valoraciones focalizadas contemplando las 14 necesidades de Virginia Henderson y expediente clínico, se estructuran diagnósticos pertinentes con formato Problema Etiología y Signos y Síntomas (PESS), el sistema de notación de la NANDA, intervenciones independientes e interdependientes de acuerdo al grado o nivel de dependencia y un plan de alta. La evaluación se enfocó en los objetivos conseguidos y las necesidades satisfechas. Benítez considera que el proceso complementado con el modelo de Henderson, permite la valoración continuada y específica de las necesidades básicas, fuentes de dificultad y problemas de dependencia, así como la obtención de datos objetivos y subjetivos y el grado de dependencia o

³ Ferrer Pardavila Ángeles y Cols. 2003 Revista Cultura de los Cuidados “Teoría y Métodos El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda, en la Enfermería Pediátrica. Vol. 13 Año 3 pp.52-62.

⁴ Benítez Trejo Ma. Amalia 2004. Revista Enfermería Universitaria “Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH” Vol.1 Num.3, Año1 pp.13-23.

independencia para una atención integral y específica. También menciona el insuficiente compromiso del personal de quien recibe atención y plantea la satisfacción de necesidades a largo plazo, lo cual dificulta su seguimiento.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en abril del 2006, publica en la Revista de Enfermería Cardiológica un artículo titulado: “Paciente Pediátrico con una Cardiopatía Acianógena”, por la Lic. Magdalena Sierra.⁵ En el que refiere el estudio de caso aplicado a un lactante menor masculino postoperado de coartectomía con sección y sutura del conducto arterioso; de la misma manera, éste se basa en el método enfermero con el modelo conceptual de Virginia Henderson e implementado con la taxonomía NANDA, para el reconocimiento de patrones, necesidades y problemas específicos y con la finalidad de proporcionar atención y cuidado de alta calidad y con alto sentido humano. Sierra, está de acuerdo con la aplicación y finalidad del plan de atención en beneficio del paciente, sin embargo la situación en la que él se encuentra, por la estancia prolongada y la inestabilidad hemodinámica, dificulta la intervención del equipo multidisciplinario en el alcance satisfactorio de los objetivos planteados.

En Agosto del mismo año y en misma revista, es publicada por la Lic. Luz María Cruz López,⁶ el “Plan de Cuidado en un Paciente con Cardiopatía Congénita Cianógena por Ventrículo Único”, en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. La finalidad es aplicar un plan de intervenciones de enfermería de alta calidad y calidez, con enfoque teórico del modelo de Virginia Henderson, a una paciente femenina de 51 días de vida con diagnóstico médico de ventrículo único. Con la obtención de datos a través de la entrevista, la exploración física y realización de diversos métodos de diagnóstico suplementario, las necesidades alteradas detectadas fueron satisfechas en ese momento, no siendo así para el pronóstico de vida. Con esto, la autora sugiere que a través del PAE se logran optimizar las actividades, con el objetivo de satisfacer al máximo las necesidades de este tipo de pacientes y proporcionar apoyo a los familiares para una mejor aceptación del pronóstico y tratamiento médico.

En julio del 2008, en la revista Desarrollo Científico de Enfermería, se publica el artículo de “Atención Especializada de Enfermería Para Una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica”, por la Lic. Natividad Mariano Sánchez⁷ en el HIMFG. Dicho caso se aplica a una adolescente de 11 años, con diagnóstico base

⁵Sierra Magdalena 2006. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica “Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Acianógena” Vol.14 Num.1, pp.16-23

⁶Cruz López Ma. Elena 2006. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica “Plan de Cuidados en un Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Cianógena por Ventrículo Único” Vol. 14 Num.2, pp56-61

⁷Sánchez Natividad Mariano 2008. Revista Desarrollo Científico de Enfermería “Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica” DesarrolloVol.16 Num.6, pp-276-279

de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), cursando 36 horas de posoperatorio por amputación bilateral de miembros pélvicos. El objetivo del Proceso de Atención, es utilizado en conjunto con el modelo de necesidades de Virginia Henderson. La recopilación de datos se realiza por medio de la historia clínica, consentimiento informado, entrevistas directas con la paciente, expediente clínico, personal de salud, referencias bibliográficas, esquemas gráficos propuestos por Phaneuf, observación y exploración física, así como la aplicación del instrumento diseñado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, para el reporte clínico diario. Las intervenciones se aplican en relación a Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), logrando efectuar las actividades con éxito, a pesar del estado de ánimo de la paciente. Finalmente concluye con la importancia del modelo de Virginia Henderson en conjunto con el Proceso de Atención, pero sobre todo, la importancia de los conocimientos del profesional de enfermería para aplicarlo.

En el mismo año, en la revista *Enfermería en Cardiología*, se publica el “Plan de Cuidados al Niño con una Cardiopatía Congénita”; utilizando NANDA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Es llevado a cabo por el Lic. Alfonso Fernández S.⁸ en un hospital de Barcelona, aplicado a un paciente masculino de 8 meses de edad en situación de postoperatorio inmediato, con diagnóstico inicial de Comunicación Auriculo-ventricular. La valoración del niño y de los familiares se realiza en base a las 14 necesidades de Henderson que permite el planteamiento de diagnósticos reales y de riesgo. Apoyándose en la NANDA, NIC y NOC; se presenta el plan de cuidados que resulta satisfactorio antes de terminar la jornada laboral. Fernández expresa la importancia del uso de un lenguaje enfermero común y estandarizado, el uso de herramientas informáticas y los valores humanistas para favorecer la atención personalizada que necesitan los pacientes.

En la revista *Desarrollo Científico de Enfermería* en 2008, publica de María Eugenia Solís Mohena⁹ el Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con Dependencia de Oxigenación en un hospital privado del D.F; a un lactante de 1 año con diagnóstico médico de bronquiolitis. El proceso se realiza con el modelo conceptual de las 14 necesidades. Con obtención de datos objetivos y subjetivos extraídos de entrevistas, con el cuidador principal, expediente clínico y exploración física; haciendo uso del continuum independencia-dependencia, y grado de duración de la dependencia. Las acciones de enfermería fueron planteadas para resolver en 24 hrs con éxito. Solís considera el modelo de

⁸Fernández S. Alfonso 2008. *Revista Enfermería en Cardiología*. “Plan de Cuidados al Niño con una Cardiopatía Congénita; utilizando NANDA, NIC y NOC” Núm.44, 2º.Cuatrimestre pp.33-36

⁹Solís Mohedano Ma. Eugenia 2008. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería* “Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación” Vol. 16 Núm.9 pp.414-417.

Henderson como adecuado para aplicarlo en el Proceso de Atención, sobre todo en el área de pediatría, además de permitir un lenguaje propio de la enfermera que pueda llevar un seguimiento durante la estancia hospitalaria y posteriormente del alta.

En el año 2009, la revista Enfermería Clínica, da a conocer el estudio aplicado en un Hospital de España, por el Lic. Jesús D. Pastor Rodríguez¹⁰ titulado: "Recién Nacido Prematuro: Apropósito de un Caso". Dicho estudio se realiza durante 125 días de estancia hospitalaria, de una recién nacida de 27 semanas de edad gestacional a consecuencia de preeclamsia materna. El plan de cuidados basado en el modelo de Virginia Henderson integra tanto a la niña como a sus padres, utilizando los diagnósticos NANDA, las intervenciones según la clasificación de intervenciones de enfermería, y los resultados según la clasificación de resultados de enfermería. Gracias al plan de cuidados planteado y a las intervenciones que se realizaron sobre la paciente por parte de todo el equipo multidisciplinario que trabajo en la unidad, se consiguieron resultados favorables, por lo que concluye que la aplicación de un plan de cuidados estandarizado, con una valoración rigurosa de los padres y del paciente, es adecuado e ideal para la atención de la misma paciente, a pesar de las secuelas inherentes a su patología y de las dificultades que se presentaron durante la evolución, para la ejecución de las intervenciones. Actualmente está en continua revisión, añadiendo nuevos conceptos y basándose en nuevas evidencias científicas.

En Abril del 2010, La revista Desarrollo Científico de Enfermería, publica el "Proceso de Enfermería en Adolescente Embarazada con el Referente Teórico de Virginia Henderson", realizado por la Mtra. Lucely Maas Góngora y cols.¹¹ En una institución de salud de Ciudad del Carmen, Campeche, en la que aborda la situación de salud de una adolescente de 13 años embarazada. El objetivo fue pilotear la propuesta de Luis Rodrigo et. al. y siguiendo este supuesto, construir la valoración de enfermería, e identificar las manifestaciones de dependencia e independencia, mediante la discriminación de características definitorias, permitiendo establecer cuantas de las 14 necesidades se encontraban afectadas. El plan se realiza basado en las manifestaciones de dependencia e independencia más relevantes, encontradas mediante el pensamiento reflexivo y el juicio clínico, a través de la entrevista y desplegar los diagnósticos de dependencia de la NANDA, los resultados esperados están apoyados en NOC, Las intervenciones y

¹⁰Pastor Rodríguez Jesús D. 2009. Revista Enfermería Clínica "Recién Nacido Prematuro: a Propósito de un Caso" Vol. 20 Num.4, pp255-259.

¹¹Lucely Maas Góngora y Col. 2010. Revista Desarrollo Científico de Enfermería, "Proceso de Enfermería en Adolescente Embarazada con el Referente Teórico de Virginia Henderson" Desarrollo Vol.18 Núm.3, pp131-134

actividades se apoyan en NIC para finalmente fundamentar. Para la Mtra. Maas, la propuesta de Luis Rodrigo et. al. facilita la aplicación del proceso enfermero y propicia la vinculación teórica-práctica necesaria en la profesión. Propone su aplicación continua para lograr el dominio, así como la formación de profesionales en quienes se propicien los conocimientos y habilidades para desarrollar el pensamiento reflexivo y el juicio clínico.

En diciembre del 2010. La Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, presenta la publicación de un “Proceso Enfermero de un Adolescente que Presenta Alucinaciones por Síndrome de Deleción 22q11”, elaborado por la Lic. Adriana Mondragón Romero¹² en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; con el objetivo de desarrollar un plan de intervenciones de enfermería específica, oportuna y de calidad a un adolescente de 14 años, con síndrome de deleción 22q11 que presenta alucinaciones. En base a las necesidades de Virginia Henderson y el análisis de las principales necesidades alteradas, identificadas a través de la valoración, permitió establecer el estado de salud, las causas de dependencia, nivel de relación y la elaboración de diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA; de esta manera, planea una atención individualizada y aplica los cuidados específicos para la satisfacción de dichas necesidades. Todos sus cuidados fueron ejecutados con buenos resultados, dirigidos hacia el cuidador primario. La licenciada propone la importancia del conocimiento enfermero sobre este tipo de complicaciones, ya que éstas se atienden en consulta externa, por lo que considera que permite dar seguimiento con un plan individualizado.

Los 12 estudios de caso que se han presentado, demuestran la importancia del ejercicio enfermero con una base científica pero sobre todo, el basarse en un modelo conceptual para su realización. Ellos han demostrado como el modelo de Virginia Henderson es adecuado para adaptarse en el área de pediatría, por las 14 necesidades fundamentales, por los conceptos que en él se refieren, los postulados y el rol de enfermería, cabe también mencionar, la relación de dependencia –independencia de Phaneuf, y de la misma manera, el poder contar con la NANDA, NIC y NOC. Estas son unas herramientas fundamentales para nuestra profesión, sin embargo estamos de acuerdo, que ya desde hace mucho tiempo, la enfermería empezó a desviar su principal objetivo, para convertirse en hacedora, y en estos tiempos la divulgación de este tema se convierte en la punta inicial para retomar el lugar que ocupa nuestra profesión, el conocimiento de los modelos de enfermería y del Proceso de Atención, son fundamentales y propios de la enfermería, para terminar con prácticas tradicionalistas, así como también la

¹²Mondragón Romero Adriana 2010. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica “Proceso Enfermero de un Adolescente que Presenta Alucinaciones por Síndrome de Deleción 22q11” Vol.18 Núm.3, pp.82-86.

importación del conocimiento en las generaciones venideras, el pensamiento reflexivo y el juicio clínico, la coordinación de un trabajo en equipo, la responsabilidad con el paciente y su familia como una unidad, la interacción con ellos y el conocimiento propio de la enfermera para el cuidado de cada uno de los padecimientos y sus complicaciones y a su vez enfocarlo en cada persona como caso único. También el cuidado de la salud del paciente más allá de los muros de un hospital, quiero decir, las actividades de capacitación y apoyo para los cuidadores primarios, hablando del paciente pediátrico y su etapa de crecimiento y desarrollo en la que se encuentre, pues habrá más de un caso en que sean dependientes completos de sus padres.

Todos nuestros autores consultados, concuerdan en sus conclusiones, y por su puesto el integrar las actividades con la tecnología no solo en el cuidado, sino también para la difusión de este tipo de documentos completos, pues de esta manera, el análisis crítico nos ayuda a mejorar y crear la estandarización y el lenguaje universal, que es la ambición más grande de la enfermería mundial.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

CONCEPTO.

El Proceso de Atención Enfermería (PAE) es el sistema de la práctica de 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 salud. Yura y Walsh (1988) afirman: "El PAE, es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el estado óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el PAE debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible."¹³

Es una forma dinámica y sistematizada, de brindar cuidados humanísticos y eficaces, centrados en unos objetivos (resultados). También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.¹⁴

¹³ P.W Iyer (1997), Proceso y Diagnostico de Enfermería 3ª edición Mc Graw-Hill Interamericana México. Pp. 10

¹⁴ Alfaro Rosalinda (2003) Aplicación del Proceso Enfermero Fomentar el Cuidado en Colaboración, 5ª edición Elsevier Masson Barcelona España. Pp. 4

Es un proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utiliza para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada.¹⁵

Es sistemático como el método de solución de problemas que consta de 5 pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo. Es dinámico a medida que se adquiere experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los mismos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Es humanístico, se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario, considerando mente, cuerpo y espíritu. Y finalmente, está centrado en los objetivos (resultado) pues los pasos del proceso están diseñados para centrar la atención. En sí, la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.¹⁶

OBJETIVO.

El objetivo principal es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y de la comunidad, el proceso consiste en una interacción entre el cliente y el profesional, con el cliente como centro de atención, el profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.¹⁷

VALORACIÓN

Primer paso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Es el proceso organizado y sistemático de recolección de datos a partir de diversas fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. Hay dos tipos principales de valoración.

Valoración de datos básicos, (inicio de los cuidados. Información general que se reúne en el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos de su estado de salud. Hay tres factores principales que influyen en el diseño de instrumentos en cuanto a información que se requiere.

¹⁵Phaneuf M. 1999. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, 1ª edición Mc Graw-Hill Interamericana México. Pp.53

¹⁶ Alfaro (2003), Óp. Cit. pp. 4

¹⁷ Iyer (1997), Óp. Cit. pp.11

- a) Las necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica.
- b) El marco de referencia enfermero adoptado en el centro.
- c) Estándares de cuidados para la valoración, como lo definen las agencias o asociaciones profesionales.

Valoración focalizada: Datos que se reúnen para determinar el estado de un aspecto específico. Puede hacerse como parte de una recopilación general de los datos básicos, o sola, para controlar problemas concretos o aspectos específicos de los cuidados.¹⁸

La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería. Durante la valoración se recopilan 4 tipos de datos.¹⁹

Tipos de datos.

1.-Datos subjetivos.

Es la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos; no puede ser determinada por el profesional de enfermería con la independencia de la interacción o comunicación con el individuo. La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente (la familia, los consultores y otros miembros del equipo multidisciplinario), puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

2.-Datos objetivos.

Información observable y mensurable. Habitualmente esta información se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física del cliente, como los signos vitales.

Durante la valoración del cliente se deben considerar los datos subjetivos como los objetivos, a menudo estos datos se justifican entre sí.

3.-Datos históricos.

Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del cliente y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual.

¹⁸ Alfaro (2003), Óp. Cit. pp.37-38

¹⁹ Iyer (1997), Óp. Cit. pp.35

4.-Datos actuales.

Se refieren a los acontecimientos que están sucediendo en este momento (Tensión arterial, vomito o dolor posoperatorio). Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

Fuentes de información.

Durante la base de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes primarias y secundarias.

- a) *PRIMARIAS*: El cliente es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Los datos son precisos como la percepción y sensación personal del paciente sobre salud y enfermedad, se identifican objetivos y problemas más concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.
- b) *SECUNDARIAS*: Son todas las demás que no sean del propio cliente. Se utilizan en aquellas situaciones en las que no pueda participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el cliente. Se consideran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las respuestas del cliente.²⁰

Métodos de recolección de datos.

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante la valoración de enfermería, que proporcionan un enfoque lógico sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios, para el posterior diagnóstico y planificación de los cuidados.

- a) *ENTREVISTA*: Es un proceso complejo, que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas, enfocada a la identificación de las respuestas del cliente que se puede tratar a través de actuaciones de enfermería. Es un proceso dirigido diseñado para permitir que tanto el personal como el cliente den y reciban información. Consta de tres segmentos: introducción, cuerpo y cierre.

²⁰ Iyer (1997), Óp. Cit. Pp. 36-38.

- b) *OBSERVACIÓN*: Consiste en el uso de los sentidos, exige disciplina y práctica y una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos de la vista, oído olfato y sensibilidad. Las observaciones identificadas pueden ser indicios positivos o negativos.
- c) *EXPLORACIÓN FÍSICA*: Comprueba los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre la enfermera y el cliente. En ella se define la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad y sus repuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería, por lo que establece los datos básicos para la evaluación de la eficacia de éstas. Se utilizan cuatro técnicas concretas: inspección, palpación, percusión y auscultación.²¹

Validación de la información.

La validación o verificación de que la información de que se dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico; con ella se evitan asunciones, omitir información pertinente, malinterpretar situaciones, extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada y cometer errores en la identificación de los problemas.²²

En esta fase, el profesional intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos, esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con el cliente o sus seres queridos, consultando con otros profesionales de la atención sanitaria o comparando los datos con una referencia autorizada.

Organización de los datos.

Es un principio del pensamiento crítico que refuerza la capacidad de obtener una imagen clara del estado de salud. Si se usa un instrumento de valoración bien diseñado, funciona como guía para anotar claves relacionadas, no obstante, estos no organizan toda la información. Sin embargo, todos ellos son útiles cuando se identifican diagnósticos enfermeros, porque tienen un enfoque holístico y agrupan datos relacionados sobre patrones de funcionamiento y respuestas humanas, en vez de dar solo patrones de funcionamientos de órganos y sistemas.

Identificación de patrones.

Una vez reunida la información relacionada, inician impresiones de patrones de funcionamiento humano, que se deben comprobar, y decidir si esos patrones son realmente lo que parecen, lo que determina qué es relevante, formar juicios

²¹ Iyer (1997), Óp. Cit. Pp.40-63.

²² Iyer (1997), Óp. Cit. Pp.102.

tentativos sobre lo que podrían sugerir los datos y centrar la valoración para obtener más información, que permita comprender plenamente la situación.

Informes y anotaciones.

Fase final de la valoración. Informar a tiempo de los datos anormales acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas urgentes. Anotar los datos promueve la continuidad, la exactitud y el pensamiento crítico.

Se debe informar todo lo que se sospeche pueda ser anormal (comparando la información con los estándares de normalidad aceptados y que los datos no se encuentren dentro de estos límites de normalidad).²³

DIAGNÓSTICO.

Es la segunda fase del PAE. Es una función intelectual compleja.

Un diagnóstico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. Esta definición se aplica independientemente de que la persona que diagnostica, sea un personal de la atención sanitaria, además de que posee cierto nivel de experiencia. El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud (ANA 1980). La habilidad de la enfermera, desarrollada como resultado de la educación y la experiencia, identifica aquellas funciones que se pueden ordenar de forma independiente, sin que sea necesaria la colaboración con el médico ni con otros profesionales de la atención sanitaria. Estas funciones incluyen enfoques preventivos y enfoques correctivos.²⁴

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar.

1. *REAL*. Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida. Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnóstico.
2. *DE ALTO RIESGO*. Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Incluyen factores de riesgo que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema. Los

²³ Alfaro (2003) Óp. Cit. Pp.64-73.

²⁴ Iyer (1997) Óp. Cit. Pp. 94-95.

datos de la persona, contienen evidencias de factores relacionados (de riesgo) del diagnóstico, pero no hay evidencias de las características definitorias.

3. *POSIBLE*: Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnóstico, pero su intuición le dice que el diagnóstico puede estar presente.
4. *DE BIENESTAR*. Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado. Se basa en reconocer cuando los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica.
5. *DE SINDROME*: En la NANDA actualmente hay dos síndromes diagnósticos <síndrome de desuso y síndrome traumático de violación>. Se usa cuando el diagnóstico está asociado con un grupo de otros diagnósticos.²⁵

Componentes de la etiqueta diagnóstica.

- a) *Título (etiqueta) y definición*. Una descripción concisa del problema.
- b) *Características definitorias*. Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados a ese diagnóstico. (los de riesgo no tienen características definitorias). Respuesta humana de interés en particular, identificada por el personal de enfermería durante la fase diagnóstica y basándose en los datos de valoración.
- c) *Factores de riesgo (relacionados)*. Factores que pueden causar o contribuir al problema. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree puedan ser la causa de la respuesta observada en el cliente o que contribuyan a ella.²⁶

Reconocer los diagnósticos enfermeros de reales, de riesgo y posibles requiere la comparación de los datos de la valoración de la persona con definición, características definitorias y factores relacionados de los diagnósticos cuya sospecha existe.

Directrices para la redacción.

Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.

²⁵ Alfaro (2003) Óp. Cit. Pp. 107.

²⁶ Iyer (1997) Óp. Cit. Pp. 125-138.

Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.

Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejable.

Redactar los diagnósticos sin juicios de valor.

Evitar la inversión de los enunciados de diagnósticos.

Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.

Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.

Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.²⁷

Errores en el diagnóstico.

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

- a) *DATOS INCORRECTOS O INCOMPLETOS*. Son varios de los factores que pueden interferir en la recopilación de datos, siendo alguno de ellos los problemas de comunicación, la ocultación de información y las distracciones o interrupciones.
- b) *INTERPRETACIÓN ERRONEA DE LOS DATOS*. Es originada por la utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras y por permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.
- c) *FALTA DE CONOCIMIENTO CLÍNICO O DE EXPERIENCIA*. El personal inexperto, puede pasar por alto importantes datos de valoración debido a la insuficiencia de sus conocimientos clínicos.

Después de desarrollar y confirmar la exposición de un diagnóstico de enfermería, el profesional lo documentará en el registro clínico del cliente, se deberán seguir las políticas o directrices institucionales. Lo más habitual es que se documenten en el plan de cuidados, en las notas de enfermería, en las notas de evolución, resúmenes de alta y en los formularios de interconsulta. Se deben revisar periódicamente, y según sea necesario, modificar o eliminar.

²⁷ Iyer (1997) Óp. Cit. Pp. 138-142

El uso de diagnósticos enfermeros es la clave para el futuro de los diagnósticos enfermeros profesionales basados en la evidencia. Por lo que es preciso que se conviertan en una prioridad para todas las enfermeras líderes en gestión y administración, vital para el futuro de nuestra profesión además de permitir satisfacer las necesidades de los pacientes de manera más eficiente.

Las técnicas de validación por conceso se empezaron a usar para establecer las conexiones NANDA, NIC y NOC para poblaciones específicas con el propósito de desarrollar estándares para la práctica e identificar los términos específicos que se deben incluir en los registros de salud electrónicos. Este proceso empieza a usarse en una variedad de entornos y puede ser adoptado por las enfermeras en cualquier centro y localidad.²⁸

PLANEACION.

Tercera etapa del PAE, consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico. Ésta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

En ésta fase se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivos de las acciones de enfermería. Las intervenciones describen la forma en que el profesional puede ayudar al cliente a conseguir objetivos.

ETAPAS.

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Las intervenciones de enfermería están enfocadas en las actividades necesarias para favorecer o restablecer la salud del cliente.

1. Establecimiento de prioridades.

Después de la formulación de diagnósticos enfermeros concretos, la enfermera utiliza habilidades de pensamiento crítico para establecer prioridades en relación con los diagnósticos del cliente, ordenándolos según su importancia. Se establecen prioridades para ayudar a la enfermera a participar y secuenciar las

²⁸North American Nursing Internacional, 2009-2010 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación Elsevier Barcelona España.

intervenciones enfermeras cuando un cliente tiene problemas o alteraciones múltiples (Capernito, 1997).

La selección de la prioridad es el método que utilizan conjuntamente la enfermera y el cliente para establecer la prioridad de los diagnósticos según los deseos, las necesidades y la seguridad del paciente. Las necesidades fisiológicas y de seguridad básicas son normalmente la primera prioridad. Sin embargo se pueden encontrar situaciones en las cuales no hay ninguna necesidad física o de seguridad emergente, en las cuales se debe dar alta prioridad a las necesidades psicológicas, socioculturales, de desarrollo o espirituales al cliente.

Las prioridades se clasifican como altas, intermedias o bajas, dependen de la urgencia del problema, de la naturaleza del tratamiento indicado y de las interacciones entre los diagnósticos enfermeros.

1. Los diagnósticos enfermeros, que de no ser tratados podrían llevar a perjudicar al cliente o a otros tienen la prioridad más alta (Gordon, 1994).
2. Los de prioridad intermedia afectan las necesidades no urgentes, sin peligro para la vida del paciente
3. Los de baja prioridad, son las necesidades del cliente que posiblemente no estén relacionadas con una enfermedad concreta o con el pronóstico.

Cuando la enfermera utiliza el juicio clínico y el razonamiento diagnóstico, para asignar prioridades a los diagnósticos enfermeros, debe considerar las necesidades del cliente, los recursos del sistema sanitario y las limitaciones de tiempo (Gordon et al, 1994; Kataoka-Yahiro y Saylor, 1994).²⁹

2. Objetivo.

La provisión de cuidados enfermeros efectivos, requiere centrarse en los resultados del cliente.

1. Miden el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones, es necesario saber que se pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación. Tener un marco temporal específico para hacer las cosas, pone a todos en marcha.

Los objetivos a corto plazo; describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones.

²⁹ Iyer (1997) Óp. Cit. Pág.158-187.

Los objetivos a largo plazo; describen los beneficios que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan.

Los objetivos se derivan de los diagnósticos, se anotan usando términos mensurables, cuando es posible se formulan junto con el cliente y los demás proveedores de cuidados de salud, son realistas en cuanto a las capacidades actuales y potenciales del cliente. Están escritos de forma tal que incluyen el momento en que se espera conseguirlos y proporcionar directrices para la continuidad de los cuidados.³⁰

CARACTERISTICAS DE UN OBJETIVOS.

La formulación debe ser simple, clara y concisa.

Debe ser propia del sujeto, bien la persona cuidada, bien su familia.

La consecución del objetivo debe ser observable e incluso medible.

Debe evolucionar con la situación.

Su formulación supone una sola acción o una sola condición cada vez (a menos que estas acciones estén estrechamente relacionadas).

Su formulación incluye la mayoría de veces un verbo de acción.

Puede afectar a diferentes campos: psicomotor, afectivo, cognitivo.

Debe relacionarse con la parte problema del diagnóstico enfermero.

Las acciones propuestas deben ser realistas, teniendo en cuenta el estado de la persona y el pronóstico.

Debe proporcionar indicaciones precisas sobre la acción que hay que emprender o el estado que hay que alcanzar (¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿en qué medida?)

Debe determinarse, en la medida de lo posible, de común acuerdo con la persona.

Debe inscribirse en la lógica de otros componentes del plan de cuidados: diagnóstico enfermero e intervenciones.

La formulación debe indicar un plazo preciso para la consecución del objetivo.

³⁰ Alfaro (2003) Óp. Cit. Pág. 130-132.

Debe incluir en algunos casos un pronóstico que proporcione indicaciones sobre la posibilidad de alcanzarlo.³¹

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en la exposición de diagnósticos de enfermería. Definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Tipos.

- a) *Intervenciones interdependientes*: Define las actividades que el profesional realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- b) *Intervenciones independientes*: Actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin la indicación del médico. Éstas son las respuestas que el profesional está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.
- c) *Intervenciones dependientes*: son las actividades de la profesional de enfermería, que están basadas en la respuesta del facultativo médico. La enfermera interviene llevando a cabo indicaciones prescritas por el médico.³²

4. Documentación del plan.

Después de haber dispensado cuidados, la enfermera debe documentar sus intervenciones, realizar el informe de las acciones que se llevaron a cabo e indicar las reacciones de la persona describiendo su estado y refiriendo sus palabras.

La documentación de los cuidados, forma parte del proyecto de reglamento sobre la gestión de las historias clínicas y la de un gabinete de consulta.

Desde hace mucho tiempo, las enfermeras consideran que la documentación de los cuidados es esencial para el ejercicio de su profesión, y la importancia que se le concede desde 1970, refleja muy bien la evolución de los cuidados enfermeros. Actualmente la documentación ocupa una parte importante del trabajo de la enfermera.³³

³¹Phaneuf M. (1999). Óp.cit. Pp.193-194.

³²Iyer (1997) óp. Cit. Pág. 186-187.

³³Phaneuf M. (1999). Óp.cit. Pp. 222.

LINEAMIENTOS PARA REDACTAR PLANES DE IMPLEMENTACION.

1. El plan debe estar fechado y firmado por la enfermera responsable.
2. Las estrategias de implementación y las órdenes de enfermería son apropiadas a sus objetivos respectivos.
3. Los planes se redactan en términos del paciente y las acciones de enfermería suficientes para lograr las metas y objetivos.
4. Los planes de atención se expresan en términos específicos, dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente.
5. El plan incluye aspectos preventivos, de formato y de rehabilitación.
6. El plan de enfermería incluye la colaboración y la coordinación de actividades.
7. Los planes son ordenados en una secuencia apropiada basada en la prioridad.
8. El plan incorpora la autonomía y la individualidad del paciente.
9. Los planes se mantienen al corriente, revisan e incluyen planes alternos cuando este indicado.
10. Los planes para el futuro del paciente también se incluyen.³⁴

EJECUCIÓN.

