



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

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

**ESTUDIO DE CASO A UN ADOLESCENTE CON
DEPENDENCIA EN LAS NECESIDADES BÁSICAS POR
QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD DE 2° Y 3°.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL
PRESENTA
L.E.O. JEZABEL PRISCILA LÓPEZ PONCE



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

LEÓN, GUANAJUATO, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

1 MARCO TEORICO

1.1 Estudios Relacionados.....	1
1.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	13
1.3 Propuesta Filosófica de Virginia Henderson.....	90
1.4 Aspectos Éticos en el Cuidado de Enfermería.....	105
1.5 Factor de Dependencia	122

2 METODOLOGÍA 143

2.1 Descripción del caso	144
2.2 Métodos e Instrumentos.....	160
2.3 Proceso de Construcción del Diagnóstico.....	162
2.4 Proceso de Planeación.....	170
2.5 Plan de Alta.....	187

3 RESULTADOS..... 190

4 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... 191

5 BIBLIOGRAFIA..... 194

5.1 Índice de cuadros, graficas y Figuras

6 ANEXOS..... 200

6.1 Historia Clínica de Enfermería

6.2 Hoja de Reporte Diario

6.3 Hoja de Consentimiento informado

INTRODUCCIÓN

La función de una profesión es la responsabilidad que tiene en la sociedad, su razón de ser, se encuentra en las necesidades sociales, es decir, el fin último para el que ha sido creada. En definitiva, lo que hace y que ninguna otra profesión puede ofrecer. Según Colliere una profesión “se constituye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social”.

Sin duda alguna la enfermería ha logrado ese reconocimiento en la sociedad, por lo tanto ahora es compromiso de la profesión responder a las demandas de la sociedad aportando profesionistas de calidad, con los conocimientos teóricos, de gran calidad humana, hábiles y habidos de conocimiento y sobre todo con respeto a la vida.

Cuidar es una ciencia y un arte, exige conocimientos y actitudes especiales y los cuidados son acciones intencionadas y fundadas en ese cuerpo de saberes.

El fin del cuidado es fomentar la autonomía/independencia, dignificar a la persona. Es inherente a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a su dignidad. En los cuidados de enfermería deben ser libres de discriminación, por cualquier causa.

El cuidado es el objeto de conocimiento enfermero y lo que determina la aportación enfermera específica a la salud de las personas y los grupos. La enfermería se caracteriza, como disciplina, por el estudio y tratamiento particular que hace de los cuidados humanos.

Quiero resaltar la importancia que tiene para el desarrollo científico de la enfermería el hecho de disponer de disciplinas propias que contribuyan a enfatizar el carácter único que tienen los cuidados de enfermería y que imprimen un sello diferencial a esta profesión.

Un cuidado respaldado en el conocimiento enfermero en la aplicación de su método propio como lo es el proceso de atención de enfermería, aplicado a un modelo de atención de enfermería como lo es la propuesta filosófica de Virginia Henderson y las catorce necesidades que planteo para la atención de los usuarios o pacientes y que forman parte del marco teórico que se encuentra en este trabajo.

A lo largo de éste se irán analizando las diferentes herramientas que utiliza el personal de enfermería, para brindar una mejor atención, con mayor conocimiento y menor riesgo.

Este trabajo será dividido en 6 capítulos en donde se encuentran: los aspectos teóricos para la elaboración del mismo: Proceso enfermero, la propuesta filosófica de Henderson, aspectos éticos y lo referente fisiopatología y manejo de las quemaduras.

En el capítulo de la metodología se incluye todo lo referente a la realización de éste, desde la selección del paciente hasta la elaboración de un plan de alta para dicha paciente. El elemento más importante el plan de cuidados especializados a un paciente escolar que presentó un diagnóstico médico de quemaduras por electricidad de 2° y 3°.

En el siguiente se mostraran los resultados; las conclusiones y sugerencias conforman el siguiente apartado y finalmente se encontraran los anexos en donde se dan a conocer los formatos utilizados para la elaboración de éste material.

El presente caso clínico aborda la patología: sus aspectos más relevantes, como lo es el tratamiento, de igual manera se desarrolla el proceso de atención de enfermería que se dio a un paciente adolescente de 14 años de edad, que cursa con un diagnóstico médico de quemaduras por electricidad de 2° y 3°;

acorde a las 14 necesidades de Henderson; el presente documento se elabora con la finalidad de satisfacer, minimizar y mejorar el estado de salud de la paciente, quien se valora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico de Tacubaya durante el mes de Abril del 2012.

Al cubrir todos los elementos ya mencionados en el documento, se da la pauta a otros profesionales para que sigan esa búsqueda de conocimientos, que desarrollen su creatividad y obtengan mayor reconocimiento profesional, pues como se analizara aquí, se obtendrán mejores resultados en la atención al paciente, que repercutirán en su vida en diferentes aspectos de la salud, al ser un ser biopsicosocial y espiritual.

OBJETIVOS

GENERAL:

Elaborar un estudio de caso mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en base a las necesidades de la propuesta filosófica de Virginia Henderson a un adolescente con dependencia en las necesidades básicas por quemaduras por electricidad de 2° y 3°.

ESPECIFICOS:

- Realizar una valoración exhaustiva y focalizada a un escolar con alteración en las necesidades básicas.
- Establecer la jerarquía de las necesidades en Dependencia, Riesgo e Independencia y elaboración de los correspondientes diagnósticos de enfermería.
- Planificar las intervenciones especializadas de enfermería y su aplicación al paciente adolescente.
- Evaluar el grado de independencia que logro el paciente adolescente, posterior a la planeación y ejecución de las intervenciones especializadas de enfermería.

1.- MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

Para la elaboración de este estudio de caso, fue necesario realizar una búsqueda minuciosa y exhaustiva de artículos científicos relacionados con el proceso de atención de enfermería, la propuesta filosófica de Virginia Henderson, el factor de dependencia: las quemaduras y que cubrieran la característica de tratarse de pacientes en edad pediátrica, con la finalidad de realizar un cuidado especializado a dichos pacientes. Se inició la búsqueda, en diversas bases de datos como: Proquest, EBSCO, Fistera, CUIDEN, entre otras, donde se encontró con la siguiente información: 18 artículos, de los cuales se seleccionaron los más significativos para este documento de la siguiente manera: 10 artículos cubrieron con las características para la selección de los mismos, tratándose las diferentes etapas del desarrollo del paciente pediátrico y su relación con el proceso de atención de enfermería. Sobre el factor de dependencia que son las quemaduras se escogieron 10 artículos científicos donde se desarrolla la patología, se menciona claramente el manejo y las actualizaciones en el mismo, y la guía clínica mexicana para el manejo de los pacientes quemados, en algunos de estos se establece la relación de la patología y el cuidado enfermero.

La investigación en enfermería en nuestro país, es aún un proceso naciente. El estudio Evaluación de la educación en enfermería en México, realizado en 1995 por la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. (FENAFEE), menciona que la investigación en las escuelas de enfermería es punto crítico para el desarrollo de la profesión, pues 64% de las escuelas no ha definido líneas de investigación en enfermería y 30 % realiza investigación pero no del área disciplinar; eso quiere decir que en ese gran porcentaje de escuelas no se realiza investigación ni se crea ciencia.¹

¹ Espino, Ma. E. (1999). *Panorama nacional de la Investigación en Enfermería*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, (7) 1.

En la literatura se han encontrado diversos artículos en los que menciona el uso del Proceso enfermero y la aplicación de algún modelo en el actuar del personal de enfermería en área hospitalaria, son pocas las investigaciones o casos que se publican con estas características en un paciente pediátrico.

Por lo anteriormente expresado es de suma importancia la publicación de estos trabajos, pues enriquecen de manera muy importante el cuerpo de conocimientos de enfermería. Por lo tanto a continuación se expone una reseña de los artículos encontrados para este cuidado especializado de los pacientes pediátricos, con los que se elaboró este documento.