Cuarta etapa del plan. 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 está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. *PREPARACIÓN:* Consiste en una serie de actividades, que exigen el uso del conocimiento crítico.
 - a. Las intervenciones coinciden con el plan de cuidados establecidos.
 - b. Las intervenciones se ejecutan de forma segura y adecuada.
 - c. Las intervenciones están documentadas.
2. *INTERVENCIÓN:* Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.
 - a. Refuerzo de las cualidades.

³⁴ Griffith J. / Christensen (1993) Proceso de Atención de Enfermería "Aplicación de Teorías y Modelos". Manual Moderno. México. Pp. 180-182

- b. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- c. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- d. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- e. Educación.
- f. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

3. **DOCUMENTACIÓN:** La ejecución de intervenciones debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del PAE. Hay 5 tipos principales.
- a. Las gráficas narrativas.
 - b. Gráficas orientadas hacia el problema (SOAP)
 - c. Las gráficas Focus.
 - d. Las gráficas por excepción.
 - e. Los registros computarizados.³⁵

Sistemas de Prestación de los Cuidados de Enfermería.

Son cinco los principales modelos para la ejecución de las intervenciones, sus diferencias residen principalmente en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para la satisfacción de necesidades. En la elección del modelo influyen algunos factores como los tipos de profesionales de enfermería disponibles, los costes de la prestación, la filosofía de la institución y otros.

1. **ASIGNACIÓN POR TAREAS.** Las responsabilidades se dividen por tareas y todos los cuidadores de diversos niveles profesionales, participan en la atención del cliente.
2. **EQUIPOS DE ENFERMERÍA.** Un grupo de profesionales universitarios y no universitarios trabajan juntos para prestar cuidados de enfermería a algunos clientes. La intervención global al cliente es prestada por los miembros del equipo bajo la dirección de un miembro del profesional de enfermería que será el coordinador de enfermería, que es la persona fundamental en éste sistema.
3. **ENFERMERÍA DE CUIDADOS BÁSICOS.** El profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional de enfermería de cuidados básicos

³⁵ Iyer (1997) Óp. Cit. Pp. 224-248.

desarrolla un plan de cuidados y asegura que el plan se ejecute durante las 24 horas del día. En ausencia del profesional de enfermería de cuidados básicos, la intervención del cliente se delega en otro profesional de enfermería, que sigue el plan de cuidados ya establecido con anterioridad.

4. *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. Con la finalidad de acortar las estancias y enfocarse en la consecución oportuna de los resultados del cliente y en la necesidad de mejorar la efectividad y eficacia de la prestación de la intervención sanitaria.
5. *ATENCIÓN ENFOCADA AL PACIENTE*. “Diseño de nuevo de la intervención del paciente, de forma que los recursos y profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados” (Lumsdon, 1993). Surge como resultado de las presiones para la contención de los costes y del deseo de mejorar la prestación de la intervención.³⁶

EVALUACIÓN.

Última etapa del PAE. La evaluación proporciona la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del consumidor y maximizar el valor de la provisión de cuidados de la salud.

Se deben considerar tanto las necesidades como los deseos de los consumidores. La evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los usuarios, es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados, y puede marcar la diferencia entre las prácticas de los cuidados, predestinados a repetir los errores y las prácticas de cuidados seguros, eficientes y en constante mejora.

Pasos.

Evaluar un plan de cuidados individual incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero.

Valoración: Hacer una valoración para determinar si hay cambios en el estado de salud, y asegurar que todos los datos son exactos y correctos.

³⁶ Iyer (1997) Óp.cit. Pp. 271-284.

Diagnóstico: Decidir si los diagnósticos y problemas que requieren cuidados enfermeros están resueltos o han mejorado lo suficiente para dar de alta. Considerar si hay nuevos problemas.

Planificación: comprobar si los objetivos y las intervenciones son apropiados y determinar dónde está la persona en relación con los resultados (objetivos) esperados de los cuidados.

Ejecución: Examinar cómo se ha ejecutado en plan. Deducir que factores afectaron su éxito o le crearon problemas.

Una vez completado estos pasos, se decide si hay que continuar con el plan, modificarlo o darlo por finalizado.³⁷

Estructura, proceso y resultado.

Para asegurar el control completo de las prácticas de cuidados de la salud, los estudios de mejora de calidad (MC) deberían de considerar tres tipos de evaluación.

1. *EVALUACION DE RESULTADOS:* Se centra en los resultados u objetivos de los cuidados (p. ej. ¿se alcanzaron los objetivos? ¿las personas están satisfechas con los resultados?).
2. *EVALUACION DEL PROCESO:* Se centra en cómo se brindaron los cuidados (p.ej. las valoraciones e intervenciones, ¿se hicieron consistentemente y a tiempo?).
3. *EVALUACION DE LA ESTRUCTURA:* Se centra en el entorno en el que tienen lugar los cuidados (p.ej. el entorno físico, la plantilla de personal y las prácticas de organización de la comunicación, ¿fueron adecuados para un eficaz manejo de los cuidados?).

Considerar los tres tipos de evaluación –resultado, proceso y estructura– proporciona un examen general del manejo de casos.³⁸

El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasado) como se muestra a continuación.

³⁷ Alfaro 2003 Óp.cit. Pp. 191

³⁸ Alfaro 2003 Óp.cit. Pp. 195

Estructura	Proceso	Resultado
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 enfermería.
Instrumentos o medios. Forma de la comisión de la junta sobre hospitales	Escala de clasificación de competencia de enfermería.	Sistema Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorias.	Escala de la calidad de cuidados de enfermería.	
Fuentes de datos. Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de enfermería.	<i>Concurrente.</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	<i>Concurrente.</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de atención y programas en servicio. Nivel educativo del personal. Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y kárdex.	<i>Retrospectivo.</i> La grafica demuestra los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Fuente: P. J. Christensen "Proceso de Atención de Enfermería", 1984 <<Formas de evaluación>>

1.3 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

La disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo desde los inicios del siglo XX, lo cual se evidencia en el desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería, como producto de la actividad investigativa y la importancia de llevar a cabo estos a la práctica, como estrategia para fortalecer el conocimiento disciplinar, con las consecuentes repercusiones en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería.³⁹

Durante las décadas de los 50's, los cuidados enfermeros son descritos como un servicio humano y caritativo, así como un servicio de gran ayuda. A partir de la década de los 60's, la enfermería enfatiza en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Para la década de los 70's, la profesión

³⁹ Moreno F. M Elisa 2005. "Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana". Revista Aquichan, año 5, vol.5. No.1. Chia, Colombia. Pp. 44-45.

de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente.⁴⁰

La disciplina ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos, al ritmo de las grandes corrientes de pensamientos que han marcado la evolución de los conocimientos. La multiciplidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y diversidad de los medios clínicos, guían siempre la evolución de los cuidados enfermeros.⁴¹

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Además, facilita la autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos educativos y de investigación asociados a las funciones profesionales.

La filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la estética, la metafísica y la epistemología. Puede definirse como la investigación de las causas y de las leyes que sustentan la realidad e indaga la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico, y no de métodos empíricos.

Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. A su vez, los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos, es decir han perdido toda forma física para alcanzar un nivel de abstracción; y en cuanto a los modelos físicos, estos pueden asemejarse a la realidad que representan o bien, estar dotado de un formato más abstracto, sin perder por ello algunas de sus propiedades físicas.

En cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o para planificar el proceso de investigación.

Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos), y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Paradigma es un diagrama conceptual o una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.

⁴⁰ Griffith Janeth 1982. Proceso de Atención de Enfermería, ed. El manual Moderno. Pp. 2.

⁴¹ Duran de Villalobos, Ma. Mercedes 1998. "Disciplina de Enfermería" En: Enfermería. Desarrollo Teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá, Colombia. Pp.15-59

Los supuestos son enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración; se clasifican en explícitos e implícitos.

Los enunciados teóricos describen una relación entre dos o más conceptos.

El desarrollo de las teorías es un proceso definido sobre todo por métodos de inducción, deducción y retroducción.

Los primeros trabajos de enfermería, se basaban en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos. En las postrimerías de la década de los 80's y primeros años de los 90's, resurgió una filosofía de la enfermería humanística. Su visión de la enfermería como una combinación de ciencia y arte ha llevado a agrupar en una misma sección a Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner. A quienes se les considera eminentemente filosóficas.

A Virginia Henderson hay que reconocerle sus importantes aportaciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como docente, escritora e investigadora, durante los cuales su actividad editorial fue muy prolífica.

Nació en 1897 en Kansas, desarrolló su interés por enfermería a partir de la primera guerra mundial y estudió en Washington y trabajó en Nueva York como enfermera visitadora. Pero estaba interesada en la docencia e investigación profesional haciendo un máster y luego la especialización. Virginia Henderson y su teoría de las necesidades, a pesar de que solo pretendió dar un significado a la disciplina para establecer una identidad de donde partir, desenmascara un paradigma conveniente para la enfermería, donde se establece y toma estas bases para su apoyo y seguir su trayectoria.

Con el paso de los años, la enfermería ha presentado varias modificaciones en cuanto a la aplicación de sus cuidados, desde la perspectiva social hasta la económica, desde su nacimiento con Nightingale, hasta las aportaciones científicas de las grandes teóricas.

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que no eran muy comunes las teorías en aquellos tiempos. Lo describió su interpretación como una síntesis de varias influencias, positivas y negativas. Incluyó principios fisiológicos y psicológicos influenciados por su relación con Stackpole y Thorndine, ya que la primera afirma que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula, entonces Henderson supuso que "una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico." Y de la segunda determina, que "era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la

emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.” Simplemente se refirió a las necesidades básicas de los seres humanos. La definición que dio Henderson a la enfermería, aún persiste hoy en día.

Fue doctora en más de siete universidades y doctora honoraria en la Universidad de Barcelona. Murió el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años.⁴²

CONCEPTOS PRINCIPALES.

Éste modelo da una visión clara de los cuidados de enfermería; la aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el paciente; para esto habrá de profundizar los conceptos claves de este modelo.⁴³

Enfermería:

“La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a una muerte serena. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.⁴⁴

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos básicos del modelo:

Persona.

Objeto de cuidados, ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad.⁴⁵

Salud.

Satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas.

⁴²Tomey A. Marriner 2000 “Modelos y Teorías en Enfermería”. Pp. 3-8, 99-109.

⁴³Riopelle L. 1997 “Cuidados de Enfermería”. Pp.2

⁴⁴Henderson V. 1956 The Nature of Nursing and its implications for practice, research and education 2a Ed. National League for Nursing Press.

⁴⁵Fernández Ferrín 1993. El Proceso de Atención de Enfermería. Pp.1-10

Entorno.

No dio una definición propia, recurre al *Westerns New Collegiate Dictionary 1961*. “Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de un organismo”.⁴⁶

Henderson menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Independencia.

Henderson escribe que el desarrollo humano se caracteriza por un movimiento continuo hacia una mayor autonomía. Éste movimiento depende del desarrollo progresivo de la persona y la lleva a intentar ser el principal agente causal de su comportamiento y no solo un peón que solo otros manipulan.⁴⁷

Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo, o que otros hacen en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas o criterios de salud establecidos.⁴⁸

El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual. Cuando se trata de un enfermo, consiste en satisfacer por si mismo cualquiera de sus necesidades.

Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades, necesiten de la ayuda de sus padres o cualquier otra persona.⁴⁹

El nivel aceptable de satisfacción de necesidades es el que permite el mantenimiento del equilibrio fisiológico, psicológico, social y espiritual de la persona, que se manifiesta por una sensación de bienestar.⁵⁰

⁴⁶ Tormey (2000) Óp. Cit. Pp. 102

⁴⁷ E, Deci y R, M Ryan (1987). Pág.1024-1037.

⁴⁸ L. Riopelle (1997) Óp Cit. 1997. Pp. 3

⁴⁹ M. Phaneuf (1999) Óp.cit. pp. 15-16

Dependencia.

No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano, por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.⁵¹

En esta teoría, la dependencia adquiere un sentido ligeramente diferente al habitual; significa más bien la situación en la que se encuentra una persona que tiene que contar con alguien para satisfacer sus necesidades.

Algunas manifestaciones revelan una perturbación en la satisfacción de las necesidades y expresan una dependencia. Estas manifestaciones pueden ser subjetivas u objetivas, dependiendo de que sea la misma persona la que las exprese o sean observadas por la enfermera. Se traducen por quejas, signos y síntomas que indican una perturbación de orden físico, psicológico, social o espiritual. La dependencia también puede manifestarse por hábitos que dañan la salud.

No basta con descubrir la dependencia de la persona, es necesario determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias. Existen diversos grados de independencia-dependencia. El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades.⁵²

GRAFICAS DE DEPENDENCIA.

Con una necesidad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Estas constituyen signos observables de la incapacidad para responder por sí mismo. Son en sí una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

⁵⁰ M. Phaneuf. (1999)Óp. Cit. Pág. 15-16

⁵¹ L. Riopelle Idem. pp. 3

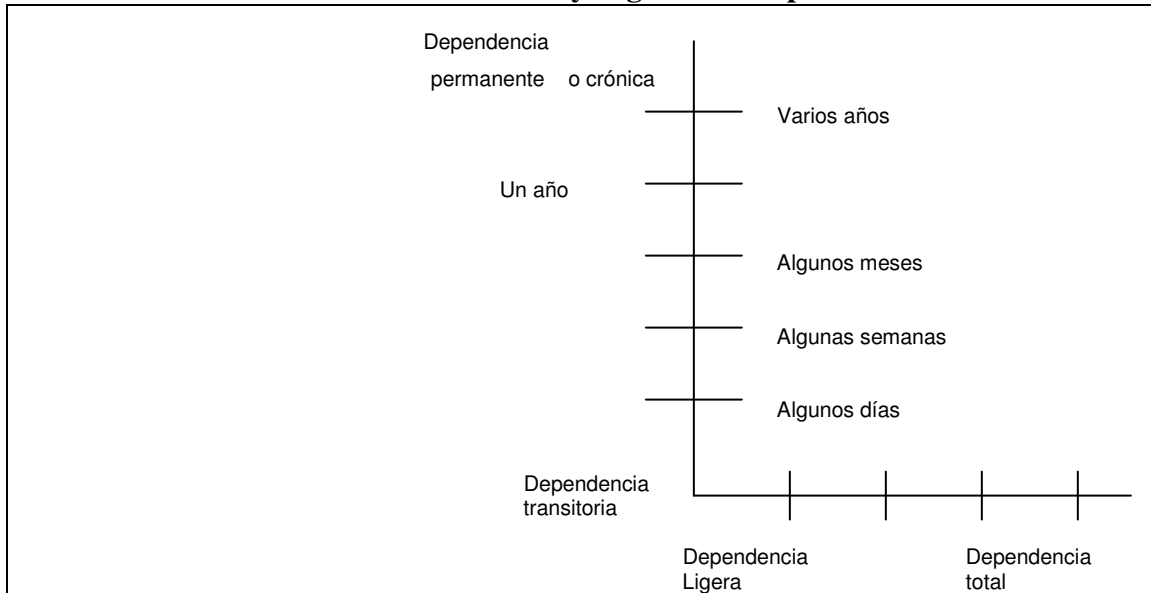
⁵² M. Phaneuf. Óp. Cit.1999 pág.17

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

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

La figura 1, muestra la relación entre la duración en y el grado de dependencia, en que se pueden presentar las necesidades no satisfechas de un cliente.

FIGURA 1. Relación entre la duración y el grado de dependencia.



FUENTE: M. Phaneuf Cuidados de Enfermería, "El Proceso de Atención de Enfermería" cap. 2, 1993 pág. 32

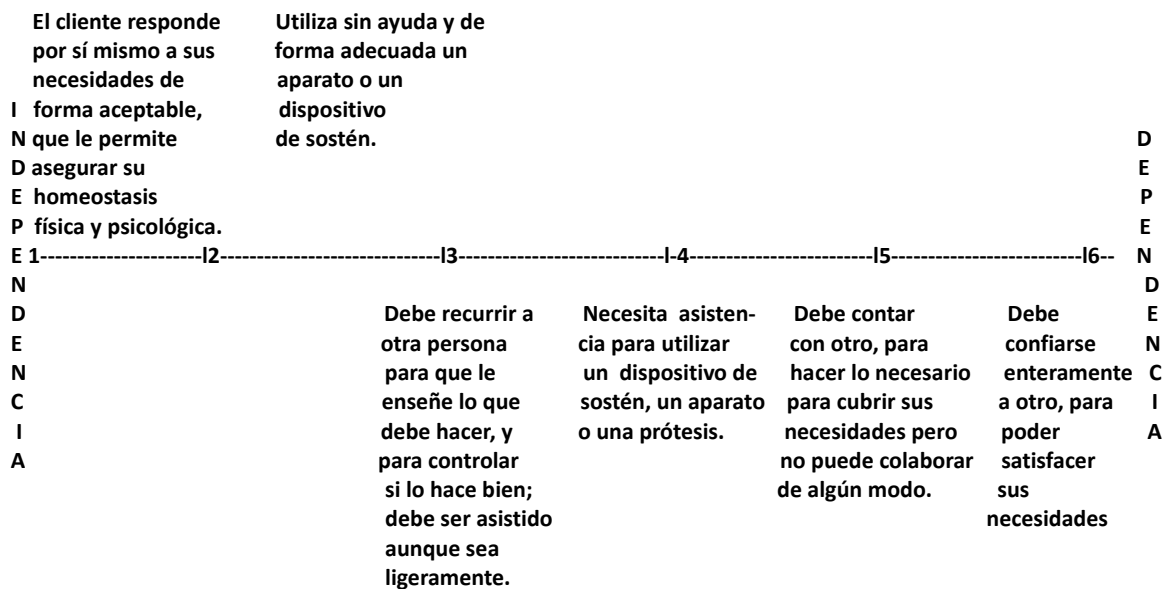
Continuum independencia-dependencia.

La noción de la satisfacción a un nivel aceptable, significa que existen grados de independencia y dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, se puede dar un cierto grado de insatisfacción sin llegar a la dependencia del individuo. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe de hacer o le supla en lo que no

puede hacer por sí mismo. Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades; con la finalidad de evitar en medida de lo posible la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

La figura 2, ilustra los diversos niveles de continuum independencia-dependencia facilitando así, la visualización.

FIGURA 2. Continuum independencia dependencia.



FUENTE: M. Phaneuf Cuidados de Enfermería, "El Proceso de Atención de Enfermería" cap. 2, 1993

pág. 31

Fuentes de dificultad.

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, conviene saber la causa de esta incapacidad. En este modelo, las causas de perturbación en la satisfacción de una necesidad y de la dependencia que ellas ocasionan se le denominan "fuentes de dificultades"; que serían los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson atribuía las dificultades a la falta de fuerza física, de conocimiento o de voluntad.

1. *Falta de fuerza.* Capacidad física y habilidad mecánica del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, determinado por su estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. *Falta de conocimientos.* Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad (autoconocimiento), así como de los recursos propios y ajenos disponibles.
3. *Falta de voluntad.* Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁵³

La presencia de las tres o de alguna puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

Necesidad.

Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.⁵⁴

Henderson señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas son comunes en todos los individuos y cada uno en su misma unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente.

A continuación se describe cada una.

1.- Necesidad de respirar (oxigenación). Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

⁵³ Fernández Ferrín (1993) Óp.cit. Pp.1-10

⁵⁴ Phaneuf M. (1999) Óp. cit. Pp. 13.

2.- Necesidad de beber y comer (nutrición). Es la necesidad de todo organismo de ingerir o absorber alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente, para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

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

4.- Necesidad de moverse y mantener buena postura. Es una necesidad para todo ser vivo. Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5.- Necesidad de dormir y descansar. Esta necesidad debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente, a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse. El individuo debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día y actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frio, calor, humedad) y permitir la liberación de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el permanecer a un grupo, a una ideología o a un estatus social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. El organismo debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1° C Y 38°C) para mantenerse en buen estado.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos. Esta necesidad la tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia adecuada y mantener la piel sana, con la finalidad de que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios; etc.

9.- Necesidad de evitar peligros. El ser humano debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10.- Necesidad de comunicación. Esta necesidad es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse aceptables unas a otras, llegar a un acuerdo en sus sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y valores. Es una necesidad para todo individuo hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal de la justicia, y la persecución de una ideología.

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

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

14.- Aprender. Es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la

adquisición de nuevos comportamientos con el objeto de mantener o recobrar su salud.⁵⁵

SUPUESTOS PRINCIPALES.

Henderson no citó directamente sus supuestos principales que incluía en su teoría; estos se han extraído de sus publicaciones.

Enfermería.

- La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como un miembro del equipo de salud.
- Actúa al margen del médico pero apoya su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona.

- La persona debe mantener el equilibrio fisiológico.
- El cuerpo y la mente no se pueden separar.
- Requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y la familia constituyen una unidad.
- Sus necesidades están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud.

- La salud es la calidad de vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Favorecerla es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona logrará estar sana o mantener un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno.

- Las personas sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

⁵⁵ Phaneva. M. Conseillere M (1993) pp.32.

- Las enfermeras deben prepararse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipo y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.⁵⁶

POSTULADOS.

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo “independiente”.

VALORES:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.⁵⁷

⁵⁶Tormey.(2000) Óp.cit. Pp. 103.

⁵⁷Phaneuf(1993).Óp cit. Pp. 18

AFIRMACIONES TEORICAS.

La Relación Enfermera- Paciente.

Van desde una relación muy dependiente a la práctica independiente. La enfermera como sustituta del paciente, como auxiliar del paciente o como compañera del paciente.

En enfermedad grave: <<... *sustituto de las carencias del paciente para ser "completo", "íntegro" o "independiente" debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento*>>. <<... *la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien ha quedado ciego, el medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla, etc.*>>.

En convalecencia: la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. <<...*independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una independencia sana, no una dependencia enferma...*>>

Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. La enfermera no solo debe ser capaz de valorar las necesidades, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila.

La Relación Enfermera-Médico.

El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente, debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no

se dispone de médicos. Así mismo indicaba, que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

La Enfermera Como Miembro del Equipo Sanitario.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente, pero no deben realizar las tareas ajenas; <<... *ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada...*>>. A medida que cambian las necesidades, también puede hacerlo la definición de enfermería, <<*esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario...*>>

Con motivo de la sexta edición de ***Principles and Practice of Nursing*** en colaboración con Gladys Nite, Henderson amplió su definición a los profesionales de la enfermería. <<*La Enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando*>>. ⁵⁸

Henderson analiza la contribución de las enfermeras al trabajo en equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella <<...*en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del equipo debe exigir al otro actividades que obstaculicen el desempeño de su función propia*>>.

<<...*todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo*>>. el paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y

⁵⁸Tormey (2000) Óp.cit. Pp. 103-104.

responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.⁵⁹

1.4 CONSIDERACIONES ETICAS DEL CUIDADO.

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de mayor justicia, para contar con mejor calidad en los servicios de salud, ya sean públicos o privados. Esto obliga a los profesionales que interactúan en la atención de la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. Enfermería tiene responsabilidades legales como profesionales, estas se definen en la ley sobre la práctica de la enfermería y en otras directrices establecidas por diversos organismos. En enfermería, es importante contar con un código de ética para resaltar los valores heredados por la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente; que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que así mismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE).⁶⁰

El código para los profesionales de enfermería tuvo sus orígenes en 1897, en la primera constitución de la Nurses Associated Alumnae, que fue la precursora de la ANA. Durante los siguientes años, el código se ha ido perfeccionando a la fecha. Las consecuencias que puede tener la falta de seguimiento del código pueden ser la adopción de medidas disciplinarias y la expulsión de la ANA, así como también el inicio de acciones legales contra la enfermera.⁶¹

Las responsabilidades éticas, se derivan de la relación que se establece entre enfermería y el paciente, la empresa y otros profesionales de la atención sanitaria. Estos deberes éticos pueden ser idénticos a las responsabilidades legales y también pueden obligar a la enfermera a realizar acciones que van más allá de lo que la ley exige.

La ley reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica

⁵⁹ Fernández Ferrín (1993) Óp.cit. Pp. 209.

⁶⁰ Secretaria de Salud 2001 Código de ética para Enfermeras y Enfermeros de México. México D.F. Pp.2

⁶¹ Iyer P.W, Taptich y Bernocchi D. 199). *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. México DF. 3ª. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana. Pp. 338.

profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería.⁶²

La Comisión Interinstitucional de Enfermería, con el propósito de integrar todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso la aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que ha socializado en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud y en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras, en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e instituciones del sector salud.

Un Código de Ética Profesional, es un documento que establece en forma clara los principios éticos, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Exige excelencia para la práctica y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional. Es importante recordar que la contemplación de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo; no obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar, en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte, que las sanciones legales en la vida profesional.⁶³

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todo hombre, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. El objeto material de la ética es el acto humano, realizado consciente y libremente. El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la voluntad y la libertad responsablemente. El razonamiento ético comienza cuando una persona va más allá de la aceptación de las reglas del grupo social y se adentra en el campo del razonamiento y el análisis de lo moral. La ética de enfermería, se relaciona con una pauta de conducta, que refleja el deseo de la profesión por proteger o asegurar el bienestar de sus clientes.⁶⁴

La resolución de dilemas éticos, en los cuidados de enfermería, exigen razonamiento crítico. Se basa en un conocimiento de moralidad y ética.

⁶² Dirección General de Profesiones- Secretaría de Educación Pública 1998 *Prototipo de Código de Ética Profesional*. México D.F.

⁶³ Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería AC. 1999 *Anteproyecto de Código de Ética de la Enfermería Profesional* México, D.F.

⁶⁴ Iyer P.W. et al (1997) Óp cit. pp. 339

La moralidad se refiere a las creencias que nos han inculcado nuestros padres y la sociedad en su conjunto; se incluye el sentido de lo que está bien y lo que está mal, que a su vez, esta serie de creencias forman códigos de conducta, basados en expectativas culturales.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los valores y principios de un grupo determinados, la conciencia moral va más allá de la mera complacencia o convicción personal.

La dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí. Es el valor peculiar de la suma de derechos y el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.⁶⁵

El humanismo en términos generales se define como la actitud centrada en el interés por lo humano, por la persona concreta con nombre y apellidos. Requiere de un comportamiento ético para practicar el respeto a la integridad que significa la vida y la dignidad de sus semejantes. Practicar el humanismo es partir de conocerse así mismo; ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales, para respetar la dignidad del ser humano. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermera sin esta interrelación. Así, cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos. Para fines específicos de este código, se requiere una definición clara de los principios éticos fundamentales, que serán necesarios para el apego y desempeño correcto de dichas intervenciones encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. Y estos son:

Beneficencia y no maleficencia.

Obligación de hacer el bien y evitar el mal, se rige por los deberes universales de hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, que están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.⁶⁶

⁶⁵ González Juliana 1998. *Ética y Humanismo, Principio y Pasado*. Presentada en el I Simposio Internacional de Humanismo y Sociedad en México.

⁶⁶ Forment, Eudaldo. 1990 Principios Básicos de la Bioética. Edit. Palabra Madrid. España. Pp. 10-12

Justicia.

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

Autonomía.

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

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

Valor fundamental de la vida humana.

Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. Para ser libre es necesario vivir, para esto la vida es indispensable, para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.

El fundamento de éste principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. Es una dimensión existencial reservada y tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.⁶⁷

⁶⁷ González Juliana (1998) Óp.cit.

Fidelidad.

Compromiso de cumplir las promesas de no violar las confidencias que hace una persona. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona misma o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.

Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Es importante que la enfermera tenga el deber de ser veraz en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.

Se refiere a que el profesional se hace merecedor de la confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas

Solidaridad.

Principio indeclinable de convivencia humana es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias. Es compartir intereses derechos y obligaciones; se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de unas raíces, unos medios y unos fines comunes de los seres humanos entre sí. Debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.

Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.⁶⁸

⁶⁸ Forment Eudaldo (1990) Óp.cit 13-14

Terapéutico de totalidad.

Es principio de capital dentro de la bioética. Debe reconocerse que cada parte del cuerpo tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia; según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que ésta misma conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.

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

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Es un acuerdo de un paciente de aceptar el curso de un tratamiento o procedimiento después de haber recibido una información completa sobre él, lo que incluye las ventajas y los riesgos de dicho tratamiento, sus posibles alternativas y el pronóstico en ausencia del tratamiento por un proveedor de atención sanitaria. Habitualmente el paciente firma un formulario proporcionado por la institución, que en sí sería un registro del consentimiento informado.⁶⁹

Existen dos tipos de consentimiento:

Consentimiento expreso: acuerdo oral o escrito. Cuanto más invasivo es el procedimiento y/o mayor el potencial de riesgo para el paciente, más alta es la necesidad de una autorización por escrito.

Consentimiento implícito. Cuando la conducta no verbal del individuo indica el acuerdo, se considera consentimiento implícito en una situación de emergencia médica, cuando un individuo no puede dar su consentimiento expreso debido a su estado físico.

⁶⁹ Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G 2008 Fundamentos de Enfermería Vol. 1 8ª. Ed. Edit. Pearson Prentice Hall Madrid, España. Pp. 59-61

La obtención del consentimiento informado para tratamientos médicos y quirúrgicos específicos, es responsabilidad de la persona que los realice; generalmente es el médico pero también incluye a la profesional en enfermería, anestesista, comadrona, especialista clínico o médico asistente. La enfermera depende del consentimiento expresado oralmente o del consentimiento implícito para la mayoría de las intervenciones. Por lo que cabe mencionar la importancia de la comunicación con el paciente, explicando los procedimientos que se le realizarán, asegurarse que lo ha comprendido y obtener su autorización.

Existen tres elementos principales del consentimiento informado.

1. El consentimiento debe ser voluntario.
2. El consentimiento debe otorgarse por parte de un paciente o individuo con la capacidad y competencia de comprenderlo.
3. El paciente o individuo debe recibir suficiente información, para ser capaz en el último término de tomar la decisión.

Para dar un consentimiento informado voluntariamente, el paciente no debe sentirse coartado.

Hay tres grupos de personas que no pueden dar su consentimiento.