Sánchez León Virginia en 2001, donde se muestran como parte de sus conclusiones: que la atención por parte del personal de enfermería se realizó durante un año, en donde al inicio se ubicaba al adolescente en dependencia 5 y al correr del tiempo, el impacto de las intervenciones de enfermería tuvieron impacto en la calidad de vida del paciente, siendo al concluir el estudio un paciente independiente; cabe mencionar que en este caso se identificó la fuente de la dificultad, misma que se atendió; con lo anterior se resalta la importancia de la participación de enfermería en la mejoría de la salud y la calidad de vida de los usuarios que son atendidos por personal profesional.²

En el 2002 se publicó el trabajo realizado por Partera Luque titulado “Atención De Enfermería A Una Niña Con Pancreatitis Y Relación De Ayuda A La Madre”, en donde se estudia a una preescolar de 5 años, ubicada en un servicio de cuidados críticos, a quien se valora con el Proceso de atención de enfermería con apoyo del modelo de V. Henderson y se identifican las manifestaciones de dependencia e independencia más comunes en los servicios de UCIP, como lo son los problemas de colaboración, en este estudio de caso se enfocaron al ser biopsicosocial y atendieron tanto a la preescolar como a la familia, quien jugó

² Sánchez, V. (2001). *Cuidados básicos en un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura*. Revista de Enfermería del IMSS, 91-96.

un papel primordial en la recuperación de la salud en este caso en particular, por todas los antecedentes que se manifiestan en el mismo.³

Sierra Pacheco (2005) realizó el estudio en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita, en periodo posquirúrgico se utilizo a Virginia Henderson para valorar las 14 necesidades del individuo y se elaboro el proceso enfermero, los diagnóstico acorde a la NANDA y finalmente propone un plan de cuidados personalizado. Posterior a la ejecución del plan de cuidados que proponen las autoras se logra mejorar el estado de salud de la paciente y evitar las posibles complicaciones propiciadas por el descuido de enfermería, ya que las referentes a la patología de fondo las presento casi todas, excepto la necrosis pancreática.⁴

Los autores Zapatero I. Quilchano G. Ausin Gómez, en el 2006 publicaron un estudio de caso en un escolar con hipospadias, con base en el P.E y V. Henderson identificaron las etiquetas diagnósticas relacionadas con el padecimiento de eliminación. Se sustentaron plenamente todas y cada una de las intervenciones y actividades que se le realizaron a dicho paciente, tanto los diagnósticos, como las intervenciones aparecen en esta articulo con la clave que maneja la taxonomía. Los resultados esperados se miden acorde a la escala licker y se menciona disminución en cada uno de los diagnósticos. “La actuación planeada de enfermería consigue una evolución adecuada y evita la aparición de las complicaciones a corto y largo plazo ya sean físicas o mentales en los niños con hipospadias”.⁵

Con la aplicación de las taxonomías se NANDA, NIC, NOC al modelo de Virginia Henderson, se encuentra la información propuesta por Fernández en el 2008, donde elaboro un Plan de cuidados a un lactante menor con cardiopatía

³ Partera, F. (14 de Octubre de 2002). *Atención de enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre*. Barcelona , España.

⁴ Sierra, M. (2006). Paciente Pediatrico con cardiopatía congenita acianógena . *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* , 16-23.

⁵ Zapatero, I. Quilchano G. Gómez, A. (2006). Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de Hipospadias. *Asociación Española de enfermería en Urología*.

congénita, logra identificar 9 necesidades alteradas en este estudio y a partir de ellas elabora el plan de intervenciones. Este artículo menciona una actividad sin duda muy importante y relevante, como lo es que el quehacer de enfermería se lleva a cabo en tiempo real y que es a posteriori cuando se realiza la documentación, mientras que el resto del proceso se realizan a la par de las situaciones que se presentan en base al conocimiento enfermero. El autor Fernández y cols. Opinan “creemos que integrar los lenguajes enfermeros en la práctica diaria es de gran utilidad y favorece el desarrollo de nuestra profesión, Confiamos en que el desarrollo de los planes de cuidados estandarizados puedan contribuir a la aplicación práctica y simplificación del proceso de atención de enfermería, sin dejar de lado los valores humanistas y la atención personalizada y única que nuestros pacientes necesitan”.⁶

Otro estudio que resalta la importancia del uso de un modelo teórico y el proceso de atención de enfermería es el publicado por Orbitas en el 2010, quien aplico el proceso enfermero durante el estudio de caso, aplicándolo en todas sus etapas, a la par del modelo de V. Henderson, se evidencian los 10 principales diagnósticos, se utiliza el formato de la NANDA, se mencionan los principales cuidados aplicados a esta escolar, también se menciona la importancia de la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes; por lo que Orbitas enfatiza “El proceso de cuidados permite brindar, promover y optimizar los estilos de vida saludables en la niña, con la ayuda de la familia, para alcanzar su bienestar.”⁷

Mondragón Romero nos exhorta -al gremio de enfermería y en especial a los responsables de pacientes pediátricos y cardiopatas-, a realizar la documentación continua pues el nivel de cuidados requeridos por estos pacientes es muy elevado y los signos y síntomas que presentan requieren de un personal con pleno conocimiento para lograr brindar una atención oportuna y

⁶ Fernández, E. (2008). Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congenita: usando NANDA, NIC y NOC. *Enfermería en Cardiología*, 33-36.

⁷ Orbitas A. Barreto-Quiroz M. Bolaño-Gil H.. (Septiembre de 2009). Proceso de cuidados de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital nacional de Chilayo, Perú. Chilayo, Perú.

de calidad, para lograr la independencia del individuo. Pues en el estudio que publico en 2010: las evaluaciones a las intervenciones planteadas todas fueron positivas.⁸

Desde 1999 Murruni, identifica que el manejo inicial del paciente quemado es de vital importancia para determinar el pronóstico, ya que el adecuado conocimiento de la normativa terapéutica considerando los criterios de gravedad, permiten comenzar la recuperación clínica del paciente. Por lo que prevé que el tratamiento adecuado maximizara las posibilidades de éxito para el paciente.⁹

Franco Utili de la Universidad Católica de Chile establece un protocolo para el manejo en específico del paciente quemado por electricidad, da las pautas para diferenciar y clasificar el tipo de quemadura y su tratamiento, recalca la importancia de este padecimiento pues a pesar de ser poco frecuente en los países anglosajones, -como propone en su documento por las cifras que menciona de USA donde la incidencia anual es alrededor de 500 muertes al año, y representa entre el 3 y 5% de la admisión al servicio de urgencias por quemaduras-, la mortalidad es muy elevada llegando alcanzar cifras de hasta el 50% de los casos.¹⁰

Jiménez Merino y cols. proponen un protocolo de atención inmediata al paciente quemado pediátrico, en el cual proponen que la cura a seguir es: oclusiva y expositiva y con esto pretenden disminuir las pérdidas de calor, y utilizar el poder antibiótico de la luz y el aire. En las curas expositivas promueven el uso de povidona o crema de corticoides 1 o 2 veces al día, utilizadas en las quemaduras de primer grado, en las curas oclusivas de 2 grado se utiliza la

⁸ Mondragón, A. Macín L. E.. (2010). Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de Delección 22Q11. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 82-86.

⁹ Murruni, A. (1999). Manejo inicial del paciente quemado pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 97 (5) 337-341.
Pérez, L. M. (Febrero de 2006). *Guía de actuación ante el paciente quemado*. Málaga, España.

¹⁰ Utili, F. (s.f.). *Lesiones eléctricas*. Recuperado el 10 de Marzo de 2012, de urgenciauc.com: http://www.urgenciauc.com/profesion/pdf/lesiones_electricas.pdf

expositiva y proponen el lavado con solución fisiológica, eliminación de cuerpos extraños, aplicación de Nitrofurazona, apósito biosintético, levantar cura a las 48 horas, realizar curación de área cruenta a los 7 días, con este tratamiento concluyen que se disminuye el riesgo de infección y presentaron menos complicaciones sépticas. Para las quemaduras de 3° grado implementan la cura oclusiva, cada 24-48 horas con aplicación de sulfadiacina argéntica y nitrofurazona, lavado con povidona yodada y solución fisiológica, cura local con tópicos cada 24-48 horas, no aplicar circulares, realizar escarotomía en área de urgencias, cultivos periódicos hasta que desaparezca la escara o por presencia de tejido de granulación. Posterior a este manejo ellos concluyen que la primera asistencia del niño quemado es fundamental en el pronóstico y resultado final de las lesiones, así mismo precisan la necesidad de un personal sanitario cualificado que sepa atender y manejar estos pacientes.¹¹

En el 2007 Dávalos Dávalos, en Ecuador, establece la evaluación a los cambios en el manejo clínico del paciente quemado pediátrico: reanimación hídrica, optimización de tratamiento antibiótico, cobertura cutánea de aéreas cruentas por periodos más cortos a los tradicionales, el tratamiento al dolor con uso de opioides, mismas que realizaron en años recientes, por lo que reporta: una disminución en la mortalidad pues para el año 2000 que inicio la modificación en el manejo se reportaba 17% mortalidad, en el 2003 se obtuvo un 7.6% y finalmente en el 2006 se alcanzo el 2% de mortalidad. Reporta como datos importantes que en el año 2006 se atendió a 117 pacientes de los cuales 66% son varones, las quemaduras que presenta la población oscilan entre el 1 y 70% SCTQ; entre éstas alcanzaron un mayor porcentaje los que presentaban entre el 11-20% SCTQ, con esto concluye que a mayor numero de % de SC quemada mayor morbilidad, menciona que a partir del 31-60% SCTQ la mortalidad fue de 2.55%, con predominio masculino, establece como grupo de mayor riesgo a las lactantes y preescolares ya que entre 1-5 años representan

¹¹ Jiménez, M. J. (s.f.). *Atención al paciente pediátrico quemado en un servicio de Urgencias*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de <https://secure.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/badajozXXVI/dia2/2.-D/Atencion-paciente-pediatrico-quemado.pdf>

el 60% de los ingresos a la unidad de quemados de este hospital, identifica como principal causa de muerte el shock séptico en el 80% de los casos, establece el predominio del bajo estrato socioeconómico y cultural, por lo que lo relaciona con un mayor riesgo para la potencial contaminación de las quemaduras por las conductas y creencias de estos grupos al manejo de la quemadura en primera instancia (aplicación de pastas, ungüentos, hierbas, alimentos, etc.).¹²

David Ferb, (2009) en su artículo titulado “Quemaduras en edad pediátrica: Enfrentamiento inicial”, en el hospital Luis Calvo Mackenna, establece claramente el manejo y tratamiento específico a cada tipo de quemaduras, propone un esquema para el manejo del dolor y brinda una amplia gama de opciones para la realización de las curas de las quemaduras, pudiendo adaptar de esta manera a las condiciones específicas de cualquier institución y a sus recursos. Establece que solamente el conocimiento claro y preciso de la fisiopatología y la clínica permitirán establecer de la mejor manera el tratamiento específico, con lo que se evitarían lo que el menciona como las “comunes iatrogenias” que son causa de las múltiples complicaciones y secuelas: estéticas, anatómicas, psicológicas y sociales, sin descartar las muertes que estas causan. Resalta el importante impacto económico tanto para la institución y la familia, menciona que esto se limitaría, si el personal del área médica estuviera bien preparado para hacer frente a estas situaciones.¹³

Félix Patiño en Bogotá, el Plan Andaluz de Urgencias y emergencias, Gil Barbosa del Hospital del Niño Poblano y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, proponen el manejo específico en sus instituciones, todas estas publicaciones derivadas de las guías de práctica clínica basada en

¹² Dávalos, P. (2007). Manejo de morbilidad del paciente pediátrico quemado en el hospital Baca Ortiz de Quito, Ecuador. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, (33) 3, 163-170.

¹³ Ferb, D. (2009). Quemaduras en edad pediátrica. Enfrentamiento inicial. *Revista de Medicina Clínica Condes*, (20) 6, 849-859.

evidencias, por lo que no se encontró discrepancia importante en el manejo que proponen.¹⁴

¹⁴ Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2005). *Guías de práctica clínica basada en la evidencia Manejo de Quemados*. Colombia.
Barbosa, M. G. (2006). *Protocolo de manejo de pacientes quemados*. Puebla, México.
Merino, J. J. (s.f.). *Atención al paciente pediátrico quemado en el servicio de urgencias*. Badajoz, España. Recuperado el 14 de Octubre de 2011
Patiño, F. (s.f.). *Manejo de las quemaduras eléctricas*. Bogotá, Colombia.
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. (Marzo de 2000). *Manejo del paciente quemado*. Andalucía, España.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Pensando que todo hecho tiene que ser registrado, es conveniente mencionar el origen histórico de este método. **El Proceso de Atención de Enfermería** es la aplicación del método científico en la atención de enfermería, por lo tanto su origen viene desde épocas tempranas de la ciencia moderna.

Con la necesidad de adoptar algunos principios básicos en la investigación científica, Descartes (1596-1650) aporta cuatro postulados. Estos y otros principios científicos mencionados por Galileo, Platón y otros filósofos, dan las bases para el nacimiento de "...procedimiento de investigación, sistematización y exposición científicos...".¹⁵

A pesar de que los orígenes del método científico fueron conocidos desde hace tiempo, se mantenía a nivel teórico-filosófico con la consecuencia que su utilización estaba confinada a grupos pequeños de intelectuales. Dentro de este marco, las ciencias en general se han preocupado por utilizar el método científico; pero en especial, las ciencias que se basan en la evidencia lógica y la experimentación han presentado diferentes modelos, creando métodos acordes a sus propósitos profesionales. Por ejemplo, el desarrollo industrial en Norteamérica hace que la administración científica se localice en este país con Frederick W. Taylor, quien demostró interés por el mejoramiento y simplificación de trabajo y tiene como resultado la popularización de conocimientos sobre esta aplicación del método científico.

Aunque en nuestro país, durante el periodo presidencial del Lic. Benito Juárez se introduce el método científico en el sistema educativo, las inquietudes sobre la importancia del método científico surgen en los años '50 con docentes y otras personas, quienes, basándose en la experimentación, decidieron utilizar los

¹⁵ Franco, O. Pedro, Y. Sánchez, F. (1975). Manual de Técnicas de Investigación. 3a. ed. Ed. Esfinge. México, 31.

conceptos de este método y notaron conveniente adoptarlas a sus campos de trabajo. "...así, más o menos en los mismos pasos lógicos se empezó a oír la terminología referente al proceso de resolución de problemas...".¹⁶

Esta metodología no repercutió en enfermería, o solo se proyectó en forma local. Quizá la causa fue debida a que en este tiempo, nuestra profesión empieza a experimentar cambios importantes a nivel de enseñanza superior, desviándola de estos procesos o quizá preparándola para ello, pues en este momento es cuando "...la enfermería empezó a preguntarse si realmente era una profesión, y a preocuparse por el examen de su base teórica. Lógicamente, en el curso de aquel examen, se volvieron sus ojos hacia lo que otras profesiones estaban haciendo...".¹⁷

Enfermería veía que "...al igual que las demás disciplinas de la salud, se había limitado a proporcionar a los futuros profesionales conocimientos sobre las ciencias básicas (fenómenos de carácter general), y posteriormente enfrentarlos con la realidad del hombre enfermo (fenómeno de carácter particular), en ambos ciclos poco o nada se hacía para que el alumno obtuviera la habilidad de relacionar ambos niveles...".¹⁸

Sin embargo, la preocupación actual de las disciplinas humanísticas se manifiesta a través de la búsqueda de modelos de enseñanza que apoyen tres principios educativos: "...el hombre aprende mejor lo desconocido cuando parte de lo conocido...", "...el conocimiento se aprende mejor cuando se enseña en forma organizada y relacionada..." y "...las abstracciones se aprenden más fácilmente cuando están relacionadas con fenómenos concretos...".¹⁹

¹⁶ "Informe final de los grupos de trabajo sobre el Proceso de Atención de Enfermería", efectuado del 2 al 18 de diciembre de 1974. "Su contexto histórico".

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ García, J. C. (1971). "Paradigmas para la enseñanza de las Ciencias Sociales en las Escuelas de Medicina". *Educación Médica y Salud*. (5) 2, 131.

¹⁹ *Ibíd.* 132.

Como ya hemos mencionado, enfermería no podría mantenerse al margen de esta búsqueda. Por lo tanto, "...los conceptos del Proceso de Administración y del Proceso de Resolución de Problemas empezaba a aparecer en la literatura de enfermería a principios de la década de los '60 y uno de los primeros trabajos de este tipo fue la identificación de los 21 problemas de enfermería por Abdellah. Desde entonces se ha ido experimentando con la aplicación de varios procesos y sus conceptos hasta el presente...". También se ha considerado conveniente y necesario hacer con una adaptación más directa de terminología al campo de enfermería con la intención de hacer su aplicación más fácil, llamándolo el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).²⁰

Creemos importante que en los enfoques actuales para la enseñanza de enfermería se debe tomar como base el PAE y el proceso salud-enfermedad, con el objeto de proporcionar una enseñanza acorde a las necesidades y políticas del país, y así preparar profesionales de enfermería capaces de valorar los factores psico-socio-culturales de la población. Como éstos tienen que ver directamente con la aplicación eficaz de medidas preventivas, se favorecería una "...conducta preventiva del hombre en estado de salud y de enfermedad...."²¹

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y ejecución); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

²⁰ "Informe final del grupo de trabajo de expertos sobre enseñanza de enfermería a nivel universitario". (1973). Lima, Perú, OPS/OMS.

²¹ García, (1971). op. cit. 412.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los *Standards of Nursing Practice* de la ANA (American Nurses Association). Los modelos de la práctica dentro de los *Scope and Standards of Nursing Practice* más actuales.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.²²

²² Hendry, C. & Walker, A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. (47) 427-436.

- **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: CONCEPTOS**

Deiminger propone la siguiente definición; “**Proceso Enfermero** es útil tan solo en aquellas circunstancias de cuidados que vayan dirigidas hacia un individuo y parecen quedar excluidas aquellas situaciones de cuidados que desarrollamos las enfermeras cuando el usuario de nuestros servicios es una familia, un grupo o la comunidad.”²³

Parecidas a la anterior son también las definiciones de M.T. Fehlau y J. Kneedler, según M.T. Fehlau:

“Es el método sistemático de solución de problemas para planificar la asistencia. Es un proceso de planificación de las atenciones centrado en el paciente de forma lógica y sistemática a través de la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación. Estos problemas hacen referencia a la manifestación de una necesidad alterada”.