1. El de los menores de edad. En la mayoría de los campos, es un progenitor o tutor quien debe dar el consentimiento, antes de que el menor reciba tratamiento. Lo mismo sucede en el caso de adultos con capacidad mental de un niño, para que se haya nombrado un tutor.
2. Personas en estado inconsciente o afectadas por lesiones tales que les impiden dar su consentimiento, en estas situaciones generalmente el consentimiento se obtiene del pariente adulto más cercano, si los estatutos vigentes lo permiten. En una situación de emergencia que constituya un riesgo vital, si no se puede obtener consentimiento informado del paciente o un pariente, la ley presupone, por lo general, que existe el consentimiento implícito de prestar los cuidados necesarios para esta situación de urgencia.
3. Y por último, las personas con enfermedades mentales que según criterio de los profesionales, no son competentes. La ley o estatutos estatales y provinciales de salud mental, proporcionan generalmente definiciones de lo que es enfermedad mental y especifican los derechos de las personas afectadas por ellas, según la ley, así como los derechos del personal que atiende a estas personas.

PAPEL DE LA ENFERMERA.

Éste profesional no tiene la responsabilidad de explicar el procedimiento, si no de dar testimonio de que el paciente firma el formulario, por el contrario, si sería responsable si ofreciera una información incorrecta o incompleta o interfiriera en la relación paciente- proveedor. La firma de la enfermera confirma tres elementos: que el paciente dio su consentimiento voluntariamente, de que la firma es auténtica y que el paciente parece competente para dar su consentimiento.

El derecho de consentimiento, implica también el derecho al rechazo. Ha de recordarse que los pacientes pueden cambiar también de opinión y cancelar el procedimiento en cualquier momento, porque el derecho al rechazo, se mantiene después incluso de firmar el consentimiento. Es importante verificar que el paciente conoce los pros y los contras de rechazar el procedimiento y que está tomando una decisión informada.

En cuanto a la importancia de la documentación del conocimiento informado, deben documentarse las inquietudes o las preguntas del paciente, junto con la notificación del proveedor de atención sanitaria. Es igualmente importante la documentación de que el paciente ha comprendido el procedimiento, así como las anotaciones de cualquier aspecto derivado de las preguntas de enfermería planteadas por el paciente. Debe documentarse toda circunstancia especial, como el uso de un intérprete, incluyendo nombre completo y titulación de éste.

DECÁLOGO.

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de Enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes se atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujetos de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁷⁰

1.5 PROCESO PATOLÓGICO. -VIH/SIDA.-

Es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), producida por un virus descubierto en 1983 y denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).⁷¹

La palabra SIDA proviene de las iniciales de *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones *oportunistas*, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo.⁷²

Cada año, mueren medio millón de niños en todo el mundo, por enfermedades vinculadas con el SIDA. La mayor parte, adquieren el virus por transmisión vertical, durante el embarazo, el parto o la leche materna. La UNICEF, se propuso como meta para el año 2010, que el 80% de las mujeres que lo necesiten pueden acceder a los servicios de salud para prevenir la infección, pero en este momento, menos del 10% de las mujeres pueden beneficiarse de esta clase de servicios.

Las mujeres con VIH que se embarazan, tienen de 20 a 45% de probabilidades de transmitir el virus a su hijo, si no reciben alguna intervención comprobada que permita disminuir éste riesgo a menos de 2%.⁷³

⁷⁰ Secretaria de Salud (2001) Op.cit.pp18.

⁷¹ Hernández T. Griselda, León J.E. Antonio, Varela T.M Carmen 2009 VIH/SIDA y Salud Pública. Ed. INSP-SSA 2ª.ed México. Pp.37.

⁷² Hernández T. Griselda et al. (2009) op.cit. pp. 76

⁷³ Varela Trejo M. Carmen 2006. Transmisión Vertical del VIH, Cap.5. INSP-SSA, México. Pp. 76-90

Actualmente se estima que hay en el mundo 2.3 millones de menores de 15 años con VIH y más de 90% de ellos, adquirieron el virus por transmisión vertical, a pesar de que desde hace más de 10 años, existe suficiente evidencia científica sobre el paquete de intervenciones eficaces para reducir en más de 98%, el riesgo de transmisión del VIH madre-hijo. No obstante en la mayor parte de países de ingresos medios y bajos, no se ha avanzado de manera significativa en la prevención de este tipo de transmisión.

En México, la transmisión perinatal constituye la principal vía de transmisión del VIH en menores de 15 años, por lo que es necesario difundir la información sobre las alternativas disponibles, aumentar la detección oportuna en mujeres embarazadas y asegurar la atención especializada de la madre y el niño.

En la transmisión vertical, se han notificado un acumulo de 845 hombres y 853 mujeres con VIH. Se estima que más de la mitad de estos menores están vivos, lo que corresponde a 2.3% de los casos menores de 15 años de edad.⁷⁴

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), se conoció por primera vez en la ciudad de Los Ángeles en junio de 1981. El primer reporte epidemiológico que se basó en la presencia anormal de neumonía por *Pneumocystis Carinni* en cinco pacientes homosexuales, relacionó el estilo de vida con la adquisición de *P. Carinni* por contacto sexual. Hacia 1985, el SIDA ya era una preocupación para las autoridades mexicanas de la Secretaria de Salud (SSA). Para Septiembre de 1993, se habían visto 14 pacientes con SIDA y el Instituto Mexicano de Nutrición, identifica el defecto de síndrome sobre las células T4.⁷⁵

La carga viral es un factor importante resultante de la interacción con el sistema inmune en muchos tipos de virus, pues en esos casos está relacionado con la patogenicidad el estadio de la infección y la progresión o evolución de la enfermedad. Los anticuerpos, las citocinas, las células asesinas naturales (NK) y las células T; son componentes normales e imprescindibles de la respuesta inmune viral, sin embargo en la mayoría de las infecciones virales, los linfocitos citotóxicos (CTL), juegan un papel sumamente importante en la destrucción viral, pues atacan a las células que se encuentran infectadas por el virus. A la fecha se considera que estas células constituyen el componente de la respuesta inmune específica, que limita definitivamente la tasa de replicación del virus y la carga viral.

El tiempo promedio entre una infección primaria y la aparición del SIDA, es alrededor de 10 años; es muy probable que se encuentre relacionada con el

⁷⁴ SSA/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 15 de Noviembre del 2007.

⁷⁵ Hernández T. Griselda et al. (2009) op.cit. pp. 78

número de linfocitos T presentes en el torrente sanguíneo. Estos linfocitos TCD4+, son uno de los principales blancos del VIH. Este tipo de glóbulos blancos, secretan factores de crecimiento y diferenciación, que necesitan otras células del sistema inmune, y se les denomina células T cooperadoras o inductoras.

La carga normal de células TCD4+ es de 1000mm³, en un paciente infectado por VIH esta concentración puede disminuir hasta 200mm³ o menos. De hecho, una persona cuyo conteo de linfocitos TCD4+ llegue a esta concentración, es diagnosticada clínicamente como enferma de SIDA. Los linfocitos cooperadores, juegan un papel regulatorio tan importante en la respuesta inmune; que su disminución genera efectos perniciosos muy amplios, en el funcionamiento de la respuesta inmune que conlleva a la inmunodeficiencia que caracteriza al SIDA.

Una vez identificados los linfocitos CD4+, el virus utiliza esta proteína para anclarse y penetrar a la membrana de la célula, se reproduce dentro de ella mediante mecanismos, y mata a la célula hospedera, todos los nuevos virus son liberados y cada uno repite el ciclo. Se puede entonces reconocer dos tipos de células T, las infectadas (T+) y las no infectadas (T).

En ausencia del virus, todas las células T son normales y su tasa de cambio, es un balance entre su producción y su eliminación natural.⁷⁶

Transmisión

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial o vertical (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después).⁷⁷

Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico.

⁷⁶ Magis Rodríguez Carlos, Barrientos Bárcenas Hermelinda (2009) VIH/SIDA Manual para Personal de Salud. CENSIDA-SSA 2ª. Edición. México.

⁷⁷ Hernández T. Griselda et al. ítem pp. 37-76

Portadores y enfermos de SIDA

Se llama portador, a la persona que tras adquirir la infección por el VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. Se llama enfermo de SIDA al que padece alguno de los procesos antes mencionados (infecciosos, tumorales, etc.), con una precariedad inmunológica importante. Tanto el portador como el enfermo de SIDA se denominan seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio.

En líneas generales, desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla SIDA, existe un período asintomático que suele durar unos 10 años. Durante este tiempo el sistema inmune sufre una destrucción progresiva, hasta que llega un momento crítico en que el paciente tiene un alto riesgo de padecer infecciones y tumores. Se estima que por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA.

Existen características propias de las mujeres (genética, tipos de virus, evolución de la infección CD4 y carga viral), que determinan el riesgo de infectar a su producto; así como situaciones obstétricas (ruptura prematura de membranas, corioamnionitis) que aumenta el riesgo de transmisión del producto, además hay diferentes momentos del embarazo y la lactancia en que puede ocurrir la transmisión del virus hacia el niño.

In útero. A partir de la octava semana de embarazo, pueden existir partículas virales del VIH en el tejido fetal, como consecuencia del contacto de la sangre materna y la sangre fetal durante el crecimiento de la placenta.

Durante el trabajo de parto. Esta transmisión ocurre por el estrecho contacto de la sangre materna con la del niño, el tejido amniótico y otros tejidos que contengan virus..

Postparto. En este momento la infección ocurre por la alimentación con leche materna, la cual puede incrementar hasta 30% las posibilidades de infección.

La transmisión vertical del VIH, puede ocurrir desde el primer trimestre del embarazo, y las posibilidades de infección pueden aumentar dependiendo del estadio de la enfermedad y si la madre presenta manifestaciones clínicas de SIDA, también el riesgo de adquirir el virus se puede acrecentar, cuando existen otras enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis.

Hasta el momento se desconoce el papel exacto que desempeñan las células Hofbaver en la transmisión vertical del VIH. Es posible que los macrófagos infectados con VIH1, puedan proteger al feto o alternativamente, puedan actuar como un

reservorio para el virus para posteriormente transmitirlo a la circulación fetal, infectando los linfocitos fetales.⁷⁸

En cuanto a la infección posparto que ocurre a través de la alimentación con leche materna, se ha encontrado el virus en 73% de muestras de leche de mujeres positivas, con ayuda de técnicas de cultivos celulares y de biología molecular. El riesgo de esta transmisión puede variar dependiendo del tiempo de duración de la lactancia, la carga viral de la madre, la presencia de lesiones orales del lactante y/o presencia de lesiones en la glándula mamaria, entre otras.

Diagnóstico.

El diagnóstico de infección durante el embarazo, se realiza utilizando las mismas pruebas que se aplican a otros adultos. Se tratan de estudios que detectan anticuerpos para el VIH, como son las pruebas inmunoenzimáticas (ELISA) y la prueba de inmunoelectrotransferencia (WESTERN BLOT). Para mejorar la oportunidad del diagnóstico, se han desarrollado además las pruebas rápidas, cuyos resultados se obtienen a los 15 o 20 minutos, después de obtenida la muestra. Estas muestras son de especial utilidad en la transmisión de la infección perinatal, ya que el tiempo en que se realice el diagnóstico y se brinde el tratamiento antirretroviral (TARV), es crucial para disminuir el riesgo de transmisión.

Para el diagnóstico en niños, los métodos anteriores no son del todo eficientes, pues la transmisión de los anticuerpos de la madre al producto pueden generar falsos positivos; por esta razón, se deben utilizar herramientas como el cultivo viral, el DNA del VIH y la carga viral, que detecta RNA viral.⁷⁹

Tratamiento.

En ausencia de tratamiento, la evolución natural de la enfermedad por el VIH aboca necesariamente al desarrollo de SIDA al cabo de unos años. Así ocurre actualmente, por desgracia, en los países subdesarrollados.

Sin embargo, con la aparición en el año 1996, de la nueva y potente terapia combinada anti-retroviral, se consigue controlar el deterioro inmunológico producido por el virus y como consecuencia, prevenir el desarrollo de SIDA. Actualmente no es posible predecir el futuro a largo plazo de estos pacientes, que sin embargo, han visto prolongada su supervivencia con los nuevos tratamientos. Estas terapias, a pesar de su eficacia, no están exentas de serios inconvenientes; toxicidad, difícil cumplimiento, disminución de su eficacia (el virus puede hacerse

⁷⁸ Varela Trejo M. Carmen. (2006) Óp. Cit. Pp. 76-90

⁷⁹ Varela Trejo M. Carmen. (2006) Óp. Cit. Pp. 96-98

resistente) y elevado coste económico. Todos estos factores hacen que hoy por hoy, no sea posible pronosticar si un paciente concreto, actualmente en tratamiento, va a desarrollar SIDA en el futuro.

En México, el acceso al tratamiento para disminuir la transmisión vertical está disponible desde 1998, con lo que se garantiza el tratamiento a la madre y al hijo. Esta estrategia ha reducido el número de casos de niños infectados por esta vía.

El tratamiento recomendado para la mujer embarazada con VIH, incorpora las recomendaciones internacionales e integra los beneficios observados con el uso de la TARV altamente activa. Se ha mostrado que brindar el tratamiento óptimo a la madre, evitará la transmisión al niño y el riesgo de futuras resistencias a los antirretrovirales (ARV).

La guía para el manejo ARV de las personas con VIH/SIDA, establece el tratamiento para las mujeres embarazadas de acuerdo con el momento en que se realice el diagnóstico.

SITUACION CLÍNICA.

CONDUCTA A SEGUIR.

Primeras semanas de gestación.

Evaluar estadio clínico, Tc4 y carga viral.

Profilaxis o tratamiento TARV.

Profilaxis al recién nacido.

Más de 36 semanas de gestación.

Evaluar estadio clínico.

.

TARV.

Profilaxis para el recién nacido.

En el momento del parto.

TARV.

Profilaxis para el recién nacido.

Mujer con diagnóstico de VIH

Evaluar estadio clínico.

que se embaraza.

Evaluar seguridad del TARV y modificarlo si es necesario.⁸⁰

⁸⁰ Varela Trejo M. Carmen. (2006) Óp. Cit. Pp. 76-90

ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL NUMERO DE LACTANTES INFECTADOS.

- Detección oportuna de VIH en las mujeres embarazadas en etapas tempranas de la gestación o antes del parto.
- Asesoría y consejería para las mujeres embarazadas (confidencial).
- Detección de otras infecciones de transmisión sexual como sífilis.
- Ofrecer TARV.
- Parto por cesárea.
- Sustitución de la leche materna.

Debe considerarse que la salud de la madre determina en gran medida la salud de sus hijos, lo que afecta de manera directa la formación de capital humano. Así mismo debe tomarse en cuenta que la enfermedad o muerte de la madre tiene implicaciones graves, no solo para los hijos que deja, sino también para el funcionamiento de la comunidad en que habita. Las madres saludables tienen más tiempo para la interacción social, la ayuda mutua y la creación de redes que son prerrequisito para la formación de capital social. También se traduce en ahorros sustantivos en el futuro, pues eliminan la necesidad de incurrir en gastos de tratamiento de enfermedades que no se desarrollaran en la edad adulta como resultado de una infancia saludable, además de evitar mucho sufrimiento humano innecesario. Es necesario trabajar de cerca dentro del núcleo de la familia, para identificar los factores individuales de riesgo, especialmente modificando nociones preconcebidas de los roles de género.⁸¹

Contemplar el compromiso multilateral para fortalecer y extender la capacidad de aquellos espacios de algunas organizaciones de la sociedad civil, que garantizan la protección de los derechos de los infantes que carecen de soporte familiar, la satisfacción de sus necesidades básicas y el cuidado de su salud.

En México se han desarrollado proyectos de albergues para niños (as) huérfanos, que viven con VIH/SIDA y carecen de apoyo familiar; como lo son la Casa de la Sal y Fundación Ser Humano, que iniciaron actividades a finales de la década de los 80's e inicios de los 90's. además de ofrecer servicios sanitarios de salud y educación en escuelas públicas para los niños, implementan estrategias de sensibilización sobre el VIH/SIDA entre el personal educativo y sociedad en general, contribuyendo a la reducción del estigma y la discriminación.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, se atienden como anteriormente se ha mencionado, a los infantes de VIH con problemas adicionales de SIDA. Del 2006 a la fecha, se han registrado un total de 48 casos de VIH/SIDA, en los cuales

⁸¹ Quinino Pérez Frida, Rivera Pilar, Magis Carlos, Leyva René 2009 El VIH/SIDA en la Población Infantil- Transmisión Perinatal y Vulnerabilidad, CENSIDA. SSA México. Pp.99-145

se hablan de 16 casos relacionados, infectados con *Pneumocystis Carinni*, 1 con relación a infección parasitaria no específica, 6 casos relacionados con Neumonía Linfoide Intersticial, y 1 caso relacionado con Linfadenopatía generalizada⁸²

Evidentemente, la vulnerabilidad de los niños (as) afectados por la epidemia, se relaciona con las necesidades y problemas de sus familias. Por ello la generación de cambios estructurales para reducir dicha vulnerabilidad, supone el acceso a servicios integrales de salud para estos menores.

Una instancia que ha puesto en marcha una exitosa respuesta, es la Clínica de Inmunodeficiencias (CLINDI) del HIMFG; donde se atendieron los primeros casos de SIDA en menores. El aumento de la población afectada en este centro condujo a crear una clínica de manejo multidisciplinario, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de sus pacientes, quienes provienen de diferentes puntos de la República Mexicana.

Así, desde 1996 a la fecha, la CLINDI garantiza el acceso a TARV y a atención especializada en diversas áreas como psicología, nutrición, cardiología, neurología, odontología y laboratorio para infantes y adolescentes de entre 6 meses y 17 años de edad.

Los pacientes tienen acceso a TARV, lo que ha permitido disminuir la frecuencia de enfermedades y mejorar su calidad de vida.

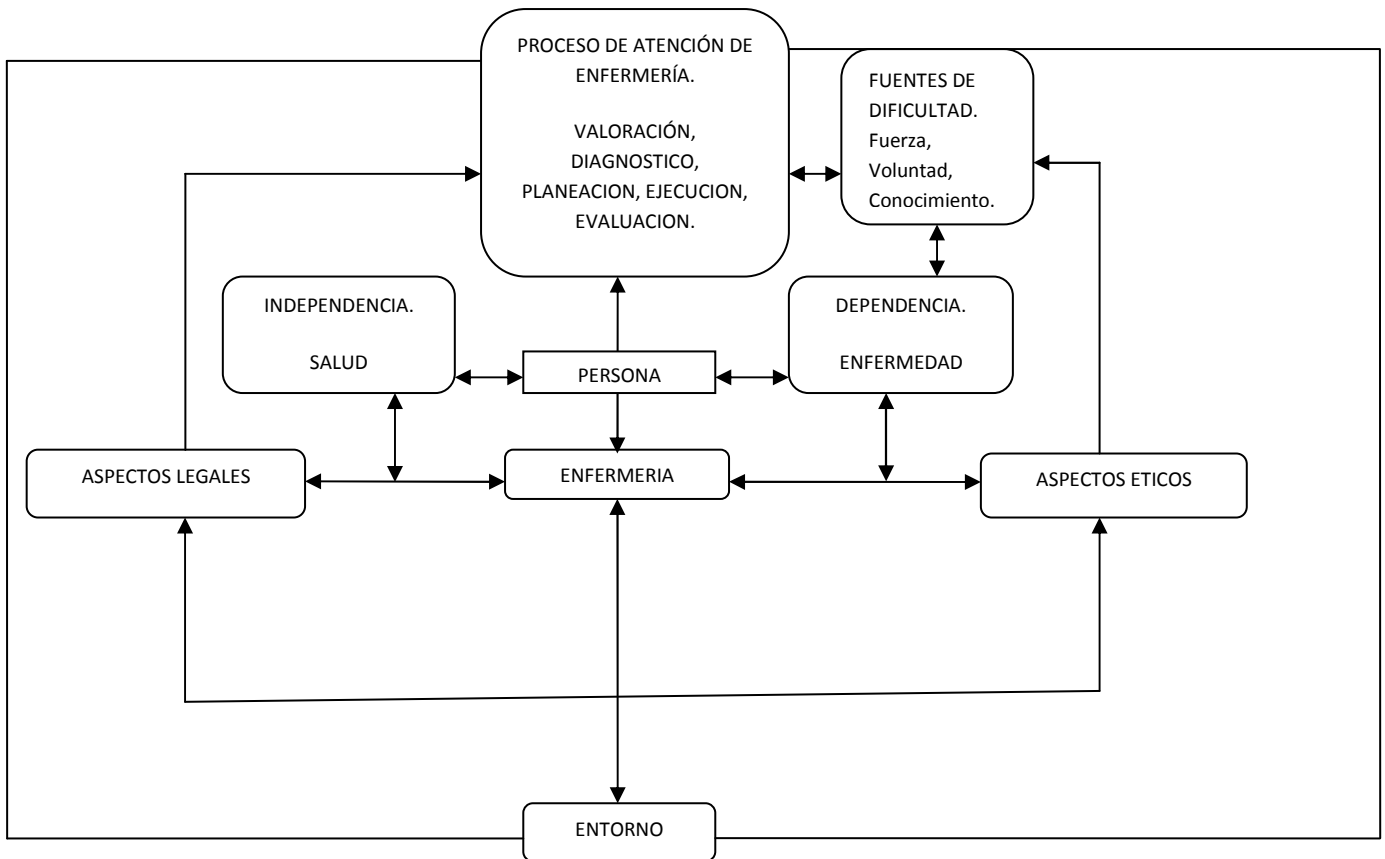
Se han reportado varios casos de menores que adquirieron la infección por vía perinatal y ahora tienen más de 16 años de edad, lo que ha planteado la necesidad de desarrollar estrategias para satisfacer las necesidades particulares de estos adolescentes.⁸³

⁸² Bioestadística del HIMFG 2006-2011.

⁸³ Cashast Cruz M. 2002 Impacto de la Terapia Antirretroviral en la Morbilidad y Mortalidad de una Cohorte de Niños Infectados por el VIH en el HIMFG. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la AMIMC. World Trade Center México.

Relación de las 5 etapas del Proceso Enfermero con la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, menciona que el individuo tiene 14 necesidades que debe satisfacer para alcanzar su independencia o salud, sin embargo la falta de alguna de ellas dirige al paciente a una dependencia, entonces como la función única de la profesional de enfermería es la de buscar la independencia de estas necesidades, es importante el tener un método sistemático y organizado para dar seguimiento a éste ser único en todas sus esferas biológicas, físicas psicológicas y espirituales, para reconocer las fuentes que impiden esta independencia y de alguna manera intervenir por supuesto, con todos los conocimientos requeridos y respetando los aspectos éticos, legales y su entorno. Dicha interacción se muestra en el siguiente esquema.



Elaboró: L.E.O. Belén Fernández Paxtián.

II METODOLOGÍA.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente proveniente de familia uniparental extendida, originaria del estado de Michoacán y residentes del Estado de México. Habitan casa propia de abuelos maternos, donde a su vez rentan 1 cuarto pequeño para 4 integrantes.

La mamá de 36 años de edad, escolaridad primaria, portadora de VIH y con quien se tiene una vinculación afectiva fuerte. Un medio hermano de 17 años de edad, sano, con escolaridad secundaria, dedicado a ayudante de electricista, quien aporta todo el ingreso económico familiar (2000 pesos quincenales), y quien también mantiene una vinculación afectiva fuerte con el paciente. Una media hermana de 8 años de edad, sana, cursa actualmente el 3er año de primaria, con vinculación afectiva fuerte con el paciente; y el paciente de 4 años de edad.

El baño y la cocina son compartidos con 4 familias más, de 5 integrantes cada una. La vivienda es de construcción de loza, con piso de cemento, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y servicio de transporte público para traslado.

Toda la familia profesa la religión católica con costumbres muy arraigadas. De nivel socio económico y escolar bajo, en hacinamiento, con hábitos de alcoholismo y tabaquismo positivos.

Relaciones afectivas con estrés entre personas adultas con la madre, estableciendo a su vez relaciones débiles de éstos para con el paciente.

Edwin, convive con 14 personas adultas y 10 menores que ignoran el diagnóstico de base del paciente.

Acude por vez primera a la institución en marzo 2007 por una interconsulta para valoración cardiológica por probable soplo cardíaco, ya que el paciente manifiesta fatiga severa y tos productiva al esfuerzo; y posteriormente a la recopilación de resultados de laboratorio, el día 15 de abril, es detectado portador de VIH.

El 23 de abril del 2007, es hospitalizado por neumonía por P.Jirovecci, necesitando apoyo de ventilación mecánica y adquiere múltiples infecciones oportunistas por citomegalovirus (CMV). Cuenta viral de 52mil células/mm³, es diagnosticado como VIH/SIDA C3 por transmisión vertical, e inicia con tratamiento antirretroviral (TARV), a base de Zidovudina + Lamivudina + KALETRA y es dado de alta por mejoría el día 27 de mayo. Se refiere la suspensión del tratamiento ARV en dos ocasiones por la mamá, llegando con carga viral en junio 2007 de 1, 710,000 células/mm³

El 27 de junio del 2011 nuevamente es hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad y sépsis por Salmonella D y Candidiasis oral. Determinación CD4 inmunosupresión severa, carga viral de 210,405 células/mm³, tratado con Cefotaxima/Dicloxacilina por 14 días y Fluconazol por 7 días. Finalmente dado de alta por mejoría el día 21 de julio.

El día 14 de agosto 2011 se hospitaliza nuevamente por Neumonía adquirida en la comunidad grave más pancitopenia recibe tratamiento nuevamente con Cefotaxima/Dicloxacilina por 10 días y es dado de alta el día 25 del mismo mes.

El día 13 de Octubre, acude a urgencias por presentar cuadros de distermias sin control, tos productiva de 24 horas de evolución con expectoración blanquecina, dificultad respiratoria, aleteo nasal y tiros intercostales, es diagnosticado una vez más como Neumonía adquirida en la comunidad, con aislamiento de S. Epidermidis y pneumoniae, broncoaspirado con blastocóndrias y pseudomicelas; requiriendo apoyo ventilatorio mecánico, así como de apoyo de aminas a través de acceso vascular central, colocación de línea arterial para monitorización, drenaje vesical con sonda Foley y aporte de Nutrición Parenteral Central (NPT).

La evolución es favorable y el día 17 de Octubre se retira el apoyo ventilatorio mecánico, apoyo aminérgico, línea arterial y sonda Foley.

El día 19 de octubre se retira el aporte de NPT e inicia vía enteral con dieta a base de licuados a 1700kcal/kg/día por sonda orogástrica y para el día 20 de Octubre, es ingresado al servicio de Pediatría I y II, donde es abordado el día 24 de Octubre.

Habitus exterior.

A la observación general, se trata de preescolar fenotípicamente masculino, con edad aparente menor a la cronológica, actitud libremente escogida, en cama con posición fetal lateral izquierda, sin facies características, físicamente integro, mesomórfico simétrico, palidez y resequedad tegumentaria generalizada. Sin presencia de movimientos anormales, huraño al tacto, viste únicamente pañal desechable, apariencia limpia; marcha no valorable. En este momento ocupa un cuarto aislado, acompañado de mamá todo el tiempo.

Se observan imágenes religiosas en cabecera de cama; ésta con barandales funcionales, cómodo y pato personal.

La habitación no tiene vista al exterior y la luz es tenue, por lo que la temperatura del área es extrema. Edwin no recibe más visitas familiares.

A la exploración física se observa mesocéfalo simétrico, con perímetro de 46cm, con implantación frontal delimitada de cabello abundante, sedoso, color castaño uniforme, de aspecto limpio, sin parásitos, hasta límites de nuca.

Sin presencia de crecimiento ganglionar retro auricular, cara redonda, simétrica, con resequedad en área de ambas mejillas, producida por fijación de cánula endotraqueal previa; tegumentos pálidos, sin cicatrices, manchas, deformidades, lunares o nevos; elástica, a la palpación sin zonas de dolor ni presencia de masas, temperatura conservada, pulsos temporales presentes.

Cejas completas, pobladas, simétricas; pestañas limpias, brillantes, en todo el arco palpebral, párpados definidos sin datos de edema ni dolor a la palpación. Reflejo corneal presente, conjuntivas brillantes, transparentes, esclerótica blanca, no se observa presencia de secreción.

Nariz integra, piel hidratada, simétrica en relación al rostro, no dolorosa a la palpación, ligera descarga transparente. Labios íntegros, semihidratados, pálidos. Paladar y mucosa oral integra, semihidratada y de coloración pálida. Lengua integra, pálida, semihidratada. Dientes primarios caninos con deterioro (trozos) y brote hasta el 1er. Molar superior y 2os. molares inferiores.

Úvula central con movimiento, integra, pálida. Amígdalas hiperémicas, hipertróficas; se refiere dolor a la deglución. Pabellón auricular a nivel de canto externo óptico, pálido, integro cartilaginoso, y lóbulo blando, sin dolor al contacto, meato auditivo permeable, de coloración rosada, sin inflamación con ligera producción de cerumen amarillo pardo, membrana timpánica integra.

Cuello simétrico corto, no se observa ingurgitación yugular, con cicatriz en ambos lados a este mismo nivel, relacionadas a instalación de accesos vasculares centrales con anterioridad, además de movimiento limitado hacia lado izquierdo; tráquea central, movable, con palpación de ganglios submentonarios, pulsos carotídeos presentes, rítmicos sincronizados y coordinados con pulsos radiales.

Tórax con tegumentos pálidos y resecos, sin presencia de masas, con cicatriz clavicular izquierda por acceso venoso central anterior, movimiento respiratorio toracoabdominal, con ligero tiraje intercostal, movimientos de amplexión y amplexación coordinados, presencia de frémito táctil, se palpa parrilla costal y clavículas integras, indoloras.

Sonido resonante intercostal a la percusión y se torna mate hacia el 5º espacio limitando el área cardiaca. Ruidos pulmonares bronco vesiculares y con estertores crepitantes gruesos en ambos campos, marcados en línea axilar, área cardiaca con sonido intenso, claro y arritmia sinusal, FC 77x', asimétrico con pulso

radial. En el tórax posterior se aprecia columna vertebral recta, lineal, sin presencia de masas, edema o deformaciones agregadas, sin datos de dolor al tacto.

Abdomen de contorno redondeado, con integridad cutánea, reseca y coloración pálida, signo de con movimientos respiratorios coordinados, se ausculta presencia de sonidos peristálticos, con frecuencia de 4 a 6 sonidos por minuto más audible en cuadrante inferior derecho, PA 51cm, con percusión timpánica y sonido mate en área hepática; sin dolor a la palpación, signo de lienzo húmedo negativo, blando depresible, sin presencia de masas, borde hepático a tres centímetros por debajo del borde costal derecho, se palpa el pulso aórtico en epigastrio y ligeramente asa intestinal de colon descendente.

Área rectal intacta sin inflamación ni prolapso, con leve eritema perianal, reflejo anal presente; genitales masculinos con bolsas escrotales ocupadas, sin datos de edema, hiperpigmentadas, rugosas con reflejo de retracción, prepucio retraído, meato urinario visible, central sonrosado, temperatura conservada. Acceso venoso central con inserción en ingle derecha, limpio y cubierto.

Miembros torácicos simétricos, tegumentos resacos y pálidos, con movimientos coordinados voluntarios, sin presencia de masas, presenta múltiples punciones en dorso de ambas manos, dolorosos al contacto, movimientos rotatorios, de abducción e inducción presentes e indoloros, articulaciones sin edema, temperatura conservada, con callosidad en dedo índice derecho, uñas carcomidas, llenado capilar inmediato, palmas sonrosadas, pulsos radiales palpables rítmicos, tono muscular resistente al movimiento pasivo, reflejo radial presente, bicipital y tricipital no valorables; miembros inferiores con resequeidad y palidez de tegumentos, simétricos con rodilla valga, temperatura conservada hasta tobillos, sin deformidades palpables, sin edema. Marcha por sí mismo sin ayuda, dificultad en la extensión y abducción de miembro pélvico izquierdo.

Pares craneales.

I Olfatorio. No logra distinguir olores.

II Óptico. Normal.

III Motor ocular común. Normal.

IV Patético. No valorable.

V Trigémino. Normal.

VI Motor ocular externo. Normal.

VII Facial. Normal.

VIII Vestibulococlear. Normal.

IX Glossofaríngeo. No identifica sabores.

X Vago. Normal.

XI Espinal. Normal.

XII Hipogloso. Normal.

Prueba de Denver: Presenta un retraso en el desarrollo, que corresponde a un niño de 3 años de edad.

Signos vitales: T/A 100/60, FC 77x', FR 18x', Temperatura 36°

Somatometría: Peso 17,500, Talla 98cm, PC46cm, PT45cm, PA51cm.

Laboratorios: Hb 9.5, Hto12.9, leucos 8.8, neutrófilos 48%, bandas 10, linfocitos 36%, plaquetas 61mil, albumina 3.7, proteínas 8.8, bt. 0.3, bd 0.07, bi 0.23, Na 134, Cl 102, K 3.3, P 4.7, Ca 8.2.

Gasometría: pH 7.4, PCO2 25, PO2 46.2, HCO3 15.8, EB 7.9, SaO2 79%, Lactato 1.4

Rx Infiltrado bilateral mixto, alveolar e intersticial.

Broncoaspirado negativo para P.Jirovecci 13-10-11

Tratamiento médico actual:

Dieta blanda con frutas y verduras

Leche entera 200ml c/12 horas.

Cefotaxima 875mgIV c/8hrs.

TMP/SMX 90mg IV c/6hrs.

Estavudina 17.5mg VO c/12hrs.

Lamivudina 50/5 7ml VO c/12hrs.

Kaletra 80/20 2.2ml VO c/12hrs.

Corpotasín 1tab VO c/8hrs.

2.2 PROCESO DE VALORACIÓN.

La selección del presente caso se realiza en el servicio de Pediatría I y II del HIMFG, durante la hospitalización del paciente en dicha sala. Se inicia la recopilación de datos a través de la realización de la entrevista con familiar inmediato, el expediente clínico y la exploración física, utilizando como apoyo el instrumento de valoración clínica en niño de 0 a 5 años de edad de la ENEO – UNAM (anexo 1); en el que se registran datos demográficos, antecedentes y conocimientos familiares, antecedentes individuales patológicos y no patológicos y la valoración de las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson.

También la hoja de reporte diario o de seguimiento de la ENEO-UNAM (anexo 2), que sirve de apoyo para realizar la valoración focalizada de cada una de estas necesidades; en ella se aportan datos objetivos y subjetivos, Habitus exterior y exploración física; en base a estos datos, se identifica el tipo de relación enfermera paciente y las fuentes de dificultad para establecer diagnósticos.

De la misma manera se detecta la duración y grado de dependencia y continuum independencia-dependencia de acuerdo a las gráficas propuestas por Phaneuf M. Y el registro del consentimiento informado (anexo 3), otorgado en este caso por la madre del menor.

2.3 PROCESO DE DIAGNÓSTICO.

Para la estructura de los diagnósticos se utiliza el formato de Problema, Etiología y Signos y Síntomas (PES) de acuerdo con el modelo conceptual de Virginia Henderson. De esta manera, se obtienen: 1 diagnóstico potencial, 6 diagnósticos reales, 1 diagnóstico de riesgo y 6 diagnósticos de salud; mismos que se señalan en el siguiente cuadro.

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA O INDEPENDENCIA	TIPO DE RELACION	TIPO DE PRIORIDAD	FECHA DE IDENTIFICACION
Seguridad y protección.	Potencial de infección r/c deficiencia inmunitaria.	Dependencia total permanente indefinida nivel 5.	Ayuda.	Alta.	21-October-2011.
Oxigenación.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de las secreciones m/p sonidos respiratorios crepitantes.	Dependencia transitoria ligera, de algunos días, nivel 3.	Ayuda.	Alta.	21-October-2011.
Higiene y protección de la piel.	Higiene oral ineficaz r/c falta de conocimiento en higiene oral m/p presencia de caries, desgaste de piezas dentales y halitosis.	Dependencia transitoria ligera de algunos días, nivel 3.	Ayuda.	Alta.	21-October-2011.
Comunicación.	Deterioro de la comunicación verbal r/c condiciones emocionales y falta de personas significativas m/p pronunciación de palabras poco claras.	Dependencia transitoria ligera de algunos días, nivel 3.	Ayuda.	Alto.	21-October-2011.
Movimiento y postura.	Deterioro de la movilidad física r/c posiciones forzadas por tratamiento clínico m/p movimientos limitados con molestia de cuello, de miembros superiores y de miembro inferior derecho.	Dependencia transitoria ligera de algunos días, nivel 4.	Ayuda.	Alta.	25-October-2011.
Realización.	Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p manifestaciones verbales de familiar de cambios en la interacción con las demás personas.	Dependencia transitoria moderada de algunos meses, nivel 5	Ayuda.	Alto.	25-October-2011.
Recreación.	Dependencia en la realización	Dependencia	Suplencia	Alto.	21-October-2011.

	de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p apatía y renuencia al tacto.	transitoria ligera de algunos días, nivel 3.			
Hidratación y nutrición.	Riesgo de desequilibrio nutricional r/c falta de conocimiento del cuidador principal acerca de hábitos dietéticos.	Dependencia transitoria ligera de algunos días, nivel 3.	Ayuda.	Alto..	24-October-2011.
Aprendizaje.	Disposición por parte del paciente y cuidador primario para mantener en independencia la necesidad de aprendizaje.	Independencia nivel 1	Ayuda.	Alta.	25-October-2011
Reposo y sueño.	Independencia en la necesidad de sueño y reposo, de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.	Independencia nivel 1.	Acompañamiento.	Media.	25-October-2011
Creencias y valores.	Disposición del cuidador primario para mantener en independencia la necesidad de creencias y valores de acuerdo a la edad y etapa de desarrollo del paciente.	Independencia nivel 2.	Acompañamiento.	Baja.	25-October-2011.
Eliminación.	Independencia de la necesidad de eliminación de acuerdo a los requerimientos del paciente preescolar.	Independencia nivel 1.	Acompañamiento.	Baja.	24-October-2011.
Termorregulación.	Independencia de la necesidad de termorregulación.	Independencia nivel 2.	Acompañamiento.	Alta.	25-October-2011.
Vestido.	Disposición del cuidador para mejorar los conocimientos del vestido de acuerdo a la edad y la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.	Independencia nivel 2.	acompañamiento	Bajo.	25-October-2011.

2.4 PLANEACIÓN.

METODO DE PLANEACIÓN.

Una vez obtenidos los datos de valoración y la identificación de diagnósticos, se continúa con la tercera etapa del proceso atención enfermería.

Para este estudio de caso, se realiza el seguimiento del paciente a través de la valoración focalizada de cada necesidad, y diseñar un plan de atención individualizado en el que se priorizan las necesidades con enfoque a la filosofía de Virginia Henderson.

Se formulan objetivos a corto y largo plazo, de acuerdo con los problemas detectados; y en base a la etiología como factor de alteración, se determinen estrategias, ya sean de tipo independiente, interdependientes o bien dependientes, con la finalidad de definir las actividades a ejecutar, que conlleven a evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente.

La documentación de dicho proceso se realiza por medio de un diseño de exposición de diagnósticos y sus objetivos.

La representación en cuadros, de la intervención, tipo de intervención, acción y fundamentación.

Y finalmente, se realiza la evaluación por necesidad de la eficacia de las estrategias elegidas, para el cuidado efectivo del paciente, utilizando las tres formas de evaluación propuestas por J. Christensen, Estructura, Proceso y Resultado.



NOMBRE DEL PACIENTE: Edwin C N

EDAD: 4 años. **SEXO:** Masculino. **REGISTRO:** 779179

Dx Medico: SIDA/VIH **NECESIDAD:** Seguridad y Protección.

Datos Subjetivos: La mamá refiere que en casa; convive con 25 personas entre niños y adultos. En particular un adulto mayor que padece frecuentemente cuadros respiratorios de etiología desconocida. Frecuentemente presenta eventos de fatiga al esfuerzo, teniendo que suspender la actividad que se encuentre realizando.

Esquema de vacunación incompleta. Madre (cuidador primario) portadora de VIH.

Conocido en la institución desde marzo 2007, que acude a valoración para descartar soplo cardiaco, y en abril del mismo año, es diagnosticado portador del virus de inmunodeficiencia humana por transmisión vertical. Para el día 23 del mismo, es hospitalizado con neumonía por P.Jirovecci, tratado con apoyo ventilatorio mecánico, y antibioticoterapia a base de Dicloxacilina y Cefotaxime; además adquiere múltiples infecciones oportunistas. Inicia tratamiento retroviral con Zidovudina + Lamivudina + KALETRA; es dado de alta. Es reportada la suspensión del tratamiento retroviral en dos ocasiones en casa, llegando a una carga viral de 1, 710,000 células/mm³. En junio del 2011, es ingresado nuevamente a hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad y sépsis por Salmonella D y candidiasis oral, determinación CD4 inmunosupresión severa, carga viral de 210, 405 células/mm³, recibe esquema de antibióticos Cefotaxime/Dicloxacilina por 14 días y Fluconazol por 7, dado de alta en julio 21, volviendo a reingresar el 14 de agosto, por misma causa de neumonía adquirida en comunidad y pancitopenia, es cubierto con mismo esquema de antibióticos por diez días y dado de alta el día 25; presenta nuevamente recaída el día 13 de octubre, requiere de apoyo ventilatorio mecánico, instalación de acceso vascular central, monitorización invasiva y drenaje vesical por sondeo, siendo retirados éstos dos últimos el día 17, con evolución favorable.

Datos Objetivos: **Peso** 17,500 **Talla** 100cm **FC** 77x' **FR** 20x' **TA** 100/60 **Temp.** 36.2°C

Otros. Laboratorios: leucocitos 8.8, neutrófilos 48%, linfocitos 36%, plaquetas 61mil
2-oct-2011 Broncoaspirado con aislados S. Epidermis, S. Pneumoniae, blastomicelias y
pseudomicelias. Pendiente recabar crecimiento de P. Jiroveci. (Negativo 12 Noviembre)

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, en posición fetal, sin facies características, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, se muestra huraño al tacto, porta pañal desechable limpio; cubierto con sábana blanca hospitalaria, no se valora marcha. Acceso vascular central safena izquierda.
- B) Exploración física de la necesidad:** Preescolar con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas, conjuntivas integras sin secreciones, mucosas orales integras rosadas y húmedas, lesión de ambas mejillas; en zona de colocación de fijación de cánula endotraqueal, piezas dentales con presencia de caries y desgaste en incisivos, uñas de miembros superiores carcomidas y con presencia de callosidad en dedo índice derecho. Acceso venoso central a nivel inguinal derecho, trilumen con el uso de uno solo para administración de medicamentos, por lo que se mantiene permeable con solución fisiológica. Se encuentra en habitación aislada en compañía permanente de su mamá, quien a su vez conoce medidas de seguridad intrahospitalarias para el paciente (barandales, tapetes antiderrapantes, salidas de emergencia, etc.)

Dx Diferencial: Potencial de Infección r/c deficiencia inmunitaria.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia total permanente indefinida nivel 5.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente no tendrá infección provocada por agentes comunes y oportunistas, evitándolas a través de medidas de prevención diarias.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de seguridad y protección, cada dos meses.	Todas las personas presentan vulnerabilidad a cualquier nivel de su persona: Vulnerabilidad frente a los peligros: susceptibilidad de ser amenazado en su

<p>Acciones. Directas Independientes</p>	<p>integridad física y psicológica; por su falta de precaución frente a la prevención de enfermedad física o psicológica y sufrir cansancio, fatiga y toda clase de molestias. Su predisposición a infecciones, enfermedades o accidentes, está relacionada a la falta de medidas preventivas, al estado de conciencia, factores socioeconómicos, salubridad del medio y conocimiento de sí mismo y del medio.</p> <p>Amenaza de las integridades físicas, psicológicas o ambas: amenaza o efecto de una enfermedad, o estrés a nivel físico o psicológico. El proceso fisiopatológico es específico según las diferentes patologías. En efecto según el agente estresante o causante de la enfermedad, el individuo vivirá diversas experiencias a nivel de su cuerpo de sus emociones y de su entorno. (Riopelle 1997)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con familiar y paciente para obtener el consentimiento. ❖ Lavado de manos. ❖ Inspección. Observar el estado físico general del paciente, presencia de lesiones a cualquier nivel corporal. ❖ Integridad tegumentaria, fragilidad o alteración en su superficie. ❖ Características de mucosas en cavidades. ❖ Características de anexos tegumentarios. ❖ Observar contorno que le rodea, actitudes del paciente, características o situaciones que puedan originar datos de accidentes o que puedan lastimar física o psicológicamente la integridad del paciente. ❖ Recabar resultados de laboratorio en busca de alteraciones que puedan ocasionar desequilibrio homeostático. ❖ Interrogatorio, antecedentes hereditarios, familiares, condiciones ambientales, que intervengan o alteren la independencia de la necesidad de seguridad y protección. 	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
2- La enfermera ayuda y fomenta la protección del paciente.	<p>La persona para defenderse, posee numerosos medios naturales, que impiden el ingreso de agentes externos a su organismo, sin embargo, añade a sus medios naturales de defensa, medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social.</p> <p>La habilidad de una persona, está influenciada por su edad. El niño adquiere el sentido del peligro a medida que se va desarrollando mentalmente, y desarrolla poco a poco la autoprotección contra los peligros hasta la edad adulta.</p> <p>(Riopelle 1997)</p>
<p>Acciones. Directas, independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Considerar la cultura del paciente y del familiar al fomentar la realización de actividades del cuidado de protección y seguridad ❖ Considerar la edad del paciente al promover la realización del cuidado. ❖ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. ❖ Proporcionar los objetos personales necesarios (jabón, champú, peine, cepillo de dientes, toalla, etc.) ❖ Facilitar que el paciente realice por sí mismo, la realización de medidas higiénicas básicas como el baño y el cepillado dental, bajo la supervisión de la enfermera y del cuidador primario, con el fin de retroalimentación así como de prevención de accidentes. ❖ Comprobar la limpieza de uñas, según las capacidades del paciente por a la edad y etapa de desarrollo. ❖ Controlar la integridad cutánea del paciente. ❖ Mantener rituales higiénicos. ❖ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de llevar a cabo por sí mismo sus cuidados. 	

3- La enfermera promoverá el control de infecciones.	Los individuos a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social.
--	---

**Acciones.
Directas-Independientes.**

- ❖ Mantener técnicas de aislamiento.
- ❖ Reforzar con el personal de cuidados, la técnica de lavado de manos.

TECNICA DE LAVADO DE MANOS.

Lavado de manos: higiénico y antiséptico

Son medidas higiénicas que persiguen eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

Procedimiento:

1. Mantener las uñas cortas. Las uñas cortas son menos susceptibles de retener microorganismos y de arañar a los pacientes.
2. Retirar las joyas de las muñecas y dedos, se puede llevar una alianza simple. Se puede subir el reloj más arriba del codo, o colocarlo en la ropa en un lugar en el que se pueda ver la esfera. Los microorganismos pueden situarse en la montura de las joyas. El lavado de manos y brazos se facilita por la ausencia de joyas.
3. Verificar la integridad de la piel de las manos, la presencia de padrastrós o de cortes debe ser señalada a la enfermera responsable antes de proceder al lavado de manos. Según los reglamentos del establecimiento, la enfermera puede ser asignada a otro trabajo, o debe llevar guantes para evitar el contacto de microorganismos patógenos. La utilización de lociones emolientes previene la formación de padrastrós y grietas.

Deben protegerse continuamente de todo clase de agresiones, ya sea las que provienen de agente físicos, químicos y microbianos como de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse, cuenta con numerosos medios naturales como las barreras primarias de defensa, que impiden la entrada de agentes externos en el organismo; también añade a sus medios naturales de defensa medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social. El ser humano se ve también amenazado en su propia integridad por estímulos que provienen de su entorno físico, social y de sus propias reacciones, con el fin de mantener su integridad utiliza mecanismos de defensa.

(Riopelle 1997)

**NO ME CONTAGIO,
NO CONTAGIO**

Debemos lavarnos las manos:



**CUIDEMOS LA SALUD DEL PACIENTE
Y LA NUESTRA**

4. Colocarse en frente del lavabo. Evitar apoyarse sobre el lavabo o salpicar el uniforme con agua. Doblar ligeramente las rodillas si el lavabo es muy bajo. *La humedad constituye un medio favorable para el crecimiento microbiano y contribuye a la contaminación del uniforme.*

5. Abrir el grifo. Existen cuatro tipos de mando para el grifo:

a) Las llaves que se abren con las manos. Utilizar una servilleta de papel para abrirlos.

b) Los mandos accionados por la rodilla.

c) Los mandos accionados por el pie. Apoyar sobre los pedales con el pie para regular la cantidad y la temperatura del agua.

d) Los mandos accionados por el codo. Abrir estos dispositivos con los codos, mejor que con las manos. Este tipo de grifos es más frecuentemente utilizado en la asepsia quirúrgica.

6. Regular la temperatura del agua para conseguir agua tibia. : *El agua caliente abre los poros y tiene mayor riesgo de irritar la piel que el agua tibia. Además el jabón es más irritante cuando los poros están abiertos. El agua caliente elimina la grasa protectora de la piel.*

7. Mojar las manos y los antebrazos pasándolos bajo el agua del grifo. Mantener las manos a un nivel inferior que los codos, de manera que el agua escurra de los codos a las manos. *El agua debe escurrir de la parte menos contaminada (codos) a la más contaminada (manos).*

8. Aplicar el jabón. Si se trata de jabón líquido utilizar de dos a cuatro mililitros. Si se trata de una pastilla de jabón friccionar firmemente las palmas de las manos. Tener cuidado de enjuagar bien el jabón antes de dejarlo en la jabonera. *El enjuague elimina microorganismos del jabón.*

9. Con un movimiento rotativo, lavar cuidadosamente la palma, el dorso y la muñeca de cada mano. Entrecruzar los dedos y frotar las manos una contra otra en un movimiento de vaivén durante 20 a 25 segundos. *El movimiento rotativo contribuye a quitar los microorganismos de la piel mientras que el entrecruzar los dedos permite limpiar los espacios*

interdigitales.

10. Para un lavado de un minuto repetir las etapas descritas en los párrafos 7, 8 y 9. Para un lavado de dos a tres minutos, repetir las etapas siete a nueve y alargar el período de lavado. Se recomiendan lavados de una duración de: - Dos minutos al comienzo y al fin de un período de trabajo. - Un minuto después de haber tocado el material contaminado antes del almuerzo o la comida y antes de preparar los medicamentos. - Treinta segundos entre cada cliente. - Tres minutos antes de manipular material estéril.

11. Secar bien las manos con una servilleta desde los dedos hacia los codos. Tirar la servilleta en un recipiente adecuado. *La piel húmeda se agrieta fácilmente esto puede provocar la aparición de lesiones. El secar las manos desde la parte más limpia hacia la parte menos limpia a fin de evitar contaminar las manos.*

12. Cerrar el grifo. Tomar la precaución de protegerse las manos con una servilleta de papel antes de cerrar la llave del grifo.

13. Aplicar una loción para las manos si la piel está seca. *La loción previene la sequedad y las fisuras de las manos.*

<http://enfermeriaua0811.wetpail.com/page/Lavado+de+manos>

- ❖ Instruir al paciente y familiar acerca de la técnica correcta del lavado de manos.
- ❖ Lavarse las manos antes y después de cada actividad con el paciente.
- ❖ Garantizar la asepsia en el cuidado de las líneas intra vasculares.
- ❖ Fomentar una ingesta nutricional adecuada.

- ❖ Administrar terapia retroviral y antibiótica.

<p>CEFOTAXIME.</p> <p>875mg IV C/8hrs.</p>	<p>Antibiótico cefalosporínico bactericida, resistente a la mayoría de betalactamasas, activo contra un amplio rango de bacterias gram positivas y gram negativas.</p> <p>El efecto bactericida resulta de la inhibición de la síntesis de la pared celular, se debe a la presencia del anillo de beta lactama en el ácido cefalosporánico, el cual se une a la enzima transpeptidasa para evitar la formación de peptidoglicano, principal constituyente de la pared. De igual manera, las bacterias que producen beta lactamasas, hidrolizan el anillo beta-lactama convirtiendo el núcleo original en un compuesto biológicamente inactivo. No tiene absorción intestinal y su administración es parenteral.</p> <p>EFFECTOS ADVERSOS. Efectos sobre el Cuadro Hemático: trombocitopenia, eosinofilia y leucopenia. Como sucede con otros antibióticos betalactámicos, durante el tratamiento con Cefotaxima puede aparecer granulocitopenia y raras veces agranulocitosis, especialmente si se administra durante periodos prolongados. Se han comunicado raros casos de anemia hemolítica. Efectos sobre el Riñón: elevación transitoria de la creatinina y de urea sérica, y en casos excepcionales puede aparecer nefritis intersticial. Efectos sobre el Aparato Digestivo: náuseas y vómito, diarrea, dolor abdominal. Debe considerarse la posibilidad de colitis pseudomembranosa.</p> <p>www.crespal.com/ver_producto.php</p>
<p>TRIMETROPIMA</p> <p>SULFAMETOXAZOL.</p> <p>90mg IV c/6hrs.</p>	<p>CON</p> <p>Indicado para el tratamiento de infecciones ocasionadas por gérmenes sensibles. La síntesis del tetrahidrofolato se inicia a partir del ácido p-aminobenzoico. Precisamente a este nivel actúa el Sulfametoxazol, que bloquea la enzima responsable de la síntesis debido a su parecido estructural. Un paso posterior es la unión de dos moléculas de dihidrofolato en una sola de tetrahidrofolato. Es en este paso donde actúa la Trimetoprima, ya que es análoga al dihidrofolato, por lo que bloquea la enzima responsable de la unión. Esta reacción tendría un efecto altamente tóxico en el ser humano, pero debido a que la afinidad de las bacterias por la Trimetoprima es mucho más elevada que la de las células humanas, se pueden utilizar dosis lo suficientemente bajas para que no hagan daño al organismo humano mientras que son lo suficientemente altas como para interferir el metabolismo de las bacterias. Las bacterias no son capaces de extraer tetrahidrofolato del medio, por lo que dependen de su propia síntesis para conseguirlo. Evitar esta síntesis termina originando un</p>

<p>MEDICAMENTOS RETROVIRALES. LAMIVUDINA (AZT). 7ml VO c/12hrs.</p> <p>KALETRA. 2.2ml VO c/12hrs.</p> <p>ESTAVUDINA (3TC). 7ml VO c/12 horas.</p>	<p>déficit metabólico en la bacteria, facilitando su muerte e impidiendo su reproducción. Se trata, por tanto, de antibióticos bacteriostáticos en cuanto a su mecanismo de acción. Al ser una asociación de dos fármacos, las posibles interacciones dependerán de las características propias de cada fármaco, así como de la idiosincrasia de la combinación entre ambos.</p> <p>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Son poco frecuentes y generalmente consisten en náusea, vómito, anorexia, cefalea, vértigo, urticaria y rash. www.facmed.unam.mx/.../Trimetoprima Sulfametoxazol.</p> <p>Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos bloquea la producción de una enzima utilizada por el virus. Es un análogo de la citosina con un espectro y mecanismo de acción similares a los de la Zalcitabina.</p> <p>REACCIONESADVERSAS En general, la tolerancia a Lamivudina es buena, al menos hasta dosis de 4mg/kg/12h. Las principales reacciones adversas que produce son la neurotoxicidad (neuropatía periférica), pancreatitis y hepatitis, por lo que es importante el control de los enzimas de estos órganos. El tratamiento con Lamivudina deberá interrumpirse inmediatamente si aparecen signos indicativos de pancreatitis.</p> <p>Kaletra es un inhibidor de CYP3 (citocromo p-450 3A) in vivo e in vitro. La coadministración de Kaletra y fármacos metabolizados principalmente por CYP3A (por ejemplo bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de HMG-CoA reductasa, inmunosupresores y Sildenafil) puede resultar en concentraciones plasmáticas incrementadas de los otros fármacos que pueden aumentar o prolongar su efecto terapéutico y efectos indeseables.</p> <p>Es un tipo de medicamento llamado inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (NRTI, por sus siglas en inglés). Esta clase de medicamentos bloquea la transcriptasa inversa, una proteína que el VIH necesita para multiplicarse.</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asegurar la ingestión de los medicamentos por el paciente. ❖ Enseñar al paciente y al familiar a evitar infecciones ❖ Fomentar una preservación y una preparación segura de los alimentos. 	<p>Es un análogo del nucleósido timidina y se utiliza generalmente asociado a otros fármacos antirretrovirales como el Indanavir y la Lamivudina, con objeto de evitar la aparición de resistencias.</p> <p>Además de sus efectos deseables, este medicamento puede causar algunos efectos adversos: ardor, insensibilidad, dolor u hormigueo en las manos, los brazos, los pies o las piernas; fiebre; dolor de las articulaciones o los músculos; náuseas, dolor intenso del estómago; erupción cutánea; o vómito. Otros efectos secundarios pueden ser leves y disminuir o desaparecer con el uso continuo del medicamento. Entre los efectos secundarios leves de este medicamento están: escalofríos y fiebre, diarrea, dolor de cabeza, falta de apetito o pérdida de peso, dolor leve del estómago, redistribución de la grasa en el cuerpo, dificultad para dormir, cansancio o debilidad poco comunes.</p> <p>http://mexico.cnn.com/salud/2010/07/18/el-contagio-de-vih-podria-disminuir-por-el-tratamiento-con-retrovirales.</p>
--	---

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>4.- La enfermera promoverá la protección contra las infecciones.</p>	<p>El SIDA es una enfermedad provocada por un virus, el VIH, que destruye las defensas del cuerpo humano, dejándolo desprotegido ante cualquier infección. Es la última fase de una enfermedad contagiosa, hasta ahora incurable y mortal, que se puede prevenir.</p>
<p>Acciones. Directas. Independientes e Interdependientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar y dar a conocer al 	

<p>familiar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. (fiebre, hipotermia, aparición de lesiones orales, palidez de tegumentos, secreciones oftálmicas, cargas nasales o tos productiva)</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.❖ Fomentar una ingesta nutricional suficiente adecuada para la edad y etapa de desarrollo.❖ Señalar al familiar y al paciente la importancia de tomar los medicamentos tal y como está prescrito.	<p>Así, el VIH-SIDA destruye las defensas del cuerpo al permitir que otros microbios puedan producir enfermedades mortales.</p> <p>Una vez que el organismo ya no cuenta con defensas, puede entrar cualquier microbio y provocar distintas infecciones, ante las pobres respuestas de defensa, entonces se dice que la persona tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. En ese momento, el organismo puede ser atacado por cualquier enfermedad, es de gripe, diarrea, enfermedades respiratorias, infecciones de la piel, hasta otras más severas, sin posibilidad de curación; esto es, la enfermedad se agudiza y la persona entra en fase terminal, es decir, puede morir.</p> <p><i>www.conevyt.org.mx/cursos/encicloped/sida.html</i></p>
--	---

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. La institución provee de material necesario para la realización de las estrategias planteadas, en beneficio de la salud del paciente; cabe mencionar que la terapia retroviral, es facilitada por la institución a través de la Clínica de Inmunodeficiencia Infantil (CLINDI), apoyando considerablemente la economía de la familia.

PROCESO. El interés que muestra la madre por mejorar los cuidados brindados a su niño sobre todo para protección, permite que se oriente ampliamente sobre el tema. Posteriormente, se ha realizado un plan de alta apoyado en el documento brindado por la ENEO; (anexo) en el que se mencionan los cuidados específicos necesarios, así como la elaboración de un tríptico para el cuidador primario y de esta manera retroalimentar las acciones llevadas a cabo. Dichos documentos se presentan al final de la evaluación de la necesidad de protección.

RESULTADO. El objetivo hasta el momento se ha cumplido, señalando la importancia de las medidas preventivas así como de la colaboración y el apoyo del familiar en el cuidado del paciente, sin embargo teniendo en cuenta las consecuencias de la enfermedad y en la susceptibilidad que mantendrá indefinidamente, continuará en una dependencia total permanente nivel 5; de ahí la importancia de aplicar las medidas de prevención.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Edwin C. N.

Edad: 4 años **Sexo:** Masculino **Fecha de Ingreso:** 13 de octubre 2011 **Fecha de egreso:** 26 de octubre 2011

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

Es importante la limpieza del medio que rodea al niño, ya sea en la casa, en su persona y de las demás personas que con él conviven.

Evitar la convivencia con vectores.

Evitar los cambios bruscos de temperatura, los lugares con hacinamiento.

Realizar aseo personal; lavado de manos, cepillado dental, baño y cambio de ropa periódicamente.