Por su parte, para J. Kneedler el proceso enfermero representa:

“Una serie sistemática de acciones, cambios o funciones que conducen a un resultado específico. Es la aplicación de solución a los problemas de enfermería y del paciente, la planificación y la ejecución sistemática de la atención de enfermería”.²⁴

Otra definición es la de Yura y Walsh quienes consideran el proceso enfermero como la fórmula fundamental de la práctica de enfermería y lo definen como:

“Es una serie diseñada de acciones encaminadas a conseguir los objetivos de enfermería, mantener el bienestar del cliente y, si cambia su estado de salud, darle la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que mejoren su situación para devolverle el bienestar. Si este bienestar no puede ser conseguido, el

²³ Benavent, A. (2001). *Enfermería S 21 Fundamentos de enfermería*. Madrid. Valencia: Difusión de avances de enfermería. 230.

²⁴ *Ibid.* 231.

proceso enfermero contribuirá a la calidad de vida del cliente, aplicando al máximo sus recursos”.²⁵

En contraste con las definiciones anteriores tan detalladas se encuentra la propuesta por J. Jara, quien afirma que el proceso enfermero es “la aplicación del método científico a la enfermería”.

Muy similar es la definición que da el autor español Paredes quien dijo: El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera.²⁶

Algo parecido fue mencionado por A. Griffin, según esta autora el proceso enfermero es “una trayectoria progresiva” que contiene tres dimensiones: Propósito, organización y flexibilidad.

- **Propósito** es dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.
- **Organización** es la estructura que tiene el proceso enfermero en la que podemos ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tiene una organización interna en fases.
- **Flexibilidad** para que el proceso pueda ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería, es decir, permite ser utilizado cuando el sujeto de los cuidados es una persona o cuando es una comunidad, siéndonos útil para la prestación de cuidados en todos los niveles de salud.

R. Alfaro en respuesta a ¿Qué es el proceso de enfermería? dice: “básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ Paredes, J. A. (2004). *Manual práctico para enfermería*. España:Madrid. 18.

de salud reales o potenciales. Consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.²⁷

Phaneuf lo define como “un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Y comenta que utilizado con rigor, es, en realidad, un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados.”²⁸

Alfaro en su obra *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*, menciona “que el proceso consta de cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo”.

De manera más detallada hace la siguiente descripción, sobre lo que es el

Proceso enfermero:

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

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

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 (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente

²⁷ *Ibíd.* 231.

²⁸ Phaneuf, M. (1993). *CUIDADOS DE ENFERMERÍA El proceso de atención de enfermería*. Madrid: Interamericana de España McGraw-Hill. 50.

impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

PAE: Centrado en los objetivos (resultados). Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en: si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de las manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.²⁹

Otra definición es la que proponen Moran y Mendoza donde definen el Proceso de enfermería y dicen “es el método científico simplificado, que se caracteriza por la sistematización lógica para predecir el resultado de la intervención de enfermería, en el cuidado a las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, ante problemas de salud reales o potenciales.

El Proceso de enfermería es el medio para el logro de la meta en los ámbitos socioemocionales y técnico-directivo o instrumental: el nivel funcional óptimo de la respuesta humana a los problemas de salud reales y/o potenciales. Está estructurado en cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”.³⁰

Se concluye enunciando uno de los más importantes conceptos de proceso de enfermería el cual es:” Método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”.³¹

²⁹ Alfaro-Lefevre, R. (2007). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona, España: Elsevier Masson. 4.

³⁰ Morán, V.&, Mendoza, L. (2006). *PROCESO DE ENFERMERÍA Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE*. México, D.F: Trillas. 68-69.

³¹ Alfaro-Lefevre, R. (2007). op.cit. 4.

- **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

En la literatura se han identificado diferentes clasificaciones de los **objetivos** de enfermería, entre ellos se encuentran:

Objetivo a largo plazo: está centrado en el cliente que se logra como paso intermedio para alcanzar un objetivo a largo plazo. Otra definición del mismo objetivo a largo plazo sería: objetivo que se espera lograr en un periodo de tiempo relativamente largo, normalmente semanas o meses.

Objetivo al alta: objetivo centrado en el cliente que describe lo que será capaz de hacer al ser dado de alta del centro.

Objetivo del cliente o centrado en el cliente: frase que describe una conducta mensurable de un individuo, familia o grupo que refleja el resultado esperado de las intervenciones (que el problema o problemas sea/n prevenido/s, controlado/s o resuelto/s).

Objetivos del dominio afectivo: objetivos medibles que se reflejan a cambios en las actitudes, sentimientos o valores.

Objetivos del dominio cognitivo: objetivos mensurables que se reflejan a la adquisición de conocimiento o habilidades intelectuales.

Objetivos psicomotrices: objetivos mensurables que se reflejan a la adquisición de habilidades que para ser llevadas a cabo, requieren una coordinación muscular deliberada, específica.³²

El **objetivo del proceso de enfermería** es identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia sanitaria para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y

³² Alfaro-Lefevre, R. (2007). op.cit. 95-99.

realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia o un grupo.

Otros de los objetivos también importantes del proceso de atención de enfermería son:

1. Establecer una base de datos para el paciente.
2. Proporciona un banco de datos de gran utilidad para el desarrollo de nuevas investigaciones sobre los cuidados e incluso para la propia evolución del personal que realiza los cuidados. La evaluación de los cuidados es una forma de funcionamiento profesional que garantiza el control de la calidad.
3. Determinar las prioridades de cuidados, objetivos y resultados esperados.
4. Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad.
5. Aporta continuidad al trabajo de la enfermera.
6. Es un instrumento de racionalidad de cuidados. Así como también hace posible la coordinación más eficaz entre las distintas intervenciones del equipo de cuidados y facilita el establecimiento de prioridades en la aplicación de los cuidados.
7. Permite contemplar la situación en su conjunto y apreciar las necesidades reales de cada individuo, considerado como una persona diferente de los cuidados. Y por ende contribuye a su humanización.³³

³³ Phaneuf, M. (1993). op.cit. 53.

PRIMERA FASE: VALORACIÓN

Iyer en el 1997 definió la **Valoración** como: “Proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente”.

La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información). En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Y todas dependen de una recogida precisa y completa de los datos.

La valoración de enfermería se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar.³⁴

Con un carácter más amplio, en el sentido de que no queda asociado a ningún modelo de cuidados ni a problemas, tiene la definición que proponen Benavent, Camaño y Cuesta como:

“Método sistemático de recogida de datos, que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas que manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan”³⁵

Griffin (en Carlson) nos propone la siguiente definición para Valoración: “Método sistemático de recogida de datos, que consiste en la apreciación del individuo, familia y comunidad con la finalidad de identificar necesidades potenciales o reales de salud”.³⁶

³⁴ Kozier, B. & Glenora, E.. (2001). *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 5ta ed.*. Barcelona, España: McGraw-Hill Interamericana. 111.

³⁵ Benavent, op.cit. 241.

³⁶ *Ibid.*

En el marco del modelo de Virginia Henderson, Phaneuf define la primera etapa del proceso de atención de enfermería que ella nombra como **recogida de datos**: “Proceso sistemático y organizado de búsqueda de información realizado a partir de diversas fuentes. Con el fin de descubrir el grado de satisfacción de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla”.³⁷

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de los datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos.

- **Tipos de valoración**

Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración inicial (Exhaustiva), la valoración centrada en el problema (focalizada), la valoración urgente (De urgencia) y la revaloración tras un tiempo. Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

- **Fuentes de los datos**

Los **datos** pueden proceder de **fuentes** primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales sanitarios, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía son fuentes secundarias de datos. Todas las fuentes secundarias deben validarse.

El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son (1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, (2) identificar objetivos o problemas concretos y (3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es

³⁷ Ibid.

necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario.

Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.³⁸

- **Métodos de obtención de datos**

Los principales **métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista, y la exploración**. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usó sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

Observación

Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión

³⁸ Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana. 1997.

arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observados, habitualmente centrados primero en el paciente.

Entrevista

Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado.

Durante una entrevista no dirigida, o entrevista construida sobre la buena relación, por el contrario, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.

Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido. El profesional de enfermería comienza determinando las áreas que preocupan al paciente.

Tipos de preguntas para la entrevista. Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un “sí” o “no” o respuestas cortas directas que dan información específica.

Las preguntas cerradas comienzan con “cuándo”, “dónde”, “quién”, “qué”, “haces (o hiciste)” o “eres (o fuiste)”. La persona muy estresada y la que tiene dificultades para comunicarse encontrará estas preguntas cerradas más fáciles de responder que las abiertas.

Las preguntas abiertas, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta específica sólo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Tales preguntas dan a los pacientes libertad para divulgar sólo la información que están dispuestos a revelar.

La pregunta abierta es útil al comienzo de una entrevista o para cambiar los temas y desencadenar actitudes. Las preguntas abiertas pueden comenzar por “qué” o “cómo”.

El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente en ese momento. Los profesionales de enfermería encuentran a menudo necesario usar una combinación de preguntas cerradas y abiertas a través de una entrevista para cumplir los objetivos de la entrevista y obtener información necesaria.

Una pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas. Una pregunta dirigida, en cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente.

La pregunta dirigida da al paciente la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

Planificación de la entrevista y marco

Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible. El profesional de enfermería también revisa el formulario de recogida de datos de la institución para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico. Si no se dispone de un formulario, la mayoría de los profesionales de enfermería prepara una guía para la entrevista que le ayude a recordar temas y determinar qué preguntas plantear. La guía comprende una lista de temas principales y secundarios en lugar de una serie de preguntas.