2. Orientación dietética:

Consumir alimentos ricos en fibra como lo son las frutas con cascara y las verduras, ambas previamente bien lavadas y desinfectadas.

Puede consumir carne y productos de origen animal, evitando los embutidos y las grasas.

Agua natural o de frutas de temporada.

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
Kaletra	2.2ml	8-20hrs	V.O.
Estavudina	17.5mg	9-21hrs	V.O.
Lamivudina	7ml	10-22hrs	V.O.

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

Si presenta temperatura corporal de 38° C. o más.

Si presenta dificultad para respirar, fatiga excesiva, falta de aire, que se ponga morado o pálido.

Si presenta diarrea o vómitos de difícil control.

Recurrir a urgencias.

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

Limpieza.

Masajes en el área del cuello hacia enfrente y atrás a los lados y movimientos rotatorios. Y en miembro pélvico izquierdo, ejercicios de flexión y extensión, además de posición elevada por momentos, estos pueden ser a la hora de acostarse. También se puede recurrir a la aplicación de compresas frías para desinflamar y relajar el musculo.

6. Fecha de su próxima cita: 26 de noviembre 2013.

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

Tríptico de cuidados en el hogar.

Fecha: 26 de octubre 2013

Nombre de la enfermera: LEO. Belén Fernández Paxtián.

QUE CUIDADOS DEBO DE LLEVAR A CABO EN CASA.

Es importante que se realice un buen lavado de manos.

Una adecuada técnica de higiene bucal, y visita cada seis meses al dentista.

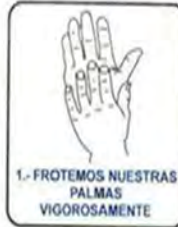
Tomar los medicamentos indicados, a la hora indicada.

Dormir por lo menos 10 horas.

Realizar 3 alimentos al día, balanceados, disminuir los azúcares y comida chatarra.

NO ME CONTAGIO, NO CONTAGIO

Debemos lavarnos las manos:



CUIDEMOS LA SALUD DEL PACIENTE Y LA NUESTRA

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ.

Dr. Márquez 162.
Colonia Doctores
CP 06720
Delegación Cuauhtémoc.
Teléfono. 52.28.99.17

Elaboró: L.E.O. BELÉN FERNÁNDEZ PAXTIÁN.

CUIDADOS EN EL HOGAR PARA PREVENIR INFECCIONES.



Cuidarte es el hábito más saludable.

Alimentación.

Medidas.



El buen comer significa, el combinar las cuatro clases de alimentos, balancearlos entre las tres comidas que se realizan al día; desayuno, comida y cena.

Una adecuada alimentación proporciona al cuerpo la energía necesaria para las defensas primarias necesarias para el mantenimiento de la salud.

ES IMPORTANTE SABER.

Antes de preparar los alimentos, lavarse las manos.

Combinar en los alimentos los vegetales incluidas las frutas en gran cantidad toda la que guste.

Los cereales incluye el pan, las tortillas, los tamales, papas. Estas se deben consumir en menor cantidad pero no deben de faltar en la dieta y se pueden combinar con legumbres y alimentos de origen animal.

Las leguminosas son garbanzos, frijoles, habas, etc.

Los alimentos de origen animal son las carnes, la leche, el queso, el huevo. Estos al igual que las leguminosas deben de ser consumidos en menor cantidad, quizás dos o tres veces a la semana sería suficiente.

El plato esta adecuado en la alimentación de los mexicanos, no incluye azucars, pues las azucars de la misma fruta o de los alimentos se consideran suficiente.

Se debe evitar combinar alimentos de la misma clase por ejemplo el huevo con otros alimentos de origen animal.

Nombre del producto o servicio

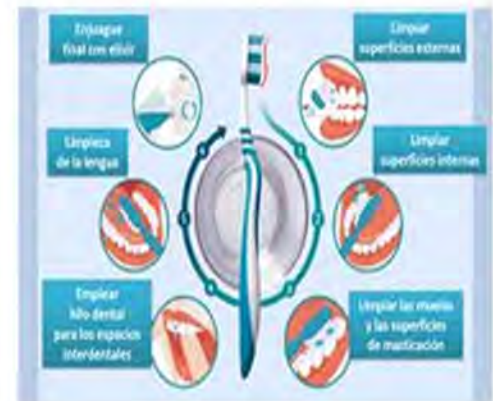
Es recomendable posterior a cada alimento realizar el cepillado de dientes, recuerde que los residuos de alimento en las piezas dentales, originan la creación de bacterias y por ende las caries.

Recuerde utilizar un cepillo personal, el hilo dental entre dientes y una pasta adecuada con flúor para el niño.

Procure que sus objetos personales sean individuales, es decir que no se mezclen con las de otras personas, esto es con el fin de evitar que se transmitan bacterias o virus que pueden ser dañinas para el niño.

No olvide sus citas medicas para control y adquisición de medicamentos, así como sus visitas al dentista.

¿Cómo lavarse los dientes?





NECESIDAD: Oxigenación.

Datos Subjetivos: La madre refiere que constantemente presenta fatiga y sofocación al esfuerzo. Acude por primera vez en marzo del 2007 a consulta para interconsulta para valoración cardiológica por probable soplo cardíaco, por presentar fatiga severa y tos productiva al esfuerzo, y se inicia seguimiento, para el 15 de abril previa recopilación de análisis de laboratorio, es diagnosticado como portador de virus de inmunodeficiencia adquirida.

Abril 23, es hospitalizado por neumonía por P.Jirovecci, necesitando ventilación mecánica fase III, por 3 días.

27 junio del 2011 segunda hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad requiriendo ventilación mecánica por 2 días.

Agosto 2011 nuevamente hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad, requiriendo 1 día con fase III de ventilación.

Octubre 2011 hospitalización reciente con cuadro repetitivo de neumonía adquirida en la comunidad reportándose grave, esta vez utiliza ventilación mecánica fase III por 5 días y es necesario el aporte de aminas por 7 días.

Datos Objetivos: **Peso** 17,500 **Talla** 100cm **FC** 77x' **FR** 20x' **TA** 100/60 **Temp.** 36.2°C

Laboratorios: Hb 4.5, Hto 12.9, Leucocitos 8.8

Gasometría. Ph 7.4, PaCo 25, Hco3. 15.8 EB7.9, SaO2 79, Lactato 1.4.

Rx. Infiltrado bilateral mixta alveolar e intersticial.

Broncoaspirado para P.Jirovecci negativa 22-10-12

A) Observación general: Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro,

mesomórfico, con simetría corporal, en posición fetal, sin facies características, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, se muestra huraño al tacto, porta pañal desechable limpio; cubierto con sábana blanca hospitalaria, no se valora marcha. Acceso vascular central safena derecha.

B) Exploración física de la necesidad: Preescolar con palidez generalizada de tegumentos, nariz centrada simétrica, narinas permeables, sin aleteo, sin descarga de secreciones, sin dolor a la palpación. Laringe hiperémica, con amígdalas hipertróficas. Tráquea central desplazable, palpación de ganglios submentonarios, pulso temporal yugular y carotideo palpables, simétricos y rítmicos sin ingurgitaciones. Ligero estridor laríngeo inspiratorio. Tórax redondo, respiraciones toraco-abdominales, movimientos de amplexión y amplexación simétricos, regulares y rítmicos, con discreta retracción subesternal y subcostal, con frémito bilateral palpable en tórax anterior. A la percusión se aprecia sonido mate en espacios intercostales bilaterales delimitando área cardiaca en el 5° espacio. A la auscultación se aprecian estertores crepitantes en ambos campos, con mayor volumen en zonas laterales. Ruidos cardiacos entre segundo y quinto espacio intercostal; ruidos rítmicos, sincrónicos, sin soplos. Pulso femoral poplíteo y pedial palpables, rítmicos, uniformes y simétricos, pulso dorsal de intensidad débil en ambos miembros. Llenado capilar periférico inmediato y leve cianosis distal ungueal. Presenta ligero reflejo de tos no productiva.

Dx Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de las secreciones m/p sonidos respiratorios crepitantes.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 3.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente lograra obtener una vía aérea permeable, a través de un programa de terapia respiratoria; para lograr un eficaz intercambio de gases, en el lapso de un día.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera realizara le valoración de la necesidad de oxigenación c/8hrs.	Normalmente, el oxígeno llega al cuerpo a través del aire que se respira. La sangre lo transporta a las células y regreso material de desecho, dióxido de carbono, a los pulmones para eliminarlo en el aire espirado. Llamamos respiración al intercambio de oxígeno y bióxido de carbono, que ocurre entre la atmosfera y las células del cuerpo. En este proceso participan dos sistemas principales: pulmonar y cardiovascular. Los problemas
Actividades. Directas independientes.	
❖ Informar al familiar y al paciente del procedimiento con la finalidad de obtener consentimiento. ❖ Interrogatorio de	

<p>antecedentes personales patológicos t no patológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lavado de manos. ❖ INSPECCIÓN. <ul style="list-style-type: none"> - Coloración de piel. - Anatomía de nariz. - Presencia de secreciones. - Observar características de respiraciones (ruidosas, quejido audible, abdominales, torácicas, con dificultad, etc.) - Características de faringe. - Características de amígdalas. - Presencia de ingurgitación yugular. - Presencia de secreciones faríngeas. - Movimientos respiratorios amplexación, amplexión. - Coloración, temperatura y llenado capilar distal. ❖ PALPACIÓN. <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de dolor a la palpación de área y periferia de nariz. - Presencia de masas en área de nariz y cuello. - Ganglios linfáticos palpables. - Desplazamiento traqueal. - Pulsos yugulares y carotídeos intensidad, simetría, frecuencia. - Frémito táctil en área torácica. - Movimientos de amplexión y amplexación. - Pulsos radiales, cubitales, poplíteos; intensidad, sincronía, simetría, ritmo, frecuencia. ❖ PERCUSIÓN. <ul style="list-style-type: none"> - Periferia del área nasal. - Espacios intercostales. - Delimitar área cardiaca. 	<p>en cualquiera de ellos o una cantidad insuficiente de oxígeno en la atmosfera, puede impedir la satisfacción muy básica de oxígeno.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ❖ AUSCULTACIÓN. - Sonido respiratorio de nariz. - Presencia de estridor laríngeo. - Campos pulmonares, entrada y salida de aire. - Sonidos ventilatorios. - Sonidos de focos cardiacos. - Presencia de soplos. - Frecuencia cardiaca, intensidad, ritmo, frecuencia. 	
---	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN.
<p>2- La enfermera participará en el drenaje de secreciones por medio de la fisioterapia pulmonar.</p>	<p>El drenaje postural facilita el drenaje de las vías respiratorias a través de la eliminación del esputo de los pulmones, a fin de ayudar a la ventilación máxima, la posición del paciente dependerá de las áreas por drenar. La percusión del tórax ayuda a desalojar el moco y con frecuencia se practica en combinación con la posición. (Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informar al paciente y familiar acerca del procedimiento y objetivos. ❖ Lavado de manos. ❖ Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria. ❖ Determinar los segmentos pulmonares que necesitan ser drenados. ❖ Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. ❖ Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada. ❖ Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos, alrededor 	

<p>de 10 a 15 minutos, tres o cuatro veces al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural. ❖ Observar la tolerancia del paciente por medio de la saturación tisular, ritmo, frecuencia respiratoria y cardiaca y niveles de comodidad. 	
---	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN.
<p>3- La enfermera aplicará estrategias para mejorar el reflejo de tos como medida para la limpieza pulmonar.</p>	<p>La tos sirve para proteger nuestras vías respiratorias, manteniéndolas despejadas para que podamos respirar. Una tos ayuda a despejar las vías respiratorias del moco producido en exceso, materias extrañas o sustancias nocivas; así también puede ayudar a propagar infecciones o incluso impedir que hacer actividades cotidianas. Las anomalías o alteraciones del reflejo de la tos pueden llevar a una tos débil o ineficaz.</p> <p>Durante un acceso de tos, se elimina el contenido de las vías respiratorias mediante varios mecanismos. El alto flujo de aire en las vías respiratorias hace que se expulsan las materias extrañas y las flemas. Asimismo, durante la exhalación forzada se reduce el tamaño de las vías respiratorias, comprimiendo así las secreciones de las vías respiratorias más pequeñas y dentro de las vías respiratorias más grandes, donde el flujo de aire puede exhalar la materia extraña. Finalmente, hay un cascabeleo o silbido que se produce durante la tos que ocasiona una vibración de las vías respiratorias, lo cual literalmente sacude las mucosidades de las vías respiratorias.</p> <p>www.internet.uson.mx/webpers/hstone/latos.htm</p>
<p>Actividades. Directas Interdependientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indicar al paciente a realizar varias respiraciones profundas. ❖ Indicar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva. ❖ Ordenar al paciente que inspire profundamente, se incline directamente hacia adelante y realice tres o cuatro soplos. ❖ Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire 	

lentamente y a que tosa al final de la exhalación.

- ❖ Poner en práctica técnicas de apretar y soltar súbitamente la caja torácica lateral durante la fase de espiración de la maniobra de tos.
- ❖ Mientras tiene lugar la tos, comprimir abruptamente el abdomen por debajo del xifoides con la mano plana, mientras se ayuda al paciente a que se incline hacia adelante.
- ❖ Ordenar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas.

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. Para la realización de las estrategias planteadas se encuentra con la limitación de algún material como lo es en el caso de la ropa, ya que no se cuenta con almohadas para el apoyo de la postura, pero se cuenta con el departamento de rehabilitación que por medio de sus medidas terapéuticas contribuyen en el favorecimiento de la expulsión de secreciones.

PROCESO. En conjunto con el personal de rehabilitación, le enseña a la madre como realizar técnicas de palmo percusión y estímulo de la tos, para que por medio de ella se dé continuación en caso necesario.

RESULTADO. Los ruidos ventilatorios de Edwin, mejoran posteriormente pero no del todo; es importante recordar que por los eventos que previamente ha presentado y por el que ha sido internado, se ha desarrollado una afectación pulmonar aguda; es por ello que aun continuará en una dependencia ligera transitoria de algunos días nivel 3. Ante esto, se continuará su valoración y la realización del procedimiento mientras sea necesario.



NECESIDAD: Higiene.

Datos Subjetivos: La mamá refiere que los procedimientos básicos de higiene se realizan por Edwin, por órdenes y bajo la supervisión.

Acostumbra el baño diario por las mañanas y no es de su agrado, con cambio de ropa hasta dos veces por día. Realiza el lavado de manos él mismo antes de comer y después de ir al baño, pero necesita recibir la orden y vigilancia para que lo realice realmente y “bien”, lavado de dientes solo una vez al día sin uso de hilo dental ni enjuague “generalmente es por las noches y no sabe cómo pues desperdicia pasta dental y agua”

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, en posición fetal, sin facies características, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, se muestra huraño al tacto, porta pañal desechable limpio; cubierto con sábana blanca hospitalaria, no se valora marcha. Acceso vascular central safena derecha.
- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** Cabello abundante, bien implantado, sin presencia de zoonosis, limpio, despeinado. No se observan secreciones de mucosas oculares, nasales ni orales; con presencia de halitosis y piezas premolares superiores y premolares y molares primarios inferiores con caries, además de dientes incisivos con deterioro (trozos). La piel se observa reseca, con pérdida de la continuidad a nivel de inserción de acceso vascular central, que se mantiene cubierto, limpio y seco. Uñas de miembros superiores rotas y carcomidas y callosidad en índice derecho. No se perciben olores corporales desagradables.

Diagnósticos de Enfermería. Higiene oral ineficaz r/c falta de conocimiento en higiene oral m/p presencia de caries, desgaste de piezas dentales y halitosis.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 3.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente lograra demostrar una técnica de higiene oral eficaz, para llevarla a cabo diariamente.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN.
1- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de higiene.	Tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana al igual que mantener sus faneras (pelos, cabellos uñas y dientes) limpios y cuidados, tiene la finalidad de protección contra cualquier penetración de sustancias perjudiciales o nocivas para el organismo. La piel es la primera barrera de defensa del organismo, con el ambiente. (Riopelle 1997)
Acciones. Directas. Independientes.	
<ul style="list-style-type: none">❖ Inspección: Observar la apariencia del cabello, presencia de zoonosis.❖ Presencia de descarga a nivel de oídos (cerumen), ojos, nariz y boca.❖ Observar presencia de caries dental, características de piezas dentales (limpias, sucias, completas), características del aliento.❖ Apariencia limpia o sucia del resto de la piel.❖ Uñas, cortas o largas, limpias o sucias.❖ Percepción de desprendimientos de olores corporales desagradables.❖ Interrogatorio: Hábitos higiénicos personales acostumbrados y conocimientos personales de higiene.	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN.
<p>2- La enfermera apoyará en la realización de cuidados de higiene oral.</p>	<p>Higiene es la ciencia de la salud y su conservación, por lo que es importante para la salud general de una persona. Cuidar la higiene personal y el aliño son funciones independientes importantes para los niños.</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	<p>Las prácticas de higiene se aprenden.</p>
<p>❖ Ayudar al familiar a realizar el aseo oral del paciente.</p>	<p>La salud general de la persona, afecta tanto el estado de su piel y apéndices, dientes y boca, como su capacidad de atender su higiene personal.</p>
<p>PROCEDIMIENTO DE CEPILLADO DENTAL.</p>	<p>Las costumbres higiénicas varían con las normas culturales, la idiosincrasia y valores personales y la capacidad de conservar buenas costumbres de limpieza y aliño.</p>
<p>Utilice una pequeña cantidad de pasta de dientes (del tamaño de un chícharo) con cantidades adecuadas de flúor, aprobada por la Asociación Dental Mexicana (500 a 550ppm) Verificar que los niños no se traguen la pasta de dientes. En un cepillo de dientes que debe ser de mango largo, cabeza pequeña que cubra de 2 a 3 dientes adyacentes y cerdas suaves que permitan una buena remoción, y con ángulo anatómico (45° aprox.). Además se recomienda su cambio cada 2-3 meses o antes si sus cerdas han sido deformadas. El vaso o recipiente de almacén debe ser personal para evitar la colonización cruzada de bacterias.</p>	<p>(Du Gas Beverly Witter 1996).</p>
<p>1.- El correcto cepillado de la cara externa. La cara externa de los dientes se encuentra comparativamente en mejor situación que las otras, porque está en contacto con los labios y porque es más accesible al cepillado. Sin embargo, es la que más puede resentirse de una técnica incorrecta: han de cepillarse todas y cada una de las piezas dentales, por su cara externa, desde la encía y con un movimiento vertical de barrido, tanto para los dientes inferiores como para los superiores.</p>	
 <p>El diagrama muestra una boca abierta con los dientes superiores y inferiores. Una brocha dental azul está aplicada a los dientes superiores. Dos flechas verdes indican un movimiento de barrido vertical hacia arriba y hacia abajo, demostrando la técnica recomendada para el cepillado de la cara externa.</p>	

En el caso de los dientes inferiores, el movimiento debe comenzar en el límite de la encía y dirigirse de abajo arriba, hacia el borde libre

La cara externa: Los dientes deben cepillarse con movimientos en sentido vertical, efectuando una acción de barrido.

En cuanto a los dientes superiores, el cepillado debe comenzar también en el límite de la encía y dirigirse de arriba hacia abajo.

2.- El correcto cepillado de la cara interna

El cepillado cuidadoso de la cara interna de los dientes reviste una gran importancia, puesto que no es tan fácil de llevar a cabo y, por consiguiente, generalmente se descuida. Por otra parte, también es común que se acumulen restos de alimentos en los pequeños huecos que hay entre diente y diente, o entre diente y encía, y que naturalmente se pueden eliminar con el cepillado dental. Para los niños, esta parte del cepillado es la que resulta más compleja, y por ello conviene que la explicación que se les haga quede lo más clara posible. Por otra parte, lo mejor es que utilicen un cepillo pequeño y de forma anatómica, con un ángulo entre el cabezal y el mango que facilite el acceso a todos los rincones de la boca.



La cara interna debe cepillarse desde el límite entre los dientes y la encía hacia el borde libre, con un movimiento de barrido que se logra mediante un giro de la muñeca. La acción ha de repetirse varias veces en cada sector, tanto en los dientes superiores como inferiores.

3.- El correcto cepillado de la cara masticadora

El cepillado de la cara superior de los premolares y molares, que sirve para triturar los alimentos, resulta poco menos que fundamental. la superficie masticatoria de estas piezas dentales presenta

múltiples surcos y pequeñas fisuras en donde se acumula la placa dental y es fácil que se inicie una caries. Si bien todos los dientes pueden ser afectados por ese trastorno, la localización más habitual durante la infancia corresponde a las piezas premolares y a las muelas. Por ello, es recomendable aplicar un esmero especial en su limpieza, cepillando las caras interna y externa y la que entra en contacto con los alimentos en el acto de la masticación, y dedicando al proceso un espacio de tiempo suficiente para asegurar la completa eliminación de la placa bacteriana.



Para efectuar la limpieza de la cara masticatoria de premolares y molares hay que apoyar el cepillo y efectuar una serie de movimientos circulares de manera que la punta de las cerdas penetre en los surcos y fisuras. El procedimiento debe efectuarse en todas las piezas inferiores y superiores de la dentadura.


Técnica circular Recomendada en menores de 6 o 7 años, es una técnica que se aplica en niños con una mayor habilidad, es de fácil comprensión y ejecución. Con esta técnica se alcanza a retirar la placa y al mismo tiempo dar masaje a las encías. Consiste en movimientos circulares amplios con su boquita cerrada abarcando desde el borde de la encía superior e inferior. Los dientes superiores se cepillan rotando hacia abajo y los inferiores hacia arriba. El enjuague bucal no es recomendado usarlos antes de los 6 años, por el riesgo de ingestión porque a esta edad el niño aún no sabe escupir. Es recomendado el uso de agua bicarbonatada casera por su baja toxicidad.

Conviene complementar la limpieza de los dientes con un masaje de las encías que active la circulación sanguínea,

tonifique el tejido y, además, facilite la eliminación de restos de alimentos acumulados en el surco que hay entre la encía y los dientes. Para llevar a cabo este masaje hay que usar un cepillo seco, sin pasta dentífrica. Debe apoyarse el cepillo con una ligera inclinación sobre la encía, y efectuar entonces una serie de leves movimientos de adelante hacia atrás, sin llegar a desplazar el cepillo. Esta técnica se repite a lo largo de ambas encías tantas veces como sea necesario para conseguir darles un masaje en toda su extensión.

Escobar MF. Prevención en odontología pediátrica.
En: Escobar MF, editores. Odontología pediátrica. 2da ed. Caracas: AMOLCA; 2004. pp. 105-169

- ❖ Considerar la cultura del paciente y familiar para fomentar la higiene.
- ❖ Considerar la edad del paciente para fomentar la higiene.
- ❖ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- ❖ Proporcionar los objetos personales deseados, para la higiene oral: cepillo dental, hilo dental, dentífrico, recipiente con agua, enjuague bucal o bicarbonato.
- ❖ Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante y privada.
- ❖ Facilitar el cepillado de dientes por familiar y/o paciente.
- ❖ Mantener rituales higiénicos (después de cada alimento y o por las noches).
- ❖ Fomentar la participación de la madre en la realización de rituales.
- ❖ Proporcionar ayuda hasta que el familiar sea totalmente capaz de asumir el cuidado para poderlo transmitir al paciente.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera brindará apoyo en el mantenimiento de la salud bucal.</p>	<p>El cepillado dental elimina las partículas de alimento que hacen un medio propicio para la proliferación de bacterias. Así mismo, da masaje a las encías y estimula la circulación. Ayuda a conservar húmedas y limpias la lengua, las mucosas y los labios.</p>
<p>Actividades. Directas Independientes</p>	<p>Una boca limpia y con sabor agradable es importante para que el paciente desee comer y disfrute los alimentos. En consecuencia, la buena higiene bucal ayuda a promover una nutrición adecuada. Se recomienda realizar el aseo dental después de cada comida; estas medidas ayudan a prevenir el acumulo de partículas alimenticias en los dientes y entre ellos, que predisponen a las caries dentales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar la necesidad del cuidado bucal como habito diario. ❖ Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad, de ser posible en cada aseo. ❖ Fomentar las revisiones dentales regulares. (Cada 6 meses, aplicación de flúor). ❖ Promover y estimular el uso de hilo dental. <p>Hilo dental. Para lograr una buena y completa higiene oral en los pequeños, es recomendable incorporar el uso dehilo dental a partir de los4 años. El momento más oportuno para incorporarlo, será después de la cena o previo a acostarse, ya que es durante la noche cuando generalmente se encuentra reunida la familia y entre todos pueden ayudarse a facilitar la tarea. Su uso comenzó a utilizarse en la década del 40' y fue mejorándose con el transcurso de los años. Actualmente los odontólogos sugieren el uso de hilos de nylon ya que resultan más efectivos que los de seda. Si bien requiere de un método que puede explicar el profesional de una forma práctica, existen ciertas pautas básicas para poder incorporarlo a los pequeños y comenzar a ejercitarlo con frecuencia.</p> 	<p>(Du Gas Beverly Witter 1996).</p>

Pasos:

Es recomendable el Hilo dental de nylon. Cortar entre 50 y 60 cm de hilo y enrollar la mayor parte en uno de los dedos medios. El resto, deberá enrollarse en la mano opuesta. Dejar alrededor de 8 cm de distancia entre manos. Tensar entre 2 y 3 cm usando los dedos índices y pulgares. Deslizar el hilo entre los dientes, con movimientos suaves hacia atrás y hacia delante. Después curvarlo en forma de C contra uno de los dientes, realizando siempre movimientos suaves entre encías. Frotar el hilo dental contra el diente con el objetivo de eliminar los restos de placa bacteriana y alimentos. Repetir estos pasos con cada diente, siempre utilizando un trozo nuevo para cada uno.

www.salud.com/salud-dental/higiene-dental.asp

- ❖ Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. Se cuenta con el material adecuado para la realización del procedimiento, los elementos personales fueron proporcionados por el familiar y en cuanto al entorno en el que se llevaron a cabo las intervenciones, definitivamente fue adecuado, ya que se encontraba en una habitación aislada y de esta manera se propició la confianza por parte del paciente y del cuidador para participar en el esclarecimiento de dudas.

PROCESO. El abordaje para el cuidado de la higiene fue adecuado. Se proporciona tanto a la madre como al paciente la orientación de la técnica adecuada para la higiene oral, así como las indicaciones sobre el material indicado para el uso del paciente. El cuidador primario muestra verdadero interés en las actividades realizadas al paciente, para mantener en óptimas condiciones su higiene y participa en los cuidados.

RESULTADO. El paciente logra realizar el procedimiento por sí mismo bajo supervisión, con lo que se logra cumplir con el objetivo planteado, por lo que el paciente asciende de la dependencia a un grado de independencia nivel 2; considerando los riesgos a los que está expuesto así como la edad.

.



NOMBRE DEL PACIENTE: Edwin C. N.

EDAD: 4 años.

Dx Medico: SIDA/VIH **NECESIDAD:** Comunicación.

Datos Subjetivos: La madre refiere iniciar con balbuceos a los 6 meses de edad, al año inicia con las primeras palabras. Su primera palabra fue “mamá”. Convive en hogar con 10 niños que son sus primos. Ella lo refiere sociable, alegre, independiente y cordial; como respuesta a sus berrinches, ella lo calma y posteriormente habla con él. Manifiesta que en esta última hospitalización ha presentado cambios en su estado de ánimo. Durante la estancia hospitalaria es cuidado únicamente con por su mamá.

Datos Objetivos: No se perciben problemas relacionados con dificultad para escuchar, distinguir sabores y olores agradables y desagradables, percibir consistencias al tacto, ni problemas de visión a pesar de encontrarse muy renuente; obedece a indicaciones verbales.

Aún no conoce la escritura y realiza dibujos con patrones de círculos y líneas rectas

A) Observación general. Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, en posición fetal, sin facies características, con palidez y resequedad generalizada de tegumentos, sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, se muestra huraño al tacto, porta pañal desechable limpio; cubierto con sábana blanca hospitalaria, no se valora marcha. Acceso vascular central safena derecha.

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda) Obedece a las indicaciones verbales que se dan.

VISTA: Reflejo pupilar presente, parpadeo al estímulo, sigue con la vista los objetos y los identifica forma y tamaño. No conoce letras ni colores.

OIDO: Oído externo íntegro, con implante de pabellón auricular a nivel ocular, sin dispositivos auxiliares para la audición. Limpios, permeables, con membrana timpánica íntegra. Distingue sonidos por gravedad, sigue y busca los sonidos, sin dificultad aparente.

OLFATO. Nariz íntegra permeable de ambas narinas. Identifica olores por agradables o desagradables para él; pero por su irritabilidad manifiesta que la mayoría son desagradables, y los retira de inmediato. Presenta un poco de dificultad para la identificación de estos olores si se intenta con una sola narina.

GUSTO. Lengua y mucosa oral íntegra, húmeda sin lesiones, movilidad sin dificultad, paladar íntegro. Distingue los sabores de los alimentos que le ofrecen en la comida, distingue lo dulce, salado y simple.

La expresión verbal es casi imperceptible por el volumen utilizado por el paciente, utiliza palabras entrecortadas y en su mayoría son vocablos, que son entendidos por su mamá, que a su vez comunica su significado.

TACTO. Extremidades articuladas, con movimientos voluntarios. Persistentemente mantiene dedo medio de mano derecho en succión. Distingue consistencias como suave, duro, rasposo, agudo, mojado. Logra sujetar lápices con dificultad y traza figuras suaves.

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la comunicación verbal r/c condiciones emocionales y falta de personas significativas m/p pronunciación de palabras poco claras.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 3.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO.