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

Momento. Los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales sanitarios sean mínimas. Los profesionales de enfermería deben programar las entrevistas con los pacientes en sus casas en el **momento** que elija el paciente.

Lugar. Una sala bien iluminada y ventilada que esté relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Además, es deseable un **lugar** donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.

Disposición de los asientos. Al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama en una silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Cuando un paciente está en la cama, el profesional de enfermería

puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. La posición es menos formal que sentarse detrás de una mesa o permanecer a los pies de la cama.

Durante una entrevista del ingreso inicial, un paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. Sentarse sobre la cama del paciente le arrincona y hace muy difícil dejar de mirarse directamente.

Una disposición del asiento con el profesional de enfermería detrás de un mostrador y el paciente sentado al otro lado crea un marco formal que sugiere una reunión laboral entre un superior y un subordinado. Por el contrario, una disposición de los asientos en que las partes se sientan en dos sillas colocadas en ángulos rectos respecto a un mostrador o una mesa o separados unos centímetros sin ninguna mesa entre ellos, crea una atmósfera menos formal y el profesional de enfermería y el paciente tienden a sentirse en términos iguales.

En los grupos, una **disposición** en forma de herradura o circular puede evitar una posición superior o de jerarquía.

Distancia. La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La proxémica es el estudio del uso del espacio. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una **distancia** de 60 a 90 cm durante una entrevista. Algunos pacientes requieren más o menos espacio, dependiendo de sus necesidades personales y culturales.

Lenguaje. No comunicarse en un **lenguaje** que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en un inglés común, y son necesarios intérpretes o traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto.

La traducción de los términos médicos es una habilidad especializada, porque no todas las personas que dominan la forma convencional de una lengua están familiarizadas con los términos anatómicos o sanitarios. Pero los intérpretes pueden juzgar las palabras precisas y también opinar sobre los significados sutiles que exigen una explicación adicional o aclaración en función de la lengua y etnia específicas. Pueden editar la fuente original para hacer el significado más claro o más adecuado para el nivel cultural.

Si se dan documentos escritos al paciente, el profesional de enfermería debe determinar que el paciente pueda leerlo en su lengua nativa. Los profesionales de enfermería deben ser prudentes cuando pidan a los familiares, visitas o personal no profesional de la institución que les ayuden en la traducción. Los aspectos de la confidencialidad o la desigualdad de sexos pueden interferir con una comunicación eficaz.³⁹

Estadios de una entrevista.

Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La apertura. La **apertura** puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado.

El establecimiento de una buena relación es un proceso de creación de buena voluntad y confianza. Puede empezar con un saludo o una presentación, acompañado de gestos no verbales como una sonrisa, un apretón de manos y un gesto amable. El profesional de enfermería debe tener cuidado de no exagerar este estadio; una charla demasiado superficial puede despertar ansiedad sobre lo que sigue y puede no parecer sincera.

³⁹ Kozier, B. & Glenora, E. (2001). *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 5ta ed.*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

En la orientación, el profesional de enfermería explica el propósito y naturaleza de la entrevista, por ejemplo, qué información se necesita, cuánto tardará y qué se espera del paciente. El profesional de enfermería le dice al paciente cómo se usará la información y suele establecer que el paciente tiene el derecho de no proporcionar datos.

El cuerpo. En **el cuerpo** de la entrevista, el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista.

El cierre. El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón. **El cierre** es importante para mantener la buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones.

Exploración

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después el profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método cefalocaudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa

hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies.

El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de manera individual. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo.

En lugar de hacer una exploración completa, el profesional de enfermería puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente antes de completar la exploración. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideal o las normas de temperatura corporal o presión arterial.

- **Validación de la información**

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La **validación** es el acto de “comprobar dos veces” o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Asegura que la información de la valoración es completa.
- Asegura que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtiene información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferencia entre pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las inferencias son la

interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.

- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.
- No hay que validar todos los datos. Como regla, el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería y los de la exploración física, o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración.

Para recoger los datos de forma precisa, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de sus propios sesgos, valores y creencias y separar los hechos de las inferencias, interpretaciones y suposiciones.

Para construir una base de datos precisa, los profesionales de enfermería deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente. La respuesta del paciente puede validar la suposición del profesional u originar más preguntas. No validar las suposiciones puede conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente.

Registro de datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. **El registro** preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente.

Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Un juicio o conclusión puede tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre

comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.⁴⁰

- **Organización de los datos**

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

SEGUNDA FASE: DIAGNÓSTICO

El término “**diagnóstico**” proviene de la palabra griega *diagnisnoskein* que significa distinguir. La partícula “*dia*” significa “a través de” y “*gnisnoskein*” significa “conocer”. El término *diagnosticar* se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término **diagnóstico** es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno.⁴¹

Podemos concluir que cualquiera que haga una afirmación o conclusión acerca de la causa o esencia de un estado, situación o problema está haciendo un diagnóstico, como lo menciona Dabout, en el año 1999.

Fue en 1950 cuando R. Louise Mcnaus uso por primera vez el término de D.E. al discutir de las funciones profesionales refiriéndose a la identificación de problemas.

En 1953 Vera Fry indica la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero tras la observación de cinco áreas del paciente:

1. Tratamiento y medicación.
2. Higiene personal.
3. Necesidades ambientales.

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ Kozier, B. & Glenora, E. (2001). *op.cit.* 196.

4. Guía y enseñanza
5. Necesidades humanas y personales.

En 1955 Lesnick y Anderson definen que el área de responsabilidad de la enfermera puede llamarse Diagnóstico Enfermero (D.E.).

En 1960 Faye Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, éste sistema se aplicó en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de los problemas de los pacientes.

Numerosos fueron los profesionales que durante los años 60 trabajaron e investigaron acerca de la utilización del D.E. siendo en los años 70 cuando se consolida la utilización de los diagnósticos como fruto de la primera CONFERENCIA NACIONAL DE CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (1973 Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis), celebrada tras la aprobación de la utilización del término D.E. por la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.).

El grupo de expertos que se reunió en 1973 se convirtió posteriormente en los que hoy conocemos como asociación norteamericana de D.E. (N.A.N.D.A.), resultado del trabajo realizado por la NANDA se han ido publicando diferentes listados de diagnósticos aceptados en sus conferencias.

En marzo de 1990 en la novena conferencia de la NANDA se aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería. (citado en NANDA *International*, 2005, p. 277). El grupo ha aprobado en la actualidad más de 170 diagnósticos de enfermería para uso clínico y pruebas.

“Es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud o procesos vitales reales y potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan una base para la selección de intervenciones de

enfermería con el fin de alcanzar los resultados de los que es responsable la enfermera”.^{42, 43.}

- **Concepto del Diagnóstico de enfermería**

Diagnóstico: El análisis e interpretación de los datos recogidos sobre el cliente, que hacen posible que veamos con claridad cuál es su problema específico de dependencia y la fuente de dificultad que lo provoca. (Phaneuf, 1993)

El **diagnóstico** es la segunda fase del proceso de enfermería. En esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente. El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de enfermería.

Carpenito enunció: “Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”.

Shoemaker en el año 1984 dijo: “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería.

Gordon, 1976, citado por Phaneuf, M. (1993) dijo: “Un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar”.

Mundinger y Jauron definen el **diagnóstico enfermero** de la siguiente manera: es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo

⁴² Marylynn E. Doenges, M. F. (2008). *PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 7ma edición*. México: McGrawHill Interamericana.

⁴³ Cepeda, R. M. (2004). *Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería*. San Luis Potosí, México: Universitaria Potosina .

deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera.

Aspinal citada por Kozier B. et al. (1993). Enuncio acerca del **D.E.** “es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente: si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología”.

El termino *diagnósticar* se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el termino **diagnóstico** es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno.

Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman **etiquetas diagnósticas**, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta diagnóstica mas la **etiología** (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o de riesgo), se llama **diagnóstico de enfermería**.⁴⁴

Diagnóstico enfermero: Es un juicio clínico que se establece a partir de las respuestas humanas a problemas reales y/o potenciales de salud de la persona, familia y comunidad, identificada en la valoración.⁴⁵

Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es usar las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera explicaciones antes de formar una opinión. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división del todo en partes (razonamiento deductivo). La síntesis es lo opuesto, es decir, juntar las partes en un todo (razonamiento inductivo).

⁴⁴ Kozier, B. & Glenora, E. op. cit. 196.

⁴⁵ Morán, V. & Mendoza, L. (2006). op. cit. 79.

Como resultado de la adquisición de conocimientos, habilidades y experiencia en el marco de la práctica, el profesional de enfermería experto puede sentir que estos procesos mentales los hace de forma automática. El proceso diagnóstico tiene tres pasos:

- Análisis de los datos

En el proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

1. Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas)
2. Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras)
3. Identificar lagunas e inconsistencias.