El paciente logrará comunicar sus necesidades e inquietudes con las personas que le rodean directamente durante su estancia hospitalaria.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de comunicación.	La estimulación sensorial es una necesidad básica del hombre para promover el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.
Actividades. Directas Independientes.	Las facultades sensoriales de ver, oír oler, gustar y tocar, son las "antenas" que permiten señales de información sobre el ambiente. Sin estas facultades, no sería posible conocer lo que sucede en el mundo que nos rodea, ni comunicarse con otras personas, ya que ello incluye las facultades visuales y auditivas y las de simbolizar, escribir y producir sonidos. Al comentar el funcionamiento sensorial, suele incluirse en
<ul style="list-style-type: none">❖ Presentarse con el paciente y familiar, con finalidad de obtener consentimiento.❖ Interrogatorio de antecedentes personales	

<p>patológicos, no patológicos y sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valoración física de los sentidos que intervienen para la comunicación. ❖ Valoración de los 5 sentidos del cuerpo humano. 	<p>el la capacidad de comunicarse, por la interrelación que guardan.</p> <p>Somos primordialmente seres “sociales”, en el sentido de que pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. Por consiguiente, es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Ciertas habilidades de comunicación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.</p> <p>La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
---	---

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACION
<p>2- La enfermera implementará la estrategia de la escucha activa, en cada acercamiento con el paciente.</p>	<p>Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Se está más tiempo pendiente de las propias emisiones, y en esta necesidad propia de comunicar se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye.</p> <p>La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. El oír es simplemente percibir vibraciones de sonido. Mientras que</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer el propósito de la interacción con el paciente. ❖ Hacer preguntas o utilizar frases como los sobrenombres que ocupan en casa, para animar a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. ❖ Centrarse completamente 	

<p>en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. ❖ Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. (posiciones corporales) ❖ Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. ❖ Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. 	<p>escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.</p> <p>http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml</p>
---	---

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera mejorará la comunicación por déficit del habla.</p>	<p>La infancia y adolescencia, es un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo, pero que a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo, no se caracterizan primariamente por una incapacidad o déficit del comportamiento social aparentemente constitucionales, ni están generalizados a todas las áreas del comportamiento. En muchos casos suelen añadirse distorsiones o privaciones ambientales graves que juegan a menudo un papel crucial en la etiología. No existen diferencias según el sexo. El mutismo selectivo es un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas</p>
<p>Actividades. Directas Independientes</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solicitar la ayuda del familiar para la comprensión del lenguaje. ❖ Permitir que el paciente escuche el lenguaje hablado, con frecuencia. ❖ Dar una orden simple cada vez. ❖ Utilizar palabras simples y frases cortas. ❖ Utilizar cartones con dibujos. 	

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar movimientos de manos. ❖ Animar al paciente a que repita las palabras. 	<p>circunstancias, pero deja de hablar en otras definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito).</p> <p>http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_52.htm</p>
---	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>4- La enfermera implementará la terapia de juegos para favorecer la estimulación de los sentidos.</p>	<p>A través de los sentidos se reciben las primeras informaciones del entorno y se elaboran las sensaciones y las percepciones, éstas constituyen los procesos básicos del conocimiento. Viendo, tocando, oliendo y explorando el entorno mediante el movimiento el niño va asimilando experiencias y descubriendo los objetos y sus características. A partir de las sensaciones y las percepciones se van formando los procesos superiores del conocimiento, la inteligencia y el lenguaje. Por esto es conveniente estimular y ejercitar los sentidos, a fin de mejorar el mundo cognitivo del pequeño.</p> <p>La educación sensorial es de vital importancia, porque sólo a través de las sensaciones se llega a los conceptos y a las definiciones de las cosas. La riqueza de estímulos sensoriales beneficia al pensamiento, a la inteligencia y al lenguaje del pequeño. Las funciones superiores dependen de la educación de los sentidos. Por eso resulta importante realizar este taller, a fin de desarrollar las capacidades perceptivas y sensoriales y subsanar los déficits que estos niños tienen debido a sus</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disponer de un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. ❖ Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. ❖ Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos (respetar horarios de medicación, alimentos, sueño, etc.) ❖ Validar los sentimientos del paciente expresados durante el juego. ❖ Comunicar la aceptación de sentimientos, tanto positivos como negativos, expresados por medio del 	

<p>juego.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlar las emociones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión del juego. ❖ Continuar con las sesiones de juego regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo o los tratamientos no familiares. 	<p>condiciones de vida.</p> <p>http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos06.htm</p>
--	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. Se cuenta con la ventaja de tener un cubículo aislado para el paciente, que favorece la interacción y la integración profesional para lograr una comunicación. Cabe mencionar que Edwin durante su estancia, fue visitado en varias ocasiones por el voluntariado del hospital, quienes le pro vieron de juguetes y material didáctico que a su vez, fue utilizado para realizar las estrategias.

PROCESO. A través de las estrategias y la interacción del cuidador, se favorece la comunicación para la valoración e intervención de ésta y de las demás necesidades planteadas en la propuesta filosófica de Henderson, además de lograr una relación aceptable entre enfermera-paciente-familiar.

RESULTADO. El día 26 de Octubre, el paciente es dado de alta y su estado de ánimo es mejor, habla y juega con las personas, con lo que se podría asumir, que el objetivo planteado en la necesidad en dependencia se cumplieron logrando avanzar a la independencia nivel 2.



NECESIDAD: Movimiento y postura

Datos Subjetivos: La madre refiere que fija y sigue objetos con la mirada a los 3 meses.

Sedestación, y posición de pie al año seis meses, bipedestación a los 2 años. Efectúa marcha por sí mismo. Sube y baja escaleras a los 3 años con seis meses. Aun no logra saltar en un pie, ni de forma alternada, no logra sostenerse con puntas y talones. Camina sin ayuda, adopta postura recta al sentarse y caminar. Acostumbra dormir en decúbito ventral. En ocasiones realiza movimientos mientras duerme. Es ingresado a hospitalización desde el día 13 de octubre, estando en terapia intensiva de urgencias durante 7 días, durante el cual la posición más utilizada es decúbito dorsal debido a la gravedad en la que se encontró.

Datos Objetivos:

Peso 17,500 **Talla** 100cm **FC** 77x' **FR** 20x' **TA** 100/60**Otros.** Desde su ingreso a Pediatría I y II (20 de Octubre), se mantiene en posición fetal, hasta el día de ayer (24 de Octubre) que inicia deambulaci3n y el día de hoy se nota más activo.

- A) Observaci3n general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronol3gica, fenot3picamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesom3rfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.
- B) Exploraci3n física de la necesidad (cuando corresponda):** Preescolar consiente activo, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, cabeza con movimientos rotatorios limitados hacia la izquierda, extensi3n y flexi3n sin limitaci3n y no doloroso, pares

craneales I Olfatorio disminuido ya que no distingue olores, II Óptico con respuesta inmediata, IV Patético no valorable, V Trigémino con respuesta inmediata, VI Motor Ocular Externo no valorable, VII Facial con respuesta inmediata, VIII Vestibulococlear con respuesta inmediata, X Vago con respuesta inmediata, XI Espinal y XII Hipogloso no valorables. Cicatriz en cara lateral izquierda de cuello relacionada con previa instalación de vía venosa central. Miembros superiores sin presencia de rigidez muscular, con movimientos de flexión, abducción y aducción presentes con un poco de dificultad ya que refiere molestia en hombros por contracción muscular, reflejos bíceps y tríceps presentes, reflejo braquiorradial no valorable, tono y fuerza muscular disminuidos. Miembros inferiores íntegros, simétricos, con movimientos de flexión presentes, indoloro, en cuanto al movimiento de abducción y aducción presenta dificultad en miembro derecho, manifiesta dolor al realizar estos movimientos así como en la marcha. Presenta quejido al tacto, se palpa contracción muscular a nivel de muslo, aun así se detecta tono y fuerza muscular conservada, reflejo rotular y Aquiles presentes. Presenta molestia al sentarse pero conserva la posición recta, también en la marcha. Además se detecta valoración de Denver con un retraso relacionado a un niño de tres años.

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la movilidad física r/c posiciones forzadas por tratamiento clínico m/p movimientos limitados con molestia de cuello, de miembros superiores y miembro inferior derecho.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 4.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente lograra aminorar la contracción muscular de las partes del cuerpo que se han mantenido inmóviles por tratamiento efectuado, en un tiempo no mayor de 2 días.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de movimiento y postura diariamente.	El movimiento es un componente esencial en la vida de todo ser vivo. En los niños permite su propia exploración y del ambiente que le rodea, los niños

<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	<p>que por cualquier razón carecen de oportunidades suficientes para moverse, no se desarrollan tan bien física, intelectual ni psicosocialmente. Todos los sistemas del cuerpo funcionan con mayor eficacia cuando están activos. El desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y la consiguiente pérdida de la función. Si se inmovilizan los músculos, el proceso degenerativo inicia casi de inmediato. Se estima que la fuerza y el tono de los músculos inmovilizados pueden disminuir hasta un 5% diariamente cuando no hay contracción alguna. La pérdida de la movilidad disminuye el concepto que la persona tiene de sí mismo, se afecta su imagen, pelagra su independencia de interacción social e interviene en su comunicación.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y el familiar con la finalidad de obtener consentimiento. ❖ Interrogatorio de antecedentes de movilidad del paciente y factores de dependencia e independencia físicos, psicológicos, ambientales y sociales que intervengan en la necesidad de movimiento y postura. ❖ Inspección. Observar los movimientos que realiza el paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Facilidad o dificultad. - Con ayuda. - Muestra de dolor. - Grado de movimiento. - Valoración de Denver. - Valoración de pares craneales. ❖ Palpación. Presencia de rigidez muscular, tono y fuerza muscular, en cabeza, miembros superiores e inferiores y de articulaciones que intervienen en el movimiento de cada uno. ❖ Percusión. Valoración de reflejos bíceps, tríceps, braquiorradial, rotuliano y Aquiles. 	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- La enfermera apoyará al paciente mediante ejercicios de ambulación.</p>	<p>Los peligros del reposo prolongado en cama se han comprobado en numerosos informes de estudio, libros y artículos de enfermería y medicina durante los últimos 30 a 40 años.</p>

<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	<p>La ambulaci3n temprana en pacientes con enfermedades agudas entre otros, se introdujo apenas despu3s de la Segunda Guerra Mundial, y los resultados han sido extraordinarios para prevenir complicaciones y lograr la recuperaci3n del paciente.</p> <p>Los efectos adversos del reposo prolongado incluyen retraso en el 3ndice metab3lico basal y disminuci3n de la fuerza, tono y tama1o muscular; cambios posturales, estre1imiento, mayor vulnerabilidad a infecciones pulmonares y v3as urinarias, problemas circulatorios; el proceso degenerativo tambi3n afecta los huesos y la piel. Adem3s, el individuo suele desarrollar sensaciones de angustia y con frecuencia hostilidad, por alteraciones del funcionamiento de las actividades f3sicas y mentales y de sus patrones de sue1o.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vestir al paciente con prendas c3modas. ❖ Utilizar un calzado que facilite la deambulaci3n. ❖ Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. ❖ Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial. ❖ Instruir al cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras. ❖ Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulaci3n. ❖ Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad. ❖ Animar al paciente a que est3 "levantado por su propia voluntad". 	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACI3N.
<p>3- La enfermera participar3 con el profesional de rehabilitaci3n en la terapia de ejercicios para la movilidad articular.</p>	<p>Cuando un paciente est3 haciendo ejercicio, debe mover sus articulaciones en todo el arco de movimiento. Los movimientos normales del hombro y brazo son flexi3n, extensi3n, hiperextensi3n, abducci3n, aducci3n, circunducci3n, rotaci3n interna y rotaci3n externa. Los principales m3sculos que participan son deltoides, pectoral mayor, trapecio, dorsal ancho y serrato anterior.</p>
<p>Actividades. Directas Interdependientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar las limitaciones del movimiento articular y 	

actuar sobre la función.

- ❖ Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.

1. Ejercicios para relajar el cuello

Es importante hacer ejercicios para relajar el cuello si vemos que se hace muy molesto el dolor. Estos ejercicios deben hacerse con suavidad, manteniendo la posición por 20 segundos y repitiéndolos tres veces por lado. . Lentamente, llevar la cabeza hacia abajo y sentir como se estira el cuello.

2. Girar la cabeza hacia un lado y mantener la posición, llevando los hombros hacia abajo. Lentamente, girar al otro lado y mantener.
3. Llevar la oreja izquierda hacia el hombro izquierdo estirando el cuello, conservando los hombros rectos.
4. Girar la cabeza y mirar hacia el lado. Dejar la cabeza en esta posición y bajar el mentón hacia el hombro, estirando el cuello. Mantener la posición unos segundos y cambiar de lado.

2. Movimientos articulares de rodilla.

Flexión y extensión



3. Movimientos articulares para los tobillos

-Dorsiflexión

-Plantiflexión

-Inversión



-Eversión.

La movilización pasiva de todas las articulaciones se lleva acabo 2 o 3 veces al día.

(Du Gas Beverly Witter. 1999)



1.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.❖ Explicar al paciente y al cuidador el objeto y plan de ejercicios de las articulaciones.❖ Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento.❖ Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones; como la inducción a los movimientos a realizar y/o la administración previa de analgésicos.❖ Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.❖ Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo y activo.❖ Enseñar al paciente a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos y activos.❖ Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.❖ Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.❖ Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones. | |
|---|--|

EVALUACIÓN.

ESTRUTURA. Se contó con el apoyo del departamento de rehabilitación para la atención del paciente y a su vez contribuyeron al material necesario tanto para la valoración como para la ejercitación. Cabe mencionar que pese al espacio físico reducido, este se adaptó para lo planteado.

PROCESO. El tiempo no fue muy favorecedor por que varias veces se interrumpió la terapia por procedimientos clínicos necesarios, pero la interacción del familiar con el equipo multidisciplinario fue elemental para completarlo.

RESULTADO. El día 26 de octubre el paciente se va de alta por mejoría, y en ese momento se observan movimientos más libres, un arco de movimiento amplio, aunque refiere aun la molestia del sitio de inserción del acceso venoso central, sin embargo se considera cumplimiento del objetivo planteado, dejando la dependencia para proseguir a la independencia nivel 2.



NOMBRE DEL PACIENTE: E C N

EDAD: 4 años. **SEXO:** Masculino. **REGISTRO:** 779179

Dx Medico: SIDA/VIH **NECESIDAD:** Realización.

Datos Subjetivos: Se trata de producto concebido por violación y transmisión de virus de inmunodeficiencia humana. Proviene de una familia numerosa de bajo nivel académico y económico; procedente del estado de Michoacán, con costumbres muy arraigadas, quienes a su vez ignoran todo acerca del padecimiento del paciente y de la madre, motivo por el cual la madre refiere recibir malos tratos por parte de su familia, hasta cierto rechazo. Habitan un cuarto rentado por el abuelo materno, convive con 25 personas más entre adultos y niños todos familiares directos de la mamá. A causa de internamiento continuo, ha perdido su empleo en varias ocasiones, quedando al frente de la manutención su hermano de 17 años de edad que labora como ayudante de albañil, cuenta como compañera de juegos con su hermana de 8 años quien actualmente cursa la educación primaria

La madre considera a su hijo juguetón, sociable y alegre, y comenta que esta última hospitalización ha cambiado el ánimo acostumbrado de E. “No quiero ver a mi hijo así en la cama de un hospital, quiero que crezca, que juegue y que viva”. “considero que estoy sola en esto, no tengo el apoyo de nadie”, “Yo no quería que naciera, pero finalmente decidí que sí, pues él no tenía la culpa; ahora me arrepiento, es solo mío y lo amo”

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequead generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con ayuda

de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda): Edwin, se observa completamente dependiente de la mamá, prefiere su presencia e interacción para manifestar sus inquietudes y necesidades. No recibe visita de ningún otro familiar; en días anteriores con apatía e irritabilidad al mínimo contacto; sin embargo desde el día hoy se encuentra más accesible en ausencia de la mamá, con actitud sonriente, activo reactivo y refleja confort.

Diagnósticos de Enfermería. Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p manifestaciones verbales de familiar de cambios en la interacción con las demás personas.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia transitoria moderada de algunos meses, nivel 5.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente mejorara la interacción social con las personas que le rodean, durante la hospitalización.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera realizará la valoración de la necesidad de Realización diariamente.	El hombre es un ser social que necesita la compañía de otras personas para sentirse bien en este mundo y no solo basta con la seguridad física; el individuo también necesita la sensación de pertenecer a la especie humana y de que es parte de un sector particular de ella; y además requiere la atención y el reconocimiento de otros, que sepa que se le acepta como miembro de la sociedad. (Du Gas Beverly Witter. 1999)
Actividades Directas Independientes.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y familiar, con la finalidad de obtener su consentimiento. ❖ Interrogatorio de antecedentes personales y familiares que influyan en la realización del paciente. <ul style="list-style-type: none"> -nivel académico y socioeconómico. -relaciones afectuosas. 	

<ul style="list-style-type: none"> -roles familiares. -influencias familiares sobre el niño. -aspiraciones de los padres para con el niño. ❖ Observar actitudes del niño y de los padres de relación entre sí y con las demás personas. 	
---	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- La enfermera proporcionará una terapia de entorno para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.</p>	<p>El ajuste que tiene el individuo entre las exigencias del medio y sus posibilidades/capacidades para responder ante tales exigencias en la realización de sus tareas cotidianas es lo que define su funcionalidad, y por lo tanto, el objetivo último de la intervención desde la Terapia Ocupacional.</p> <p>Pero esta interacción del individuo con el entorno se ve alterada, como resultado de las diferentes patologías y de los deterioros consiguientes. El trabajo del especialista va encaminado a reducir esa alteración todo lo posible, intentando un ajuste óptimo, una interacción efectiva y adecuada con una mayor conexión con el entorno, una realización autónoma y con la mayor seguridad; con la consiguiente independencia del paciente y mejora de su calidad de vida propia y la de la familia</p> <p><i>www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo.shtml</i></p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente. ❖ Considerar las necesidades de los demás, aparte de las necesidades de la persona en particular. ❖ Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, el cuidador y demás personal sanitario. ❖ Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados. ❖ Escribir las expectativas del paciente y acuerdos de conducta para referencia del paciente y de los demás con los que interactúa. ❖ Disponer cuidados de enfermería de uno en uno. ❖ Apoyar las actividades grupales formales e informales para fomentar 	

<p>compartir, la cooperación, el compromiso y el liderazgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Examinar las propias actitudes sobre cuestiones relacionadas con los derechos del paciente, autodeterminación, control social y desviación. ❖ Asegurar la presencia y supervisión del personal. ❖ Minimizar las restricciones que disminuyan la intimidad y la autonomía. (técnicas de sujeción para evitar caídas, el uso de pijama propia, ❖ Favorecer el uso de la propiedad personal. ❖ Facilitar libros, revistas y materiales sobre arte y manualidades de acuerdo con las necesidades recreativas, culturales y antecedentes educativos del paciente. ❖ Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás. 	
--	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera aplicará la terapia de juegos, como técnica intencionada para interacción del paciente con el ambiente que le rodea.</p>	<p>A través del juego, el niño expresa sus ansiedades y resuelve sus conflictos. El juego permite que el niño exprese y resuelva sus conflictos, y promueve el crecimiento y desarrollo en lo cognitivo, así como la interacción apropiada con los semejantes.</p> <p>Ericsson define al juego como una función</p>

<p>Actividades. Directas, Independientes.</p>	<p>del yo, en busca de un ajuste entre los procesos sociales y corporales, con la personalidad del niño.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. (que estimule el juego de roles) ❖ Comunicar el objeto de la sesión de juegos. ❖ Proporcionar equipo hospitalario real o simulado para fomentar la expresión de conocimientos y sentimientos acerca de la hospitalización, tratamiento o enfermedad. ❖ Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos. ❖ Animar al paciente y al familiar a compartir sentimientos, conocimientos y percepciones. ❖ Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos. 	<p>La terapia del juego cumple funciones biológicas, intra e inter personales, y socioculturales. Dentro de las funciones biológicas, está el aprendizaje de habilidades básicas, la liberación del exceso de energía, la estimulación sinestésica. Funciones intrapersonales, como el dominio de situaciones, la exploración, iniciativa, comprensión de las funciones mentales, desarrollo cognitivo. En las funciones interpersonales encontramos, las habilidades sociales y la separación-individuación. Socioculturalmente, se da la imitación de los modelos de los adultos que admiran.</p> <p><i>www.apuntesdepsicologia.com/terapias.../terapia-del-juego.php</i></p>

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>4- La enfermera contribuirá en la terapia familiar, para ayudar a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor.</p>	<p>La Terapia Familiar es una disciplina terapéutica que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto, y no de un miembro individual</p> <p>El enfoque sistémico considera a la familia como un sistema humano cuyos miembros</p>

<p>Actividades. Interdependientes, Indirectas.</p>	<p>mantiene relaciones recíprocas y multidireccionales entre sí. Cuando uno de los miembros afronta una dificultad, todos los miembros interrelacionan directa o indirectamente a esa situación, de tal forma que si se tiene un propósito transformador de la dificultad, el abordaje es más efectivo y apropiado si se toma en cuenta todo el sistema familiar, y no únicamente la persona que manifiesta el síntoma o que exterioriza una dificultad el resto también sufre las consecuencias.</p> <p>Uno de los objetivos de la terapia familiar es transformar la que una familia tiene respecto a sus conflictos en una crítica constructiva, que permita modificar los patrones negativos de conducta.</p> <p>www.aniortenic.net/progr_asignat_terap_famil.htm</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar la historia clínica del paciente para investigar a la familia. ❖ Determinar los patrones de comunicación de la familia. ❖ Identificar como la familia resuelve los problemas. ❖ Identificar las fortalezas de la familia. ❖ Identificar los papeles habituales dentro del sistema de la familia (roles familiares) ❖ Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas de los papeles. ❖ Determinar las alianzas familiares. ❖ Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto. ❖ Ayudar al familiar a comunicarse más efectivamente. ❖ Ayudar a los miembros a priorizar y seleccionar el problema familiar que tratar en primer lugar. ❖ Ayudar a los miembros de la 	

familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros. ❖ Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas.	
--	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. El espacio físico con el que se contó fue adecuado en primer lugar para interactuar con el familiar y proceder a través de ella con el paciente, además el paciente y el familiar ya reciben apoyo del profesional de psicología y acude cada 15 días a terapia.

PROCESO. Durante su estancia en la sala de pediatría, no recibe visita del terapeuta, sin embargo la mamá manifiesta durante la charla, a cerca de la toma de decisiones para con la relación que lleva con sus familiares, ya que considera que han influido de manera no positiva sobre ella y sus hijos.

RESULTADO. El progreso del paciente se hace notar el último día de estancia, pues su estado de ánimo cambia y se dirige abiertamente hacia las personas que le rodean. Sin embargo hay que considerar que depende de las decisiones que lleve a cabo la madre para propiciar la realización personal de Edwin; por lo que a pesar de que el objetivo planteado se logra, la necesidad de realización en el paciente continua considerándose en Dependencia ligera transitoria moderada de algunos meses, nivel 5.



NECESIDAD: Recreación.

Datos Subjetivos: La madre refiere que le gusta pasear por la calle, no importa el lugar, (ella refiere la falta de recurso económico para pagar paseos a lugares no públicos) le gusta que le levanten en brazos, la música, baila con algunas. Sus juguetes favoritos son los coches y las figuras pequeñas varias que le causan curiosidad; no convive con animales, es amigable tanto con niños como con personas adultas.

El día 20 de agosto es ingresado de la sala de urgencias a la sala de Pediatría I y II. Siendo este el 8° día de hospitalización.

Datos Objetivos:

A) Observación general: Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, en posición fetal, sin facies características, con palidez y resequedad generalizada de tegumentos, sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, se muestra huraño al tacto, porta pañal desechable limpio; cubierto con sábana blanca hospitalaria, no se valora marcha. Acceso vascular central safena izquierda

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda): A la exploración física E, se muestra consciente, activo, reactivo, sin interés, con apatía en la interacción con las personas, esta solo se logra a través de la mamá. Hasta el momento no recibe visita de ninguna persona más que sea la mamá por lo que al tener que realizar trámites o bien al retirarse al baño o a comer, se queda solo. Se encuentra en un cubículo aislado donde solo se encuentra él, se observa a sus pies unas hojas blancas y un crayón nuevo, no

se observan juguetes en el área. La mamá refiere sentir un poco de temor por el estado de salud de su hijo que le impida realizar actividades que le puedan molestar.

Diagnósticos de Enfermería. Dependencia en la realización de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p apatía y renuencia al tacto.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 21-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 3.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Suplencia.

OBJETIVO: El paciente adoptara las estrategias institucionales, como medidas recreativas dirigidas hacia la independencia de la necesidad, durante la hospitalización.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará la necesidad de Recreación diariamente.</p>	<p>Recrearse es una necesidad para el ser humano, con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión, siempre se ha tenido conciencia de ocupar una parte del tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por la tensión. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. El desarrollo físico del niño esta favorecida por el juego que ocupa gran parte de su tiempo, que se modifica según la edad y etapa de desarrollo del niño.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<p>Actividades. Directas, Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y con el familiar con la finalidad de obtener consentimiento. ❖ Interrogatorio acerca de actividades, costumbres y conocimientos que influyan en la recreación del paciente. ❖ Inspección del estado de ánimo del paciente. ❖ Inspección del área que le rodea, actividades que ha realizado durante la hospitalización y material o recursos que ha utilizado. 	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- La enfermera participará en la terapia de entretenimiento para fomentar la recreación y fomentar las relaciones paciente enfermera.</p>	<p>Este es el tipo de terapia que se encarga de diagnosticar, prescribir e implementar un tratamiento mediante actividades recreativas. La recreación terapéutica impacta los aspectos físicos, psicológicos y sociales de las poblaciones especiales que tengan problemas con en el manejo de destrezas para el disfrute del tiempo libre.</p>
<p>Actividades. Directas, Independientes.</p>	<p>enciclopedia.us.es/index.php/Terapia_recreativa</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayudar al paciente o familiar a identificar el déficit de movilidad. ❖ Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. ❖ Comprobar las capacidades físicas para participar en actividades recreativas. ❖ Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. ❖ Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. ❖ Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. ❖ Tomar en cuenta las precauciones de seguridad. ❖ Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad. <p>Algunas técnicas de relajación: Contracción-distensión: Técnica que consiste en contraer un músculo o un</p>	

grupo de músculos durante unos segundos para luego aflojar la contracción progresivamente. Esta contracción máxima permite sentir la distensión del grupo muscular objeto del ejercicio.

Balanceo: Técnica que consiste en imitar el movimiento de un balancín, de un columpio. Se trata de realizar un movimiento de vaivén de delante hacia atrás, o de derecha a izquierda. La parte del cuerpo que se está relajando (por ejemplo, un brazo, una pierna, la cabeza) debe estar distendida y blanda.

Estiramiento-relajación: Consiste en estirar progresivamente una parte de cuerpo, alargándola lo más posible. Debe mantenerse esa postura durante unos segundos y luego aflojar suavemente esa parte del cuerpo. Es importante aflojarla con suavidad, dejándola caer resbalando, sin que golpee. Después, se balancea ligeramente esa parte del cuerpo.

Caída: Consiste en dejar que la fuerza de gravedad actúe sobre el cuerpo. Luego de haber levantado una parte del cuerpo, la dejamos caer lentamente, resbalando (sin que golpee). Se deja descansar esa parte durante unos segundos y luego se repite el movimiento dos o tres veces.

❖ Ayudar en la obtención

Enseñar a los niños a relajarse desde edades tempranas, hará que se convierta en un hábito y parte de sus vidas

Frecuencia: Lo ideal es 20 minutos diarios. Pero en el caso de los niños, conviene fragmentar esta sesión en periodos más cortos, pueden ser 3 a 5 minutos por la mañana, y otra sesión por la tarde.

<p>de transporte para las actividades recreativas (dentro de la institución).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades. ❖ Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. 	
---	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. La institución cuenta con diversos programas que favorecen precisamente la recreación de los niños hospitalizados. Cuenta con el personal del voluntariado que se dirigen a los niños encamados y les proveen diverso material para la realización de actividades lúdicas o de juegos. (Quienes nos proveen de suficiente material para llevar a cabo las actividades) Además, también cuenta con espacios físicos a los que se dirigen los niños con posibilidades de trasladarse; (el arca y el solarío) que por cierto fue visitado éste último por el paciente por la tarde del siguiente día (octubre 22), acompañado de su mamá.

PROCESO. El tiempo empleado para la implementación de la valoración y actividades con el paciente, fue adecuado, pues a su vez nos permitió la valoración de otras necesidades como la de aprendizaje y realización entre otras, así como favoreció satisfactoriamente la interacción enfermera- paciente-familiar.

RESULTADO. El objetivo se logró al 100%, puesto que se obtuvo adecuada respuesta del paciente, se logra su interacción y el apoyo de la mamá, observado en el cambio de actitud con las personas que le rodeaban. El paciente deja la dependencia por la independencia grado 1, en la necesidad de recreación.



NECESIDAD: Nutrición.

Datos Subjetivos: La madre refiere como antecedentes de importancia que Edwin, es alimentado al seno materno hasta los 3 meses de edad, e inicia introducción de alimento diferente a la leche a los 4 meses, actualmente acostumbra tomar té en biberón antes de dormir, refiere que sus alimentos de preferencia es el plátano, arroz, sopa aguada y jamón, y el ejote y lentejas son desagradables para él, acostumbra el consumo de comida chatarra y la madre refiere conocer los cuatro tipos de alimentos en una dieta, pero no los logra mencionar. En hospitalizaciones previas ha recibido aporte nutricional a través de gastroclisis por sonda nasogástrica a base de licuados hipocalóricos para posteriormente iniciar paulatinamente la vía enteral. Actualmente a su ingreso recibe aporte de nutrición parenteral total por vía venosa central por 4 días (15-19 octubre), y hasta el día 20 de octubre recibe aporte nutricio por gastroclisis con licuado hipercalórico de 1700 kcal en 24 horas por 4 tomas al día, prosiguiendo con dieta blanda a base de frutas y verduras.

Datos Objetivos:

Peso 17,500 **Talla** 100cm **FC** 70x' **FR** 18x' **TA** 100/60 **Temp.** 36.°C

Otros. Laboratorios: Hb 9.5, Hto 12.9, Prot 8.8, Albumina 3.7, Bt 0.3, Bi 0.23, Bd 0.07

A) Observación general: Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequead generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con ayuda de mamá, refiere

incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda): A la exploración física se observa paciente preescolar masculino, consiente, reactivo con cabello abundante bien implantado sin pérdidas al contacto, palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, mucosas conjuntivas y orales hidratadas; piezas dentarias incisivas deterioradas, con brote de piezas premolares superiores y segundas piezas molares inferiores; refiere molestia al deglutir. Se observa abdomen globoso, de coloración pálida con cicatriz umbilical protuberante; peristalsis presente con 4 a 6 movimientos minuto más audible en cuadrante inferior derecho; blando depresible, no doloroso a la palpación y con palpación de región sigmoideas a la exploración profunda, borde hepático y esplénico conservados a bordes costales, sin presencia de masas y sonidos timpánicos en general a la percusión. Con talla baja para la edad, menor de la percentil 50 de un 25% según tabla de CDC, peso alto para la edad, en un 25% a la percentil 50 según tablas de CDC

Diagnósticos de Enfermería. Riesgo de desequilibrio nutricional r/c falta de conocimiento del cuidador primario acerca de hábitos dietéticos.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 24-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia ligera transitoria de algunos días, nivel 3.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente recibirá una dieta balanceada y requerida de acuerdo a su edad y etapa de desarrollo, en la estancia hospitalaria y posteriormente en su hogar.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN.
1- La enfermera valorará la necesidad de Nutrición, diariamente.	El alimento como fuente de nutrición es de particular importancia en quienes están enfermos. Casi todas estas personas tienen algún trastorno de la función gastrointestinal. Pueden perder el apetito o ser incapaces de tolerar alimentos y líquidos; tener problemas en la digestión del alimento o en la absorción de nutrientes en el tubo digestivo. Cualquiera que sea el problema, las necesidades
Actividades. Directas Independientes.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con familiar y paciente para obtener autorización. ❖ Interrogatorio sobre antecedentes personales que intervengan con la necesidad de nutrición. ❖ Exploración física. <ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda intencionada 	

<p>de datos físicos que condicionen una mal nutrición. (cabello, piel, mucosas y demás anexos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración del área de introducción de alimentos. (características) - Exploración abdominal, auscultación de ruidos intestinales, características, palpación superficial y profunda con búsqueda intencionada de alteraciones que intervengan en la nutrición e hidratación. - Relación talla peso. - Recopilación de resultados de laboratorio. 	<p>nutricionales de los enfermos suelen ser diferentes de las de los sanos. La falta de ejercicio por la enfermedad puede disminuir la necesidad de alimentos energéticos, pero al mismo tiempo, aumentar la de más nutrientes para formar tejidos. En muchas situaciones, el paciente puede no tolerar alimento o líquido o quizás lo pierda excesivamente.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
---	---

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- La enfermera aplicará asesoramiento nutricional como proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p>	<p>El alimento es esencial para el crecimiento, la conservación de huesos y otros tejidos y para regular todos los procesos corporales. Para que una persona funcione en su nivel óptimo, debe consumir las cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana. Nutriente es cualquier sustancia química que se encuentra en los alimentos y actúa en una o más de las tres formas mencionadas. La cantidad adecuada varía de un individuo a otro según la edad, sexo estado físico, estilo de vida, ambiente físico y muchos otros factores. Los nutrientes esenciales son carbohidratos, proteínas grasas, vitaminas, minerales y agua.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. ❖ Establecer la duración de la relación de asesoramiento. ❖ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. ❖ Ayudar al familiar a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con 	

<p>las necesidades nutricionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el conocimiento por parte del cuidador primario de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. ❖ Discutir el significado de la dieta del paciente y cuidador ❖ Determinar actitudes y creencias familiares acerca de la comida y el comer. ❖ Disponer una visita o consulta a otros miembros del equipo de cuidado. 	
--	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera apoyará en la nutrición, por medio de orientación de la dieta equilibrada en sólidos y líquidos.</p>	<p>Para una salud optima se requiere una ingestión adecuada de nutrientes esenciales y alimentos energéticos. El estado nutricional está determinado por lo adecuado de los nutrientes específicos y los alimentos energéticos que recibe, absorbe y utiliza su cuerpo. Las necesidades nutricionales dependen de la edad, sexo talla, grado y tipo de actividad diaria, secreción de las glándulas endocrinas y estado de salud. Las necesidades nutricionales suelen alterarse durante las enfermedades. El alimento tiene importancia psicológica sobre las personas, los hábitos alimentarios se aprenden, los hábitos alimentarios se relacionan con creencias culturales, religiosas y morales.</p> <p>(Du Gas Beverly Witter. 1999)</p>
<p>Actividades. Directas Interdependientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preguntar si el paciente tiene alguna alergia alimentaria. ❖ Determinar las preferencias de comida del paciente. ❖ Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. ❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. ❖ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C. ❖ Asegurar que la dieta contenga alimentos ricos en fibra. 	

<ul style="list-style-type: none">❖ Proporcionar alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.❖ Pesar al paciente a intervalos adecuados. (cada 2 meses en consulta)❖ Fomentar técnicas seguras de preparación y conservación de alimentos.❖ Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.	
---	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. Edwin demostró siempre buen apetito, aunque manifestara su poco agrado por el sabor de los alimentos hospitalarios, habiendo ocasiones en que dejaba la mitad de lo que se le proporcionaba.

PROCESO. En cuanto al interés que pone la señora en el cuidado de su hijo, accede a la orientación que se prepara para ella, retroalimentándola con un tríptico que se proporciona posterior al alta (Incluido en la necesidad de protección).

RESULTADO. Hasta el momento conserva su peso, continua con buen apetito, pero no se logra disminuir la ingesta de alimentos chatarra, sin embargo la madre ya conoce los 4 grupos de alimentos, preparación e importancia; por lo que se concluye que se cumple el objetivo establecido en un 85%; no modificándose su dependencia ligera transitoria de algunos días grado 3.



NECESIDAD: Aprendizaje.

Datos Subjetivos: Datos obtenidos por la mamá, quien refiere depender de ella por completo el cuidado del paciente. Refiere ser de su conocimiento las reglas institucionales y de la sala, servicios y horarios con los que se interacciona como psicología, rehabilitación, nutrición, trabajo social, cafetería y servicio religioso. Tiene conocimiento acerca del padecimiento del de base del paciente así como de los riesgos a los que se expone y la importancia de seguir el tratamiento; sin embargo hay antecedentes de suspensión del tratamiento en una ocasión en su casa. (Debido a que deja a cargo al niño con otras personas para trabajar)

Por otra parte refiere la suspensión del ciclo escolar debido a la reciente hospitalización (2º. Preprimaria) y del creciente interés que muestra el niño por el aprendizaje escolar.

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequead generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha realizada con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al valorarla, Acceso vascular central safena derecha.
- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** A la exploración física se encuentra consciente, activo, accesible, pabellón auricular bien implantado a nivel de cantos oculares externos, conducto auricular permeable, limpio y con

membrana timpánica íntegra, logra identificar sonidos y procedencia; ambos ojos simétricos con 2.5 cm de distancia canaliculada interna, reflejo foto motor presente, reflejo pupilar presente; logra seguir objetos con la mirada, se aprecia un campo visual amplio e identifica figuras por relación. Nariz íntegra, permeable, sin descargas, no refiere molestias a la palpación; no logra distinguir olores (agradables o desagradables) por medio de la mamá expresa el no saber a qué huele. Cavidad oral íntegra, mucosas íntegras e hidratadas, lengua íntegra papilas gustativas visibles; de la misma forma refiere no identificar sabores, miembros superiores distales íntegras, multi - puncionadas, con referencia de dolor al contacto, con tono muscular disminuido; identifica texturas. Presenta un retraso de desarrollo que corresponde a un niño de 3 años según escala de Denver y por los datos anteriores, alteración en los pares craneales I Olfatorio y IX Glossofaríngeo.

En cuanto al familiar a pesar de que no solicita un tema en especial para tratar, se muestra interesada en el cuidado de su hijo y realiza preguntas en base a los cuidados que en el momento este recibiendo y participa en ellos.

Diagnósticos de Enfermería. Disposición por parte del paciente y cuidador primario de mantener en independencia el aprendizaje.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Independencia grado 1.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Ayuda.

OBJETIVO: El paciente y el cuidador primario, mantendrán el interés por el aprendizaje y lo retroalimentarán en beneficio del mismo paciente durante la etapa de hospitalización.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará diariamente el aprendizaje del paciente y el cuidador primario.</p>	<p>En los cuidados de enfermería de todo paciente se debe incluir la enseñanza de los cuidados a medida que se proporcionen; ello incluye la valoración de la necesidad de aprendizaje del paciente, y para esto se debe determinar qué es lo que la persona necesita o le gustaría aprender para llevarlo a cabo. Esta es la meta u objetivo que debe</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y familiar con la finalidad de obtener consentimiento. ❖ Interrogatorio acerca de antecedentes personales que intervengan con el aprendizaje: nivel escolar personal y familiar, problemas físicos o intelectuales para el aprendizaje. ❖ Conocimiento del padecimiento del paciente, proceso, complicaciones y riesgos. ❖ Conocimiento de los procedimientos terapéuticos a realizar para el tratamiento del paciente, proceso y riesgos. ❖ Conocimiento de las reglas institucionales con los familiares y con la estancia del paciente, así como de los servicios con los que cuenta. ❖ Valoración física, anatómica y funcional de los sentidos de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto. ❖ Valoración del avance de aprendizaje obtenido durante su estancia hospitalaria. ❖ Identificar dificultades, dudas o inquietudes que tenga el familiar y el paciente a cerca del tratamiento, padecimiento, relación interpersonal, institucional, etc. Para su aclaración. ❖ Identificar las debilidades que se presentan para el cuidado del paciente en el hogar, para su reforzamiento. 	<p>lograrse a través del aprendizaje, y es importante aclararla con el individuo que la aprenderá, para comprobar que la enfermera como maestra y el paciente como alumno avancen en la misma dirección, es decir, hacia la misma meta.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
--	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACION
<p>2- La enfermera aplicará la estimulación cognoscitiva para favorecer la conciencia y comprensión del entono.</p>	<p>El aprendizaje es un proceso activo que se continúa desde el nacimiento hasta la muerte. Durante toda la vida, el individuo aprende constantemente a medida que obtiene información, desarrolla habilidades y las aplica al ajustarse a las nuevas situaciones de su vida. El aprendizaje se lleva a cabo en dos formas básicamente: informal, a través de las actividades ordinarias de la vida; o formal, mediante una serie de experiencias de aprendizaje seleccionadas, que tienen como fin, lograr metas específicas. Las personas aprenden bastante sobre la salud y las enfermedades a través de medios informales.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consultar con el familiar para establecer las guías cognoscitivas anteriores al ingreso hospitalario del paciente. ❖ Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. ❖ Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. ❖ Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona. ❖ Conversar con el paciente y familiar. ❖ Disponer una estimulación sensorial planificada como el uso de televisión, radio, música o lectura ❖ Variar los métodos de presentación de materiales. ❖ Presentar información en dosis pequeñas, concretas. ❖ Reforzar o repetir la información cuantas veces sea necesario. ❖ Solicitar al paciente y/o familiar que repita la información. 	

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar el contacto de manera terapéutica. ❖ Disponer de instrucciones orales y escritas 	
--	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera potencializará la disposición del aprendizaje, para mejorar la capacidad y disposición de recibir información.</p>	<p>Una parte importante de la enfermería es ayudar al paciente a aprender lo que necesita saber, o saber hacerlo para promover su bienestar de manera óptima. Este aspecto de la disciplina está recibiendo cada vez más atención en estos días, por diversas razones. Muchos de los problemas importantes de salud en las sociedades, pueden atribuirse en forma directa o indirecta a factores del estilo de vida; considerando los problemas que se derivan de ellos, constituyen en conjunto un gran componente para la educación. Si se desea disminuirlos es necesario motivar a las personas a que cambien sus estilos de vida y también ayudarles a aprender y adoptar alternativas. Asimismo cada vez se reconoce más que las personas tienen la responsabilidad de proteger y promover su salud. De hecho, la importancia que se da hoy en día a los derechos de los pacientes en los sistemas para cuidados de la salud, ha determinado que los consumidores, exijan que los profesionales de la salud compartan con ellos sus conocimientos y habilidades.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disponer un ambiente no amenazador. ❖ Establecer compenetraciones en las relaciones. ❖ Satisfacer las necesidades básicas del paciente (hambre, sed, calor, y oxígeno). ❖ Comprobar el nivel de orientación del paciente. ❖ Vigilar el estado emocional del paciente y familiar. ❖ Dar tiempo al paciente y al familiar para que realicen preguntas y discutan sus preocupaciones. ❖ Tratar las inquietudes específicas del paciente y/o familiar. ❖ establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible con el familiar y paciente. ❖ Ayudar al paciente y al familiar a desarrollar confianza en su capacidad. ❖ Explicar cómo la información 	

ayudara que el paciente cumpla con las metas.

- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad.
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a darse cuenta que hay opciones de tratamiento.
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones.
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades.
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a darse cuenta de que la situación actual, difiere de la situación de estrés pasada.
- ❖ Ayudar al familiar y al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida.
- ❖ Proporcionar un desencadenante o activador de la acción adecuada (comentarios/razones y nueva información que motive).

EVALUACION.

ESTRUCTURA. El espacio que se ocupa para llevar a cabo las estrategias y actividades, así como la iluminación natural con la que se cuenta es apropiado, ya que se propició la interacción con el familiar y el paciente. Estas características definitivamente intervinieron para la confidencialidad que se logra obtener del cuidador y la confianza para la retroalimentación.

Además, asiste en 2 ocasiones a la escuela que se imparte dentro de la institución con registro oficial de la Secretaría de Educación Pública.

PROCESO. Las estrategias se efectúan sin problema, principalmente porque se obtiene una participación activa de la mamá en todos los procedimientos e incluso se reciben propuestas de mejora por su parte para la realización.

RESULTADO. La orientación brindada al familiar, fue de utilidad para el cuidado en casa en su próxima alta del servicio; por lo que la necesidad de aprendizaje se mantiene en independencia grado 1.



NECESIDAD: Reposo y sueño.

Datos Subjetivos: Los datos son aportados por la madre quien refiere que el paciente acostumbra dormir 12 horas diarias, sin luz, con música; despertarse a veces hasta 2 veces por las noches para jugar y que vuelve a conciliar el sueño inmediatamente. Acostumbra realizar siestas de 1 hora por las tardes entre 14 y 16 horas, así como la ausencia de pesadillas y/o terrores nocturnos.

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha realizada con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al valorarla, Acceso vascular central safena derecha.

- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** A la inspección se observa paciente consciente, activo, cooperador, conjuntivas hidratadas, transparentes, con abultamiento de ambos párpados inferiores indoloros a la palpación; presenta periodos cortos de tos no productiva. Comunica a su madre la necesidad de dormir, se dirige a su unidad y en posición fetal, concilia el sueño sin dificultad envuelto en la sabana hospitalaria, a pesar de que el área cuenta con

entrada de luz natural en abundancia y la temperatura que se percibe en la habitación es cálida.

Diagnósticos de Enfermería. Independencia en la necesidad de sueño y reposo, de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Independencia nivel 1

PRIORIDAD: Mediana. **ROL DE ENFERMERÍA:** Acompañamiento.

OBJETIVO: El paciente mantendrá en independencia el reposo y el sueño durante su estancia hospitalaria.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
1- La enfermera valorará la necesidad de sueño y reposo del paciente diariamente.	Una de las responsabilidades más importantes de la enfermera es comprobar que el paciente esté cómodo, descanse lo suficiente y duerma bien, para ello es preciso conocer características propias del mismo paciente que intervenga con el proceso de sueño y confort. Para la acción de enfermería, todas las medidas para promover la comodidad, el reposo y el sueño son prioridades. La enfermera debe hacer todo lo posible por eliminar o reducir al mínimo si no es posible suprimirlos por completo, los factores que causan la incomodidad o alteran el sueño y reposo del paciente. Du Gas Beverly (1999)
Actividades. Directas Independientes.	
<ul style="list-style-type: none">❖ Presentarse con el familiar y el paciente con la finalidad de obtener consentimiento.❖ Interrogar en forma directa las costumbres de realizar el descanso,❖ Periodos de sueño.❖ Costumbres para el descanso.❖ Calidad del descanso.❖ Inspección intencionada en busca de datos de cansancio (bostezos, desgane, ojeras, irritabilidad por falta de descanso, etc.)❖ Observar las características del área circundante en búsqueda de factores que puedan interferir en el descanso y sueño del paciente.	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACION
<p>2- La enfermera aplicará medidas en el entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p> <p>Actividades. Indirectas Independientes.</p>	<p>Las molestias físicas, pueden causar incomodidad mental e interferir con el equilibrio psicosocial de una persona. El dolor, las náuseas, el calor e incluso un ambiente desordenado, son estímulos que el paciente encuentra incómodos y en ocasiones insoportables. Seleccionando las intervenciones adecuadas, la enfermera puede evitar muchas de las situaciones que originan incomodidad; gran parte pueden corregirse si ocurren. En consecuencia debe estar pendiente de los primeros signos de incomodidad del paciente y saber cómo intervenir para aliviarla o evitar que aumente.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atender inmediatamente la llamada del paciente ❖ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de sueño. ❖ Proporcionar un ambiente limpio y seguro. ❖ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (aseo personal) ❖ Colocar al paciente de manera que se facilite su comodidad, utilizando principios de alineación corporal y apoyo de almohadas) ❖ Evitar exponer la piel o mucosas a factores que le produzcan lesiones y estas a su vez malestar que influya en su comodidad. 	

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>La enfermera aplicará medidas para mejorar el sueño a través de ciclos regulares de sueño /vigilia.</p>	<p>Las funciones corporales del hombre siguen durante las 24hrs, un patrón que se ha denominado "ritmo circadiano", o bien el "reloj biológico" que regula sus actividades. Los periodos definidos de sueño son un componente esencial del ritmo circadiano en el hombre. Para su funcionamiento físico y psicosocial</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. ❖ Incluir el ciclo regular de 	

<p>sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad. ❖ Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el periodo de sueño. (horario de administración). ❖ Observar y registrar, el número de horas de sueño del paciente. ❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama, etc.) para favorecer el sueño. ❖ Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño. ❖ Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares. ❖ Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de ir a la cama. ❖ Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño. ❖ Disponer y llevar a cabo medidas agradables como el contacto afectuoso. ❖ Disponer siestas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño. ❖ Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño vigilia. ❖ Instruir al paciente y al 	<p>óptimos, el individuo necesita dormir el tiempo adecuado.</p> <p>Las personas en crecimiento deben dormir más que otras.</p> <p>Las necesidades de sueño, varían con la edad, los patrones de crecimiento, el estado de salud y el individuo.</p> <p>La falta de sueño suficiente altera el rendimiento físico de las personas, su viveza mental y sus relaciones sociales.</p> <p>Las costumbres individuales varían en lo que se refiere a los “rituales” para acostarse.</p> <p>Los patrones de sueño pueden alterarse por cambios en las actividades diarias normales de las personas, problemas sociales y emocionales, trastornos físicos, irritaciones o incomodidades menores y el dolor.</p> <p>Las enfermedades casi invariablemente alteran los patrones de sueño.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
--	---

cuidador primario a cerca de los factores que contribuyen a trastornar el esquema de sueño.	
---	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. Para la satisfacción del sueño y reposo de Edwin, no presenta dificultad alguna relacionada con el área, ya que las características de la misma, favorecen que él se encontrara en un ambiente íntimo con su madre, para que ella misma le brindara su confort.

PROCESO. Se dispuso de la disponibilidad del paciente y del familiar para llevar a cabo la valoración y ejecución de las acciones, se cuenta con el interés de la madre durante este proceso.

RESULTADO. A pesar de encontrarse en un área desconocida, el acercamiento de su madre favorece que se mantenga en independencia el reposo y sueño durante los días que se valora, hasta el día en que es dado de alta.



NECESIDAD: Creencias y Valores

Datos Subjetivos: La madre refiere ser procedente de familia que profesa la religión católica de costumbres muy arraigadas; que ella ha inculcado en el niño la creencia católica, ambos realizan oraciones antes de dormir, sabe persignarse. Además refiere inculcarle los valores del respeto, honestidad y tolerancia, teniendo en cuenta la situación en la que se encuentra con sus familiares. Al recién ingreso de esta última hospitalización, el personal refiere una actitud muy insegura de la madre, renuencia a integrarse con otras personas, preferencia por el apartamento.

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequedad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha realizada con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al valorarla, Acceso vascular central safena derecha.

- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** A la inspección se observa paciente, tranquilo, amable, obediente y cariñoso con su mamá. No se observan imágenes religiosas en el área física, pero la mamá en su cartera porta imágenes de diferentes santos. Refiere el interés por seguir apoyándose en la religión, para enseñarle a sus hijos los principios religiosos con los que ella ha sido educada.

Diagnósticos de Enfermería. Disposición por cuidador primario para mantener en independencia las creencias y valores, de acuerdo a la edad y etapa de desarrollo del paciente.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: independencia nivel 2

PRIORIDAD: Baja. **ROL DE ENFERMERÍA:** Acompañamiento.

OBJETIVO: El cuidador primario conservará sus patrones de inculcar al paciente sus creencias y valores durante la hospitalización.

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará la necesidad de creencias y valores del paciente cada 2 meses.</p>	<p>Todo individuo es susceptible de enfrentarse con situaciones en las que las iniciativas tomadas o los acontecimientos pueden por desgracia, suscitar un sentimiento de culpabilidad. El grado la frecuencia y la racionalización de este sentimiento dependen de gran parte de las experiencias vividas y de la educación recibida en la infancia. La culpabilidad es pues un sentimiento fundamental e inmotivado que se manifiesta con sordina fuera del conocimiento de su verdadero significado.</p> <p>Muchas situaciones pueden causar sentimientos de culpabilidad: la enfermedad, la pérdida de la estima, la ansiedad, los conflictos sociales, etc.</p> <p>Riopelle 1997.</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y familiar con la finalidad de obtener su consentimiento. ❖ Interrogatorio acerca de las costumbres familiares. ❖ Profesión de religión. ❖ Conocimiento de los valores humanos. ❖ Valores que se practican en la familia. ❖ Actitud del paciente ante sí mismo. ❖ Observar, actitud del paciente frente a las demás personas. ❖ Actitud frente a la mamá. ❖ Comunicación. ❖ Actitud ante el medio que le rodea. ❖ Búsqueda de datos ambientales que determine carácter del paciente o familiar. 	

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACION
<p>2- La enfermera intervendrá en el crecimiento espiritual del paciente, para favorecer su capacidad para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.</p>	<p>El ser humano aislado no existe. Está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o del Ser supremo. Los seres humanos interactúan continuamente con los demás, aportando en esta relación su experiencia de vida, sus creencias y sus valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y el desarrollo de la personalidad.</p> <p>Las emociones y los impulsos del individuo le empujan a cumplir actividades humanitarias o religiosas, o ambas.</p> <p>Riopelle 1993.</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente y con el familiar. ❖ Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales. ❖ Modelar habilidades saludables de relación y de razonamiento. ❖ Ayudar al familiar a identificar barreras que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento. ❖ Ofrecer el apoyo de la oración. (institución). ❖ Fomentar la relación con los otros para el compañerismo y el servicio. ❖ Fomentar la exploración del compromiso espiritual según las creencias y valores. ❖ Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión. ❖ Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con 	

<p>la curación, del cuerpo la mente y el espíritu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Remitir a grupos de apoyo, asistencia y apoyo adicional, 	
---	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>3- La enfermera participará en el fomento a los sistemas de apoyo, para disponer la convivencia familiar.</p>	<p>La familia posee también gran importancia. Ligada íntimamente a factores socioeconómicos, constituye un elemento más a considerar en la evaluación de fuentes de dificultad susceptibles de perjudicar la satisfacción de las necesidades del paciente.</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	<p>Du Gas Beverly (1999)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Calcular la respuesta psicológica a la situación y a la disponibilidad del sistema de apoyo. ❖ Determinar la convivencia de las redes sociales existentes. ❖ Determinar el grado de apoyo familiar. ❖ Determinar los sistemas de apoyo actualmente utilizados. ❖ Determinar las barreras de los sistemas de apoyo. ❖ Observar la situación familiar actual. 	

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>4- La enfermera intervendrá en la facilitación de prácticas religiosas.</p>	<p>El término "religión" trae a la mente ideas diversas a diferentes personas. Algunos la consideran como creencia en Dios o el acto de orar o de participar en un ritual. Otros la entienden como el acto de meditar sobre algo divino; sin embargo, otros piensan que tiene que ver con una actitud emocional e</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar las inquietudes del 	

<p>paciente y familiar respecto a la expresión religiosa.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud.❖ Tratar al paciente y familiar con dignidad y respeto.❖ Dar oportunidades para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.❖ Investigar alternativas de culto.❖ Fomentar la discusión sobre intereses religiosos.❖ Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.❖ Remitir a un consejero religioso de su elección.❖ Participar en las modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades del paciente y el familiar.	<p>individual respecto a algo que está más allá de este mundo; hay algunos que identifican sencillamente religión con moralidad. Ciertamente, la forma de estudiar la vida religiosa del hombre depende en gran medida de la experiencia del individuo de lo que él llama religioso. Cualquier estudio científico de la religión comienza con una cierta idea de religión que le ayuda a distinguir entre lo que es religioso y lo que no es religioso, y prosigue su investigación para hacerla más precisa y más aceptable desde un punto de vista crítico.</p> <p>www.gipuzkoa.net/infojuven/guia1/inf4.3.html</p>
--	---

EVALUACION.

ESTRUCTURA. El hospital cuenta con servicio religioso y un oratorio católico, precisamente de la creencia de la familia. Es de libre acceso, se pueden realizar varias visitas a la hora deseada. Así también, cuenta además con el apoyo del personal del patronato, trabajo social y psicología, de quienes recibe apoyo humanitario, económico en cuanto a los gastos del tratamiento del paciente y emocional, de varias sesiones para ambos.

PROCESO. Es precisamente durante la valoración de esta necesidad en el paciente, donde se logra un vínculo muy estrecho con el cuidador primario, la actitud de este lo permite. Ella manifiesta su agradecimiento con todo el personal con el que ha convivido en este tiempo.

RESULTADO. La actitud positiva de la madre y el vínculo que se logra obtener con el paciente durante los días previos a su alta, permite considerar que la necesidad de creencias y valores se encuentra en independencia grado 1, por el momento; considerando que por los antecedentes emocionales y familiares valorados, esta situación puede cambiar drásticamente.



NECESIDAD: Eliminación.

Datos Subjetivos: La mamá refiere que el paciente realiza diariamente una evacuación al día, formada, amarilla sin dolor. Presenta orinas por el día y las noches, amarillas, de olor característico sin dolor. Presenta sudoración solo cuando realiza esfuerzo.

Refiere expulsión de gases orgánicos frecuentemente.

Datos Objetivos:

Peso 17,500 **Talla** 100cm **FC** 70x' **FR** 18x' **TA** 100/60 **Temp.** 36°C

Otros. Balance hídrico conservado; gasto urinario 1.1 (orina 166ml en 8hrs)

- A) Observación general:** : Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente íntegro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequead generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.
- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** Se trata de paciente preescolar, con palidez de tegumentos, resequead generalizada, mucosas orales y conjuntivas hidratadas, sin edema palpebral. Abdomen globoso, redondo, con integridad cutánea, reseca y coloración pálida, con movimientos respiratorios coordinados: se ausculta presencia de sonidos peristálticos con frecuencia de 4 a 6 por minuto, más audible en cuadrante inferior derecho, PA. 51cm. Percusión timpánica en cuadrantes inferiores y sonido mate en área hepática. Sin dolor a la palpación, blando depresible, signo de lienzo negativo, sin presencia de masas, borde hepático a 2cm por debajo del

borde costal. Pulso aórtico en epigastrio, y datos ligeros de inflamación de colon descendente en cuadrante inferior izquierdo. Genitales de fenotipo masculino, sin datos de edema, bolsas escrotales integra, hiperpigmentadas, rugosas, testículos descendidos, con reflejo de retracción. Pene con prepucio retraído, meato urinario visible, central, sonrosado, temperatura conservada. Área rectal íntegra sin inflamación ni prolapsos, reflejo de retracción presente.

Diagnósticos de Enfermería. Independencia de la necesidad de eliminación, de acuerdo a los requerimientos del paciente preescolar.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 24-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Independencia nivel 1.

PRIORIDAD: Baja. **ROL DE ENFERMERÍA:** Acompañamiento.

OBJETIVO: El paciente conservara la independencia de eliminación, de acuerdo a los requerimientos para su edad, en la estancia hospitalaria.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará la necesidad de eliminación cada ocho horas.</p>	<p>Para que el cuerpo del hombre conserve su funcionamiento eficaz debe eliminar los desechos. Hay cuatro medios principales para eliminarlos: por las vías urinarias (orina), por el tubo digestivo (heces), por la piel (sudor), y por los pulmones (aire espirado). Cada mecanismo tiene su función específica en la eliminación de los desechos del cuerpo que resultan del procesamiento de los nutrientes y su utilización subsiguiente en la célula. Du Gas Beverly (1999)</p>
<p>Actividades Directas Interdependientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el familiar y el paciente para obtener consentimiento. ❖ Realizar interrogatorio a cerca de antecedentes personales, que intervengan en la eliminación vesical y rectal. 	
<p>INSPECCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar características físicas del paciente como datos de edema a cualquier nivel corporal y patrón respiratorio. ❖ Comparar últimos datos de constantes vitales. ❖ Características y cantidad de 	

<p>evacuaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Características y cantidad de diuresis. ❖ Características de los genitales. ❖ Características de recto. ❖ Balance hídrico. <p>AUSCULTACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Campos pulmonares, ruidos, características. ❖ Abdomen presencia de sonidos intestinales, en todos los cuadrantes, frecuencia e intensidad. <p>PALPACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Campos pulmonares, presencia de líquido pulmonar, enfisema. -Abdomen- ❖ Presencia de masas, heces fecales, gases intestinales. ❖ Borde hepático. ❖ Presencia de globo vesical. ❖ Genitales, edema. <p>PERCUSIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tórax, datos de retención de líquido. (sonido mate) ❖ Abdomen presencia de gases o masas. (sonido mate) 	
---	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- la enfermera influirá en el mantenimiento de una óptima eliminación urinaria.</p>	<p>La mayor parte de los desechos nitrogenados del metabolismo celular se eliminan por los riñones.</p>
<p>Actividades. Directas Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. ❖ Explicar al paciente y 	<p>Los riñones tienen un papel muy importante en la conservación del equilibrio de líquidos. La supresión de la formación de orina en los riñones pone en peligro la vida del individuo. Normalmente, la madurez total de la capacidad funcional de los riñones se alcanza al final del primer año de vida. La función intestinal consiste en eliminar los productos de desecho de la digestión.</p>

<p>familiar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. (ardor – prurito, al orinar, excreción de sangre, fiebre, tenesmo).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anotar la hora de las orinas realizadas para recabar frecuencia y número. ❖ Asistir en la toma de muestras para análisis de laboratorio. ❖ Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar. ❖ Enseñar al paciente a consumir líquidos (150-250ml), con las comidas o entre ellas. 	<p>Para el funcionamiento eficaz del cuerpo es esencial que la eliminación intestinal sea normal.</p> <p>Du Gas Beverly (1999)</p>
---	--

ESTRATEGIA	FUNDAMENTACION
<p>3- La enfermera intervendrá en el mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.</p>	<p>Las heces que se eliminan por el orificio anal, son los desechos acumulados en los intestinos. El volumen de las heces está formado por residuos digestivos y agua, que constituye hasta el 60 a 80% del total. Los residuos de la digestión incluyen alimentos no digeridos y no absorbidos o desechos de secreciones digestivas. Además las heces también contienen los desechos de células y moco eliminados del recubrimiento del tubo gastrointestinal, pequeñas cantidades de materiales secretados hacia los intestinos, bacterias y sus productos.</p> <p>Los intestinos son la principal vía de eliminación de algunos minerales, en especial calcio, hierro y también gran parte del exceso de potasio del cuerpo. El color pardo usual en las heces se debe a la presencia de sales biliares, principalmente urobilinógeno, que se excreta por esta vía.</p>
<p>Acciones. Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tomar nota de los movimientos intestinales; incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. ❖ Informar acerca de cualquier aumento y/o sonido intestinales agudos. ❖ Informar si hay disminución de sonidos intestinales. ❖ Tomar nota de la rutina intestinal. (Horario, 	

<p>costumbres)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Enseñar al familiar las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal. (ricas en fibra) ❖ Instruir al familiar sobre los alimentos ricos en fibra. (frutas y verduras) ❖ Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. ❖ Fomentar la ingesta de líquidos como hábito diario. 	<p>Du Gas Beverly (1999)</p>
---	------------------------------

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. El área física cuenta con el espacio físico para la individualidad del paciente para la satisfacción de la necesidad, también cuenta con los recursos para el desecho de excretas y material de consumo que se proporciona al paciente.