- Identificación de los problemas de salud, riesgo y fortalezas

La agrupación de los datos o las pistas es un proceso que determina la relación entre los hechos y determina si hay presente algún patrón, ya representen los datos incidentes aislados o no sean significativos. Este es el comienzo de la síntesis.

En esta fase, el profesional de enfermería y el paciente también establecen las fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del paciente.

- Formulación de las declaraciones diagnósticas

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se escriben en declaraciones de dos o tres partes pero hay variaciones.

Declaraciones diagnósticas en **una parte** como los diagnósticos de enfermería del bienestar y los sindrómicos, constan solo de la etiqueta de la NANDA. A medida que las etiquetas diagnóstican se refinan, tienden a ser más específicas, de manera que pueden derivarse intervenciones de enfermería de propia etiqueta.

La declaración básica en **dos partes** comprende lo siguiente:

1. *Problema (p)*: declaración de la respuesta del paciente (etiqueta NANDA)
2. *Etiología (e)*: factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas.

La declaración básica del diagnóstico de enfermería en **tres partes** se denomina **formato PES** y comprende lo siguiente:

1. *Problemas (p)*: refiere la respuesta del paciente (etiqueta NANDA)
2. Etiología (E): factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas
3. *Signos y síntomas (s)*: características definidoras manifestadas por el paciente.⁴⁶

Errores en el Proceso Diagnóstico

Se puede presentar por las siguientes situaciones, mismas que pueden limitar el actuar del profesional y por ende repercutir en el estado de salud del usuario, algunas de estas son:

Problemas de comunicación

Usar un lenguaje diferente al del usuario, aplicar el argot o jerga propiciara una barrera lingüística.

Aplicar preguntas sesgadas, o tener distracciones durante la recopilación de datos.

Interpretación errónea de los datos

Utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras.

Permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de los datos.

⁴⁶ Kozier, B. & Glenora, E. (2001).

La utilización de un lenguaje poco específico, el uso de preguntas que no sean comprensibles a los usuarios.

Falta de conocimiento clínico o de experiencia:

Novicio, principiante iniciado, componente, diestro, experto.

Que no se reúnan datos fundamentales. Por diferentes situaciones ya sea que no se indago o que el paciente retuvo la información.

Que se agrupen indicios de forma incorrecta.

Que se interpreten los indicios de forma incorrecta.

El número de los atributos deberá limitarse a aquellos que realmente guíen la decisión sobre la existencia o no del diagnóstico. Identificar el problema causado por el tratamiento, estudio o enfermedad.

Los factores relacionados muestran un patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, contribuyentes a, o favorecedores de. Solo los diagnósticos reales tienen factores relacionados. Los factores relacionados deben estar apoyados en la literatura. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por”.⁴⁷

- **Normas y errores más comunes**

Las siguientes son algunas **reglas de la taxonomía** que se aplican a atributos de los diagnósticos enfermeros, tanto a las características definitorias como a los factores de riesgo.

⁴⁷ NANDA INTERNACIONAL . (2009). *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011*. Barcelona, España: Elsevier.

Un diagnóstico real de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras.

Los atributos de un diagnóstico enfermero no pueden contener las siguientes palabras, siglas o puntuación (es decir, y, &, <<:>, <<:>, <</>, (), p. ej.).

Los atributos de un diagnóstico no deben tener citas.

Identificar el problema causado por el tratamiento, estudio o enfermedad.

Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por”.

Redactar el diagnóstico en términos legales.

Redactar los diagnósticos sin juicios de valor.

Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.

Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.

Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar.

No incluir diagnósticos médicos

Estudiar la información y reunir las claves relacionadas.

Usar una lista para comprobar los problemas más comunes.

Pensar en más de un problema.

Una vez listados los problemas comparar con las características definitorias y determinar la causa.

Redactar el diagnóstico (real, potencial, posible, salud).

- **Tipos y componentes de los diagnósticos**

Los cinco tipos de diagnósticos de enfermería son el actual, el del riesgo, el del bienestar, el posible y el sindrómico:

1. Un ***diagnóstico actual*** es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Ejemplo de diagnóstico actual son *patrón ineficaz de respiración y ansiedad*. Un diagnóstico de

enfermería actual se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.⁴⁸

2. Un **diagnóstico de enfermería de riesgo** es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de **factores de riesgo** indica que es probable que un problema aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.⁴⁹

Un diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen a la vulnerabilidad.⁵⁰

3. La NANDA en el 2005 establece la definición de un **diagnóstico del bienestar** describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familiar o comunidad que están preparadas para su fomento.⁵¹

“Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar y se apoya en las características definitorias, se identifican resultados sensibles a las intervenciones enfermeras y se seleccionan las intervenciones que proporcionan una alta probabilidad de alcanzar los resultados.”⁵²

En la nueva versión de la NANDA se agrega otro diagnóstico muy parecido al anterior el cual recibe el nombre de diagnósticos de promoción de la salud y se definen como sigue:

⁴⁸ Kozier, B. & Glenora, E. (2001). op. cit. 197.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ NANDA INTERNACIONAL . (2009). *ibíd.* 25.

⁵¹ NANDA. (2005). *DIAGNÓSTICOS ENFERMOS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2005-2006*. Madrid, España: Elsevier. 279.

⁵² NANDA. (2009). op. cit. 26.

Un juicio sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar y se apoya en las características definitorias.⁵³

4. Un **diagnóstico de enfermería posible** es uno en el que las pruebas sobre la existencia de un problema de salud son incompletas o no están claras. Un diagnóstico posible exige más datos para su apoyo o rechazo.

5. Un **diagnóstico sindrómico** es un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos (Carpenito-Moyet, 2006). En la actualidad hay seis diagnósticos sindrómicos en la lista internacional de experimentarlos pacientes confinados a la cama desde hace tiempo. Los grupos de diagnósticos asociados a este síndrome son *alteraciones de la movilidad física, riesgo de alteración de la integridad tisular, riesgo de intolerancia a la actividad, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección, riesgo de lesión, riesgo de impotencia, alteración del intercambio de gases, etc.*

Componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes: 1) el problema y su definición; 2) la etiología, y 3) las características definidoras. Cada componente sirve a un objetivo específico.

Problema (etiqueta diagnóstica) y definición

La declaración del **problema, o etiqueta diagnóstica**, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación

⁵³ Ibid., 25.

de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería.

Los **calificadores** son palabras añadidas a algunas etiquetas de la NANDA para dar un significado adicional a la declaración diagnosticada; por ejemplo:

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

Cada etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA conlleva una **identificación** que aclara su significado.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente.

Características definitorias

Las **características definitorias** son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente.

En los diagnósticos de enfermería del riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello, los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

Los diagnósticos de enfermería se relacionan con **funciones independientes**, es decir están separadas y aparte del tratamiento médico.

Es posible que el profesional de enfermería prescriba toda la asistencia para un diagnóstico de enfermería, pero el profesional de enfermería puede prescribir la mayoría de las intervenciones necesarias para la prevención o la resolución.⁵⁴

A la hora de escribir un **Diagnóstico** hay que tener en cuenta una serie de **directrices**:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

⁵⁴ Kozier, B. & Glenora, E. (2001). op. cit. 198.

- **Clasificación según la NANDA**

La **taxonomía II** de la NANDA que es la actual o vigente, ya que es la utilizada en el libro de **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS 2009-2011**, tiene tres niveles: **dominios, clases y diagnósticos enfermeros.**

Dominio: es una esfera de actividad, estudio o interés.

Clase: es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado.

Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.⁵⁵

Los diagnósticos ya no se agrupan por los patrones de Gordon, sino que se **codifican en función de siete ejes:** concepto diagnóstico, tiempo, unidades de asistencia, edad, estado de salud, descriptor y topología. Además, los diagnósticos se listan ahora alfabéticamente por concepto, no por la primera palabra como estaba en la primera taxonomía.

La revisión y refinamiento de las etiquetas diagnósticas continúa a medida que se comentan etiquetas nuevas y modificadas en cada conferencia bianual. Los profesionales de enfermería envían diagnósticos al *Diagnostic committee Review*, que revisa y el diagnóstico en función de lo bien desarrollado y apoyado que este. El equipo de directores de la NANDA da la aprobación final para la incorporación del diagnóstico a la lista oficial de etiquetas.

⁵⁵ Ibid.

Los diagnósticos de la lista de la NANDA no son productos acabados, sino que se aprueban para uso clínico y estudios adicionales. Muchos de los presentes en la lista se han estudiado muy poco.

En 1997 la NANDA cambio el nombre de su revista oficial de *Nursing Diagnosis* al de *Nursing Diagnosis: The international Journal of Nursing Language and classification*.

El subtítulo subraya que el diagnóstico de enfermería forma parte de un sistema de desarrollo mayor de lenguaje de enfermería estandarizado. Este sistema comprende clasificaciones de las intervenciones de enfermería (NIC; del inglés *nursing interventions*) y de los resultados de enfermería (NOC, del inglés *nursing outcomes*) que están desarrollando otros grupos de investigación y están ligados a las etiquetas diagnósticas de la NANDA.

Los grupos de investigación están examinando lo que los profesionales de enfermería hacen desde estas tres perspectivas diferentes (diagnósticos, intervenciones y resultados) para aclarar y comunicar el papel que estos profesionales desempeñan en el sistema de asistencia sanitaria.

Un lenguaje estandarizado también capacitara a los profesionales de enfermería para formar un grupo mínimo de datos estandarizados necesarios para los registros computarizados del paciente.

CUADRO 1. TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Dominio 1.- Promoción de la salud
Dominio 2.- Nutrición
Dominio 3.- Eliminación
Dominio 4.- Actividad-reposo
Dominio 5.- Percepción-cognición
Dominio 6.- Autopercepción
Dominio 7.- Rol-relaciones
Dominio 8.- Sexualidad
Dominio 9.- Afrontamiento-tolerancia al estrés
Dominio 10.- Principios vitales
Dominio 11.- Seguridad-protección
Dominio 12.- Confort

TERCERA FASE: PLANEACIÓN O PLANIFICACIÓN

La **planificación** consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Una vez que se identifiquen los diagnósticos de enfermería, se realiza la planeación del proceso de enseñanza aprendizaje, de acuerdo con los siguientes criterios.

1. Asignar prioridades a los diagnósticos.
2. Definir los objetivos de aprendizaje inmediato, mediano y a largo plazo.
3. Identificar de manera específica las estrategias de enseñanza apropiadas para alcanzar los objetivos.
4. Definir los resultados esperados.
5. Registrar los diagnósticos, objetivos, estrategias y resultados esperados del plan de instrucción.⁵⁶

Tercera etapa del proceso enfermero que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”.⁵⁷

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas.⁵⁸

Es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa, esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados. La enfermera elabora de alguna manera, una

⁵⁶ Maldonado Sandoval, J. N. (2009). *Planificación de Enfermería*, Trujillo, Perú.

⁵⁷ Iyer, P. (1997). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Barcelona: McGraw-Hill.

⁵⁸ Kozier, B. & Glenora, E. et al. (2001). op. cit. 211.

prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.⁵⁹

Alfaro en el año 1992 definió la **planeación** como: “Momento en el que se determinará cómo brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada en los objetivos”.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

- Priorizar los problemas/diagnósticos.
- Formular objetivos/resultados deseados.
- Seleccionar intervenciones de enfermería.
- Escribir intervenciones de enfermería.

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

El **producto final** de la fase de **planificación** es un **plan de asistencia del paciente**.

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco

⁵⁹ Phaneuf, M. (1993). op. cit. 101.

domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan de asistencia, por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos.

Sintetizando lo anterior podemos decir que constituye el análisis de los resultados de la etapa de diagnóstico para tratar de establecer una prioridad de atención, identificando aquellos diagnósticos que incorporan un mayor riesgo para la vida y la calidad de vida del sujeto.

Por lo que hay que incorporar las propuestas posibles para buscar solucionar los diagnósticos identificados, a su vez establecemos durante esta fase las pautas de evaluaciones de las intervenciones que planteamos, para evaluar el impacto obtenido en el paciente. Todas las intervenciones propuestas deben ser encaminadas a resolver los diagnósticos de manera adecuada y concreta.

En otras palabras es designar un resultado, indicador, escala de medición y los criterios de resultado, así como la intervención y las actividades que se van a realizar para poder potenciar las respuestas humanas funcionales, y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud.⁶⁰

Ante todo lo anterior es sumamente importante establecer las características que menciona Benavent para la planeación de las intervenciones.

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES	
CREATIVIDAD	La enfermera ha de ser imaginativa, debe pensar en intervenciones originales que respondan verdaderamente a las necesidades del cliente
PERSONALIZACION	Deben ser personalizadas de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, cultura, la gravedad de sus problemas de salud, etc.
SER MENSURABLES	Las intervenciones deben ser igualmente evaluables. Es importante que sean enunciadas de forma precisa y que vayan acompañadas de elementos observables, y es posible mensurables.

Fuente: Benavent, A. (2001).

⁶⁰ Moorhead, S. J. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: Elsevier.

Fases de la planificación

En el proceso de elaboración de los planes de asistencia para el paciente, el profesional de enfermería participa en las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo que diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuales segundo y así sucesivamente. En lugar de diagnósticos ordenados por importancia, los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja.

Los profesionales de enfermería usan con frecuencia la jerarquía de necesidades de Maslow cuando establecen las prioridades.

- 1.-Los valores y creencias del paciente respecto a la salud.
- 2.-La prioridad del paciente.
- 3.-Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente.
- 4.-La urgencia del problema de salud.
- 5.-Plan de tratamiento médico.⁶¹

Esta acción de análisis y ordenación de los diagnósticos la denominaremos como **fase de priorización**.

- Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

En un plan de asistencia, los **objetivos/resultados deseados** describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.

⁶¹ Kozier, B. & Glenora, E. (2001) op. cit. 217-219.

El establecer los patrones que permitan evaluar los resultados de las acciones se le llama **fase de formulación de objetivos**.

- Selección de intervención de enfermería

El momento de la planificación en que se procede al diseño de las estrategias para alcanzar los objetivos y atender a los diagnósticos le llamamos **fase de determinación de actividades**.

- Redacción de intervenciones de enfermería

Deben ser intervenciones de enfermería individualizadas en los planes de asistencia. Por último es necesario proceder a dejar constancia del plan, lo que se llama **fase de registro del plan**.⁶²

CUADRO 3. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
▪ Valores profesionales
▪ Alivio y prevención del sufrimiento
▪ Corrección y prevención de disfunciones
▪ Búsqueda del bienestar la percepción del sujeto sobre sus problemas

Fuente: Benavent, A. (2001). 281

○ Tipos

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución sanitaria. Toda la planificación es multidisciplinar e incluye al paciente y a la familia en la mayor extensión posible en todos los pasos.

⁶² Benavent, A. (2001). *Enfermería S 21 Fundamentos de enfermería*. Valencia, Madrid: Difusion de avances de enfermería.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan de asistencia inicial completo. Este profesional tiene el beneficio del lenguaje corporal del paciente, así como algunos tipos intuitivos de información que no quedan reflejados en la base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial, en especial debido a la tendencia hacia estancias hospitalarias más cortas.

Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.

Usando los datos de la valoración continua, el profesional de enfermería hace planificaciones diarias con los siguientes propósitos:

1. Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado.
2. Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
3. Decidir en qué problemas centrarse durante el turno.
4. Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

Planificación para el alta

La planificación para el alta, el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia completa y debe realizarse en el plan de asistencia de todos los pacientes.

Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan asistencia.

Aunque a muchos pacientes se les da el alta para ir a otras instituciones, este tipo de asistencia cada vez se presta más en el domicilio. La planificación eficaz para el alta comienza en el primer contacto con el paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente.

Los planes de asistencia estandarizados

Los planes de asistencia estandarizados son guías impresas para la asistencia de enfermería de un paciente que tiene unas necesidades que surgen con frecuencia en la institución. Se escriben desde la perspectiva de lo que podemos esperar de la asistencia del paciente. Aunque los dos tienen ciertas similitudes, poseen importantes diferencias.

- Se mantienen con el plan de asistencia individualizados del paciente en la unidad de enfermería. Cuando se da de alta al paciente, se convierten en parte del registro médico permanente.
- Proporcionan intervenciones detalladas y contienen adiciones o eliminaciones de los modelos de asistencia de la institución.
- Suelen escribirse en el formato del proceso de enfermería: problemas objetivos/resultados esperados intervenciones de enfermería evaluación.
- Incluyen para que el profesional de enfermería individualice los objetivos e intervenciones de enfermería.

El uso de planes de asistencia estandarizados está apoyado por los modelos de la *Joint Commission on Accreditation of Healthacer Organizations* para la asistencia de enfermería, que ya no precisa un plan de asistencia escrito para todos los pacientes.

El **Plan de Cuidados de Enfermería**, también conocido como Plan de Cuidados del Paciente, es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados del paciente como un todo significativo. Comprende las acciones que debe emprender enfermería para tratar los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes o de colaboración que presenta el paciente/familia o grupo, para llegar a lograr los objetivos o resultados esperados establecidos previamente (Kozier et al. 1999; Phaneuf, 1999).

Por tanto, los componentes principales de los Planes de Cuidados de Enfermería son a) los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración, b) los objetivos o resultados esperados c) las intervenciones y d) los indicadores de evaluación de resultados.⁶³

Desarrollo de los planes de asistencia de enfermería

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia.

Un **plan de asistencia de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería.

Un **plan de asistencia de enfermería formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente. El beneficio más obvio de un plan de asistencia escrito formal es que proporciona una asistencia continua.

Un **plan de asistencia estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes.

Un **plan de asistencia individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan

⁶³ Lluch Ma. T. (2004). *Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodología*. Barcelona, España: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.

estandarizado. Es importante que todos los cuidadores trabajen hacia los mismos resultados y que, si están disponibles, usen métodos que han demostrado su eficacia con un paciente particular.