PROCESO. No se presenta impedimento alguno durante la valoración de la necesidad y se logra la participación del cuidador primario.

RESULTADO. Se logra mantener la independencia grado 1 del paciente, en la necesidad de eliminación.



NECESIDAD: Termorregulación.

Datos Subjetivos: refiere la mamá que el paciente es susceptible a los cambios de temperatura, en las tardes o por las noches, en las que llega a presentar “calentura o se pone muy frío”. Estos cambios de temperatura son controlados con baños de agua tibia, o bien lo cubre si es necesario. Ella se percata del cambio en la temperatura corporal a través del tacto, y posterior de controlarla es trasladado al hospital, ya que es de su conocimiento que cuando presenta estos cambios es porque tiene una infección.

Ingresa el día 13 de Octubre con hipertermia cuantificada de 39.2°C, que posteriormente se modifica a hipotermias variables, siendo la más mínima de 34.5°C. Temperatura registrada con termómetro digital, vía oral.

Datos Objetivos:

Peso 17,500 **Talla** 100cm **FC** 75x' **FR** 20x' **TA** 100/60 **Temp.** 36.2°C

Otros. Laboratorios: Leucocitos 5,700, neutrófilos 50, bandas 2, linfocitos 34, monocitos 13, CD4 148cls.

A) Observación general: Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequeidad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con

ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda): A la inspección, se trata de preescolar masculino, con palidez y resequead generalizada de tegumentos, turgentes, íntegros, con diversas cicatrices a nivel de cuello y miembros superiores debido a punciones anteriores. Se palpa piel blanda, reseca, sin piloerección ni sudoración, con temperatura de cabeza, tronco y miembros superiores conservada, no siendo así de la parte distal de miembros inferiores que se encuentran hipotérmicos, a pesar de la actividad constante que mantiene con ellos. El área física en el que se encuentra es templada, sin ventilación natural y refiere la mamá que por la noche desciende la temperatura, teniendo que ocupar cobertores extras para conservar el calor.

Diagnósticos de Enfermería. Independencia en la necesidad de termorregulación.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Independencia, nivel 2.

PRIORIDAD: Alta. **ROL DE ENFERMERÍA:** Acompañamiento.

OBJETIVO: El paciente mantendrá la independencia de termorregulación, de acuerdo a sus requerimientos durante el proceso de restablecimiento

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará la necesidad de termorregulación cada 4 horas .</p>	<p>El calor se distribuye por todo el cuerpo por la sangre circulante y por conducción directa a través de los tejidos. El calor se pierde del cuerpo principalmente por conducción, convección y evaporación en la superficie de la piel. La cantidad de calor que se pierde del cuerpo es directamente proporcional al volumen de sangre que circula cerca de la superficie de la piel. El volumen de sangre que circula cerca de esta superficie depende de la dilatación y constricción de las arteriolas periféricas.</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse y comunicar al paciente y familiar a cerca del procedimiento a realizar para obtener el consentimiento. ❖ interrogatorio sobre antecedentes personales que influyan en la 	

<p>termorregulación del paciente.</p> <p>INSPECCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lavado de manos. ❖ Toma y registro de temperatura corporal. ❖ Observar coloración de la piel, integridad y turgencia. ❖ Características del área física ❖ Temperatura de ambiental. <p>PALPACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Turgencia de piel. ❖ Temperatura superficial (comparación de zonas centrales y distales) 	
--	--

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>2- La enfermera aplicará una regulación de la temperatura, con el propósito de mantener una temperatura corporal dentro del margen normal.</p>	<p>La temperatura superficial del cuerpo varia con los cambios ambientales, y el hombre ha aprendido a vestirse adecuadamente para protegerse del calor.</p> <p>Por lo general, los mecanismos de regulación del calor corporal conservan un equilibrio preciso entre su producción y perdida. En esta forma se conserva la temperatura interna dentro de un margen muy estrecho que no suele variar más de un grado en un día. El calor es uno de los mecanismos homeostáticos más importantes del cuerpo.</p> <p>El tiempo de exposición a temperaturas extremas afecta la tolerancia del cuerpo a las mismas.</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Comprobar la temperatura al menos cada 4hrs. ❖ Observar el color y la temperatura de la piel. ❖ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. ❖ Favorecer una ingesta adecuada de líquidos y nutricional. ❖ Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frio. ❖ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 	

❖ Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura del paciente.	
--	--

EVALUACIÓN.

ESTRUCTURA. En cuanto a las características del área física es importante mencionar que no es favorecedora para la temperatura ambiental, ya que esta se torna extrema a ciertas horas del día; calurosa por medio día y tarde y frio por las madrugadas. Se cuenta con ventiladores eléctricos y suficientes cobijas, y estos son manipulados por el cuidador.

PROCESO. Se valora la necesidad de termorregulación de acuerdo a las fuentes de dificultad establecidos, identificando que por parte del paciente no hay por el momento, pero si en el área física que sin embargo hasta el momento, el paciente ha podido superar fisiológicamente.

RESULTADO. Se interviene a través de estrategias planteadas y se logra mantener al paciente con una temperatura corporal dentro de límites normales, por lo que continua en independencia grado 2, esto por las condiciones ambientales.



NECESIDAD: Vestido.

Datos Subjetivos: La madre refiere que ella acostumbra vestirlo con todo tipo de ropa, dependiendo de la época o del clima, pues como ya se mencionó, es susceptible a los cambios de temperatura. Ella lo viste, él aun no puede hacerlo por sí mismo, sin embargo reconoce su ropa y sabe la secuencia en la que se debe vestir, según las instrucciones de mamá, además en ocasiones él mismo elige lo que quiere ponerse por los colores o figuras de la ropa, pero finalmente la mamá es quien decide si es acorde para el momento. La ropa de algodón es la de mayor uso.

Datos Objetivos:

- A) Observación general:** Preescolar con edad aparente igual a la cronológica, fenotípicamente masculino; con actitud libremente elegida, físicamente integro, mesomórfico, con simetría corporal, con facies de confort, con palidez y resequedad generalizada de tegumentos, mucosas hidratadas sin presencia de movimientos anormales, de apariencia limpia, porta pañal desechable limpio; sentado en cama, sonriente, accesible, movimientos voluntarios de inquietud, marcha valorable con ayuda de mamá, refiere incomodidad en miembro inferior izquierdo al realizarla, Acceso vascular central safena derecha.
- B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda):** A la inspección se observa paciente preescolar portando únicamente pañal desechable únicamente, que se considera adecuado para la temperatura del cuarto aislado, se observa además pijama hospitalaria dispuesta para su uso en cuanto el paciente lo decida. Pantuflas infantiles que fueron conseguidas inmediatamente por la mamá, en cuanto se inicia deambulacion y que el paciente se coloca por sí mismo cada vez que requiere levantarse.

Diagnósticos de Enfermería. Disposición del cuidador para mejorar los conocimientos del vestido, de acuerdo a la edad y la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 25-Oct-2011

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Independencia, nivel 1.

PRIORIDAD: Baja. **ROL DE ENFERMERÍA:** Acompañamiento.

OBJETIVO: El cuidador primario conservará la independencia del vestido, según las necesidades del paciente, así como en las condiciones en las que él se encuentre.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN
<p>1- La enfermera valorará la necesidad de vestido y desvestido en el paciente diariamente.</p>	<p>Para poder sobrevivir, el ser humano debe llevar ropa para protegerse del rigor del clima. Así para el cuidado de la salud, el individuo escoge las ropas apropiadas según las circunstancias y la necesidad. La ropa asegura también la integridad del individuo preservando su intimidad sexual. Las costumbres varían de una cultura a otra, y el lenguaje del pudor se manifiesta a través de comportamientos variados, de forma que el modo de vestir juega un papel importante en este sentido.</p> <p>Riopelle 1997.</p>
<p>Actividades Directas Independientes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presentarse con el paciente y familiar con la finalidad de obtener consentimiento. ❖ Interrogatorio acerca de costumbres, del vestido de acuerdo a su nivel económico y sociocultural. ❖ Afinidad de gusto por la ropa. ❖ Inspeccionar características de ropa personal que porta. (textura, material, higiene) ❖ Observar capacidad de realizar el cambio de ropa por sí mismo. (presencia de limitación física o retraso psicomotor) ❖ Identificar la importancia personal por la vestimenta. 	

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACION
<p>2- La enfermera muestra a la mamá de Edwin la importancia del vestido.</p>	<p>La ropa asegura también la integridad del individuo perseverando su integridad sexual.</p>

<p>Actividades Directas Independientes.</p>	<p>El vestir preocupa cada vez más, puesto que forma parte de la estética del individuo, contribuye a la expresión corporal y participa significativamente la comunicación.</p>
<p>Mostrar las opciones que hay para vestirse de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Esta puede variar según la actividad que realice o la moda.</p> <p>Ajustada. Holgada. Deportiva. Formal.</p> <p>Se podrá aconsejar el tipo de ropa por ejemplo que se use ropa de 2 piezas para facilitar el vestido y desvestido por sí mismo.</p> <p>La enfermera reafirma acerca de la importancia de utilizar ropa adecuada para las diferentes épocas del año.</p> <p>PRIMAVERA. Por lo regular se utiliza ropa de algodón, pantalón de mezclilla, shorts, playeras, faldas (mujeres), gorra, zapato, guarache. Se usan colores muy vivos.</p> <p>VERANO. Por la temperatura del ambiente se utilizan pantalones cortos de tela fresca, blusas sin manga, vestido, shorts, bermudas, guarache, pero si persisten las lluvias: pantalón, vestido, sudadera, tenis, zapato. Se usan colores no tan llamativos.</p> <p>OTOÑO. Comienza el uso de chamarras, pantalón, falda larga pero alterna con ropa fresca, se utilizan colores secos.</p> <p>INVIERNO. Uso de abrigo, suéter, pantalón de pana mezclilla, ropa térmica, sedaderas, botas, tenis, medias, guantes gorro, bufanda, se usan</p>	<p>Es difícil intervenir en los gustos, pero se pueden hacer recomendaciones para el uso de las prendas.</p> <p>Los accesorios varían dependiendo de los gustos y costumbres del cliente pero, se le puede mostrar la variedad de accesorios que existen como camisitas y zapatos y que son recomendables para los niños.</p> <p>www.efdeportes.com. www.mipediatra.com</p>

colores azul, rojo, verde, blanco en predominio y por la época y sus festividades.	
--	--

EVALUACION.

ESTRUCTURA. La institución provee de ropa institucional de material de algodón, que en ciertas horas del día, era inadecuada para el clima de la habitación, por lo que el paciente se mantuvo en la mayor parte del día únicamente con pañal desechable, aportado por el familiar. El familiar no puede ingresar más artículos que los personales, para el paciente por regla institucional.

PROCESO. La valoración se realiza por interrogatorio ya que la ropa personal del paciente se introduce a la institución hasta el momento de su alta.

RESULTADO. No se presenta problemas en el vestido durante la hospitalización y el paciente continúa en independencia grado 1, en la necesidad de vestir y desvestir.

III CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El proceso organizado y sistematizado, permitió dar un cuidado especializado y específico a las necesidades del paciente; pero sin duda, la aplicación de la propuesta de Henderson, nos ha permitido identificar las necesidades prioritarias, que aunado a la identificación de las fuentes de dificultad, ha permitido el análisis de la importancia de cada una de las intervenciones y de las limitaciones que cada una conlleva, por ende; se cumplen satisfactoriamente los objetivos planteados tanto general como los específicos del caso clínico.

La asesoría con la que se contó, fue de valiosa ayuda para mantener precisamente el enfoque analítico, de cada una de las necesidades en dependencia identificadas y el resultado que se espera obtener de cada intervención. El apoyo de los documentos aportados por la ENEO, (historia clínica, hoja de reporte clínico y hoja de consentimiento informado) fueron esenciales para la recopilación de datos y el análisis de los mismos; concluyendo que la formación de personal especializado para la atención, es una labor imprescindible y necesaria para las instituciones.

En cuanto a la institución sede, se encontró en ella las facilidades tanto materiales como la disposición del personal para la realización de cada una de las fases de este estudio de caso.

Se sugiere estimular a los estudiantes en la elaboración de estudios de caso con base en algún modelo teórico, participar en congresos, sesiones o eventos y la publicación del mismo para material de apoyo en la creación de nuevos trabajos o bien para nuevos estudiantes; con la finalidad de difundir estándares en el cuidado profesional.

BIBLIOGRAFIA.

Alfaro Rosalinda (2003) Aplicación del Proceso Enfermero Fomentar el Cuidado en Colaboración, 5ª edición Elsevier Masson Barcelona España.

Benítez Trejo Ma. Amalia 2004 Revista Enfermería Universitaria "Proceso del Cuidado a un Preescolar con VIH" Vol.1 Num.3, Año1.

Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G (2008) Fundamentos de Enfermería Vol. 1 8ª. Ed. Edit. Pearson Prentice Hall Madrid, España.

Beverly Witter Du Gas "tratado de Enfermería Práctica" Nueva Editorial Interamericana, México 1999.

Cashast Cruz M. (2002) Impacto de la Terapia Antirretroviral en la Morbilidad y Mortalidad de una Cohorte de Niños Infectados por el VIH en el HIMFG. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la AMIMC. World Trade Center México.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería AC. (1999) *Anteproyecto de Código de Ética de la Enfermería Profesional* México, D.F

Cruz López Luz Ma. 2006 Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica "Plan de Cuidados en un Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Cianógena por Ventrículo Único" Vol. 14 Num.2.

Dirección General de Profesiones- Secretaria de Educación Pública (1998) *Prototipo de Código de Ética Profesional*. México D.F.

Duran de Villalobos, Ma. Mercedes (1998) "Disciplina de Enfermería" En: Enfermería. Desarrollo Teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Edit. Unibiblos. Bogotá, Colombia.

Fernández Ferrín (1993) El Proceso de Atención de Enfermería.

Fernández S. Alfonso 2008 Revista Enfermería en Cardiología. "Plan de Cuidados al Niño con una Cardiopatía Congénita; utilizando NANDA, NIC y NOC" Núm.44, 2º. Cuatrimestre.

Ferrer Pardavila Ángeles y Cols. 2003 Revista Cultura de los Cuidados "Teoría y Métodos El Proceso de Atención y la Relación de Ayuda, en la Enfermería Pediátrica. Vol. 13 Año 3 pp.52-62.

Forment Eduardo. (1990) Principios Básicos de la Bioética. Edit. Palabra Madrid. España.

González Juliana (1998) *Ética y Humanismo, Principio y Pasado*. Presentada en el I Simposio Internacional de Humanismo y Sociedad en México.

Griffith J. / Christensen (1993) *Proceso de Atención de Enfermería "Aplicación de Teorías y Modelos"*. Manual Moderno. México.

Henderson Virginia (1956) *The Nature of Nursing and its implications for practice, research and education* 2a Ed. National League for Nursing Press.

Iyer P.W, Taptich y Bernocchi D. (1997). *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. México DF. 3ª. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana. Pp. 338.

Pastor Rodríguez Jesús D. 2009 *Revista Enfermería Clínica "Recién Nacido Prematuro: a Propósito de un Caso"* Vol. 20 Num.4.

Maas Góngora Lucely y Col. 2010 *Revista Desarrollo Científico de Enfermería, "Proceso de Enfermería en Adolescente Embarazada con el Referente Teórico de Virginia Henderson"* Desarrollo Vol.18 Núm.

Magis Rodríguez Carlos, Barrientos Bárcenas Hermelinda (2009) *VIH/SIDA Manual para Personal de Salud. CENSIDA-SSA 2ª. Edición*. México.

Mariano Sánchez Natividad 2008 *Revista Desarrollo Científico de Enfermería "Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica"* Desarrollo Vol.16 Num.6.

Mondragón Romero Adriana 2010 *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica "Proceso Enfermero de un Adolescente que Presenta Alucinaciones por Síndrome de Deleción 22q11"* Vol.18 Núm.3.

Moreno F. M Elisa (2005) "Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana". *Revista Aquichan*, año 5, vol.5. No.1. Chia, Colombia

Partera Luque M. Carmen 2003 *Revista Enfermería Clínica "Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre"* vol.13 num.5.

Pastor Rodríguez Jesús D. 2009 *Revista Enfermería Clínica "Recién Nacido Prematuro: a Propósito de un Caso"* Vol. 20 Num.4.

Phaneuf M. (1999) *La Planificación de los Cuidados Enfermeros* 1ª edición Mc Graw-Hill Interamericana México.

Potter/Perry (2003) *Fundamentos de Enfermería* Harcourt/Océano Vol. 1 España.

Quinino Pérez Frida, Rivera Pilar, Magis Carlos, Leyva René (2009) El VIH/SIDA en la Población Infantil- Transmisión Perinatal y Vulnerabilidad, CENSIDA. SSA México.

Riopelle L. "Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona" Mc Graw -Hill España 1993.

Sánchez León Virginia 2001 Revista de Enfermería IMSS "Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura", Vol. 9 Num.2, pp.91-96

SSA/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 15 de Noviembre del 2007.

Secretaria de Salud (2001) Código de ética para Enfermeras y Enfermeros de México. México D.F.

Sierra Magdalena 2006 Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica "Paciente Pediátrico con Cardiopatía Congénita Acianógena" Vol.14 Núm. 1.

Solís Mohedano Ma. Eugenia 2008 Revista Desarrollo Científico de Enfermería "Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación" Vol. 16 Núm.9.

Tomey A. Marriner "Modelos y Teorías en Enfermería" 2000.

Varela Trejo M. Carmen. (2006) Transmisión Vertical del VIH, Cap.5. INSP-SSA, México.

Enfermedades del nuevo siglo, compendio en línea ac.

www.conevyt.org.mx/cursos/enciclope/sida.html. Consultado en noviembre 2011

Farmacéutica UNAM, versión online.

www.facmed.unam.mx/.../TrimetoprimaSulfametoxazol consultada en octubre 2011

Información en línea para el tratamiento de portadores de VIH.

<http://mexico.cnn.com/salud/2010/07/18/el-contagio-de-vih-podria-disminuir-por-el-tratamiento-con-retrovirales>. Consultado en noviembre 2011

Lavado de manos imágenes par su comprensión.

<http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/Lavado+de+manos>. Consultado en noviembre 2011

Terapia familiar en línea. Lic.Gordoa Askasibar

www.aniortenic.net/progr_asignat_terap_famil.htm . Consultado en enero 2012

Terapia infantil ac. Versión online. Psicólogos terapeutas.

<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos06.htm> . Consultado en enero 2012

Terapia de juego versión online. Psicología ac.

www.apuntesdepsicologia.com/terapias.../terapia-del-juego.php . Consultado en enero2012

Terapia infantil ac. Versión online. Psicólogos terapeutas.

<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-juegos06.htm> . Consultado en enero 2012

A N E X O S

ANEXO I

Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia

División de Estudios de Posgrado

Plan único de Especialización de Enfermería

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

Elaboró:

Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador;

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001



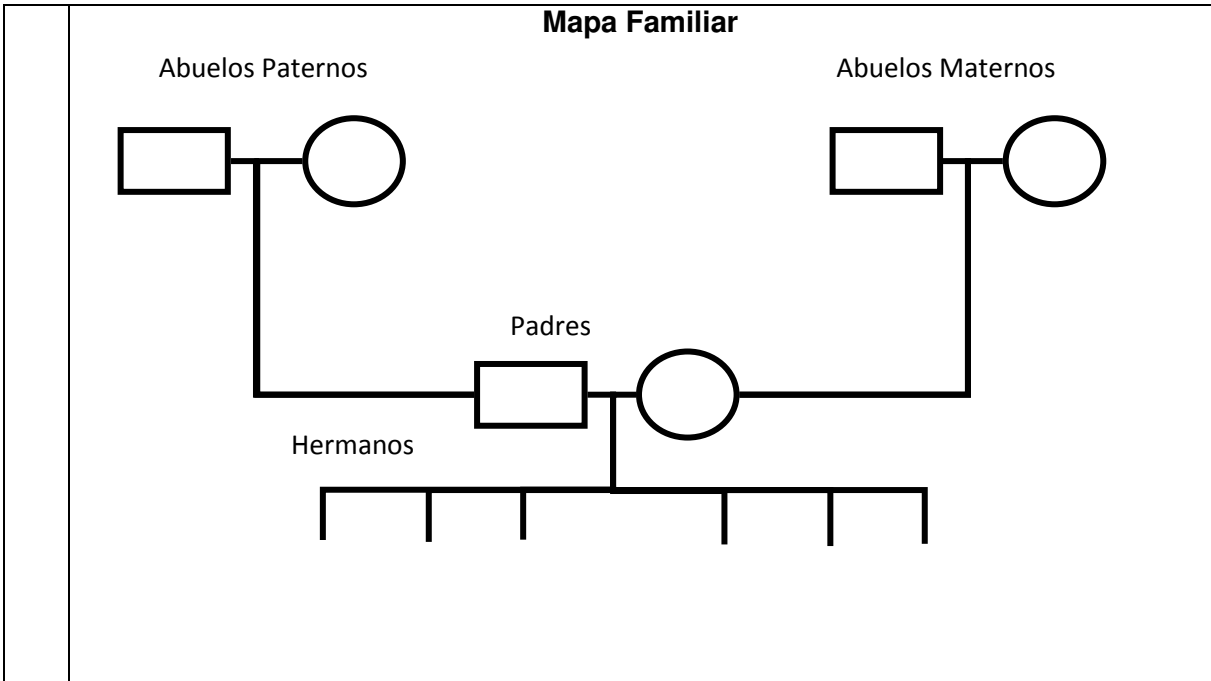
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____ Servicio: _____

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



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afectiva	Enfermedades

Símbolos

Hombre
 Mujer
 ● Pacientes problemas
 ◊ Fallecimiento

≡ Relaciones débiles
 ≡≡≡ Relaciones fuertes
 ≡/≡ Relaciones con estrés

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

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

Oxigenación

3 Somatometría : Peso:_____ Talla_____ Perímetros: Cefálico: _____
Abdominal:_____ Toracico:_____ Braquial: _____
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____
Regular:_____ Irregular:_____ Respiración:_____ Regular:_____ Irregular:_____
Aleteo nasal:_____ Retracción xifoidea:_____ Disociación toraco abdominal: _____
Ruidos respiratorios:_____ Lado derecho:_____ Lado izquierdo:_____ Ventilación: _____
Respiración asistida:_____ Controlada: _____
Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor
Tubo traqueal _____
Cavidad oro nasal _____
Humidificación y oxigenación _____

4

Tiene dificultad para respirar: cuando como:_____ Camina:_____ Otros: _____
Coloración de la piel: Color:_____ Integridad:_____ Diaforesis: _____
Petequias:_____ Rash:_____ Escoriaciones: _____

Reposo sueño

Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____
Con luz:_____ Sin luz:_____ Con música:_____ Cubierto con alguna manta: _____
Otras costumbres:_____ Despierta por las noches:_____ Tiene pesadillas: _____
Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
Valoración neurológica: Actividad: Activo:_____ Letárgico:_____ Tranquilo: _____
Dormido:_____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
Búsqueda: _____ Moro: _____
Prensión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

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

	Desordenado: _____ Qué le hace el niño para consolarse a sí mismo: _____ Que hace usted para consolarlo cuando
	hace berrinche: _____ _____
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> Condiciones higiénicas de la piel: _____ Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____ Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: ____ Frecuencia del cambio de ropa: _____
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ la música: _____ Tienen alguna preferencia por: los juegos: _____ Los objetos: _____ Animales: _____ Las personas: _____ Juega solo: _____ Con otros niños: _____ Con adultos: _____
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> ¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran? _____ _____
	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____

12	<p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: ___ Separación de la pareja: ___ Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p>												
	<p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____</p> <p>O con algún familiar o amigo: _____ Si la respuesta es sí diga, ¿cuál?</p> <p>_____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="0" data-bbox="289 905 1333 1108"> <thead> <tr> <th data-bbox="289 905 690 940">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="756 905 1024 940">Dosis</th> <th data-bbox="1091 905 1333 940">Vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="289 961 690 997">Fecha _____</td> <td data-bbox="756 961 1024 997">_____</td> <td data-bbox="1091 961 1333 997">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="289 1018 690 1054">_____</td> <td data-bbox="756 1018 1024 1054">_____</td> <td data-bbox="1091 1018 1333 1054">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="289 1075 690 1110">_____</td> <td data-bbox="756 1075 1024 1110">_____</td> <td data-bbox="1091 1075 1333 1110">_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía											
Fecha _____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí _ No __sí la respuesta es sí ¿Por qué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p> <p>_____</p>												

14	Realización
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

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

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

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

Otros datos: _____	

Nombre de la Enfermera: _____	
Fecha: _____	

Análisis



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

ENFERMERÍA INFANTIL

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

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



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

ENFERMERÍA INFANTIL

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Realizadas por	Evaluación



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia

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

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

ANEXO II



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita:

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

ANEXO III



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

Reporte diario (Seguimiento)

Nombre del alumno:

Fecha:

Servicio

Nombre del niño:

Edad

Reg. De Exp

Valoración focalizada de la necesidad:

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso

Talla

FC

FR

TA

Temp.

Exploración física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Compañera:

Suplencia:

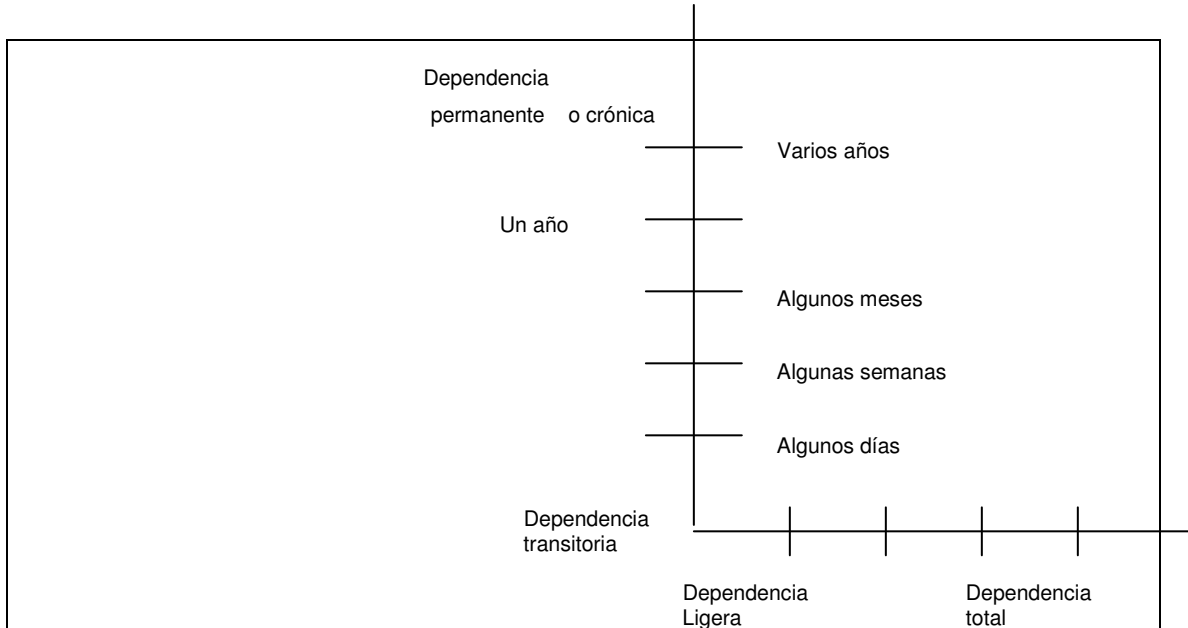
Ayuda:

Fuentes de la dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

Comentarios

Duración de la Dependencia



Continuum independencia dependencia.

<p>El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, N que le permite D asegurar su E homeostasis P física y psicológica.</p>	<p>Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén.</p>					<p>D E P E N D E N C I A</p>
<p>1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----</p>						
<p>N D E N C I A aunque sea ligeramente</p>	<p>Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido</p>	<p>Necesita asistencia para utilizar un dispositivo de sostén, un aparato o una prótesis.</p>	<p>Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero no puede colaborar de algún modo.</p>	<p>Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades</p>		<p>D E N C I A</p>

FUENTE: M. Phaneuf Cuidados de Enfermería, "El Proceso de Atención de Enfermería" cap. 2, 1993

ANEXO IV

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
ESPECIALIZACION DE ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ**

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 en 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 retirara 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. _____

México, D.F. a _____ de _____