Los profesionales de enfermería también usan el plan de asistencia formal para obtener ayuda sobre que necesidades registrar en las notas de la evolución del paciente y como una guía para delegar y asignar al personal la asistencia de los pacientes. Cuando los profesionales de enfermería usan los diagnósticos de enfermería del paciente para crear objetivos e intervenciones de enfermería, el resultado es un plan integral e individualizado de asistencia que cubre las necesidades únicas del paciente.

Los planes de asistencia comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de enfermería del paciente y obtener los resultados esperados. El profesional de enfermería comienza el plan cuando el paciente ingresa en la paciente en respuesta a los cambios en el estado del paciente y a las evaluaciones de la consecución del objetivo.

Durante la fase de planificación, el profesional de enfermería debe a) decidir que necesidades del paciente necesitan planes individualizados y una asistencia habitual, y b) escribir resultados deseados individualizados e intervenciones de enfermería para los problemas del paciente que requieren atención de enfermería más allá de la asistencia habitual planificada previamente.

El plan de asistencia completo para un paciente se compone de varios documentos diferentes que:

- a) Describen la asistencia habitual necesaria para cubrir las necesidades básicas.
- b) Refleja los diagnósticos de enfermería y los problemas conjuntos.

- c) especifica las responsabilidades de enfermería en el desempeño del plan médico de asistencia.
- d) Un plan completo de asistencia integra funciones de enfermería dependientes e independientes en un sistema integral significativo y proporciona un recurso central de información sobre el paciente.⁶⁴

- **Actividades**

Dochterman y Bulechek, en el 2004, citados por Benavent A. (2001) definen una **intervención de enfermería** como “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente”.

Actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiera una serie de actividades.⁶⁵

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.⁶⁶

Cuarta etapa dentro del proceso de atención de enfermería, existe una relación entre esta etapa y la planificación. Durante la etapa de planificación, la enfermera decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados esperados; pues bien durante la ejecución lo que hará el profesional de enfermería es llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando

⁶⁴ Maldonado Sandoval, J. N. (2009). op. Cit.

⁶⁵ Bulecher, et al. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.

⁶⁶ Iyer, P. (1997). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Barcelona: McGraw-Hill.

registramos la planificación y la ejecución, con frecuencia, se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros.

Murray y Atkinson identifican cuatro tipos de intervenciones de enfermería:

- **Manejo del entorno:** se relacionan con el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro.
- **Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico:** son las intervenciones que derivan del tratamiento médico, que este profesional prescribe y que la enfermera debe realizar por el paciente como cuidadora de este.
- **Intervenciones iniciadas por la enfermera y ordenadas por el médico:** intervenciones de valoración que la enfermera lleva a cabo a partir de las cuales pueden identificar problemas de salud que están fuera de su ámbito profesional necesitando la intervención de otro profesional para resolverlo.
- **Intervenciones iniciadas y ordenadas por la enfermera:** corresponden al campo de acción específico de la enfermera.⁶⁷

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente. Del modelo bifocal para la práctica de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

⁶⁷ Benavent. op. cit. 288.

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- **Prescripciones médicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja, la enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Iyer (1989), establece el tipo de actividades realizadas por enfermería, las cuales clasifico de la siguiente manera:

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

- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.^{68, 69.}

⁶⁸ Iyer, P. (1997). op.cit.

⁶⁹ Aguilar, M. J. (2003). *Tratado de Enfermería Infantil Cuidados pediátricos*. Madrid, España: Elsevier. 19.

Existen ciertas características que deben cumplir las intervenciones de enfermería y se mencionan en la siguiente tabla.

CUADRO 4. CARACTERÍSTICAS DE LA REDACCION DE LAS INTERVENCIONES

Consecuentes con el plan global	Las intervenciones propuestas no pueden ir en contradicción con los tratamientos propuestos por otros profesionales. Deberán estar programadas de manera conjunta al equipo multidisciplinario, para permitir el aprovechamiento de los recursos y secuenciar las actividades para conseguir el máximo beneficio en bienestar y nivel de salud para el individuo
Ambiente seguro y terapéutico	Deben estar orientadas a satisfacer todas las situaciones problemáticas: fisiológicas o fisiopatológicas del sujeto y las de protección de posibles lesiones. Deben realizar se un ambiente de relación interpersonal eficaz que permita la resolución del sujeto en la resolución del problema o de la respuesta alterada
Individualizadas y ajustadas	Deben diseñarse atendiendo a las características y situación de cada paciente en concreto.
Realistas	Se formularan teniendo en cuenta los recursos disponibles (características del equipo de atención, las necesidades de material que genera la intervención, el coste económico de dicha intervención, así como el recurso humano disponible y el necesario).

Fuente: Benavent, A. (2001). 290-291.

Algunas otras que menciona Iyers son:

- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

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

- Definir el problema (diagnóstico).

- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

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

La determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico.

Según Iyer (1989) Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos.

- Fecha
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién tiene que realizarla (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

- **Objetivo**

Objetivo se refiere a la meta o fin propuesto de una actividad, en enfermería se refiere al resultado esperado.⁷⁰

Objetivo: es el resultado de las intervenciones prescritas; normalmente se refiere al resultado deseado de las intervenciones (es prevenir, resolver o controlar el problema), e incluye un marco temporal específico en que se espera lograr el resultado.⁷¹

Phaneuf lo define como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, es un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.⁷²

Planteamiento de los Objetivos

Se debe definir los objetivos con respecto a cada problema, teniendo presente que sirven para: Dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones.

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

Su elaboración constituye el primer paso de la planificación, es la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

Existen dos tipos de objetivos:

- **Objetivos de enfermería o criterios de proceso. (Actuaciones de enfermería)**

⁷⁰ Mosby. (2005). *Diccionario Mosby Pocket Medicina, enfermería y ciencias de la salud*. Madrid, España: Elsevier.

⁷¹ Moorhead. op. cit. 9.

⁷² Phaneuf. op.cit. 104.

- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultados esperados.

Normas generales para la descripción de objetivos

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

Una vez se determinan las prioridades el siguiente paso es el establecimiento de los resultados esperados. El termino resultados esperados se usa de manera intercambiable con el término objetivos. No obstante, el término resultados esperados es mucho más específico. Los resultados esperados tienen tres propósitos:

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidados. Usted medirá el éxito del plan determinando si se han conseguido los objetivos que había fijado previamente.
- Dirigen las intervenciones de Enfermería. ¿Cómo sabrá lo que tiene que hacer sino sabe lo que quiere conseguir?
- Son factores de motivación. Con frecuencia las cosas que no se van a medir no se hacen.

Al describir los objetivos se debe entender que se están prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o.

Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.⁷³

Las **principales características de los objetivos** o resultados esperados del paciente son:

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

La medición de la consecución del objetivo puede hacerse más fácil de las siguientes formas:

- Utilizando la frase “que se evidencia por” para introducir una prueba medible de la reducción de signos y síntomas.
- Añadiendo la expresión “dentro de límites normales”.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.
- Se deben enunciar en función del paciente.
- Deben reflejar la primera parte de la categoría diagnóstica.
- Deben incluir el tiempo para su realización. Se deben escribir resultados esperados a corto, mediano y largo plazo.

En cuanto a los **objetivos** cuyo contenido es el área **de aprendizaje** quisiéramos aportar los ámbitos que Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan

⁷³ Alfaro, L. op.cit. 12.

actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.

Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas.

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

La taxonomía de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

- **Clasificación (NIC)**

- Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE)**

La clasificación **NIC** por sus siglas en inglés **CIE** en español, incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicológicos, tratamientos y prevención de enfermedades; fomento de la salud, intervenciones para individuos, familias y comunidades y cuidados indirectos. Se incluyan tanto intervenciones individuales como en equipo: pueden utilizarse en cualquier situación de la práctica, independientemente de la orientación filosófica.⁷⁴

La taxonomía de la CIE se basa en la investigación que se ha realizado desde 1987, con enfoques de métodos múltiples, que incluyen desde el análisis del contenido, hasta las pruebas clínicas de campo. Fue hasta el año 1992 cuando se publicó por primera vez una taxonomía de las intervenciones de enfermería

⁷⁴ Alba, Ma. A. et al. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España. Ed: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 25.

llamada clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification), elaborada por el Iowa Intervention Project, y se ha actualizado cada 4 años desde entonces.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver que intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.

Algunos otros puntos que remarcan la importancia de esta clasificación son el desarrollo inductivo basado en la práctica existente (libros de texto actualizados, guías de planificación de cuidados, apoyados por la preparación técnica en la práctica clínica de los miembros del equipo y los expertos de las áreas de especialidad). Refleja la práctica y la investigación clínicas actuales (todas han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y de la sociedad científica, por lo que las mejores son resultado de las sugerencias de los usuarios). Tiene una estructura organizativa de uso sencillo (campos, clases, intervenciones y actividades, todos a su vez disponen de definiciones). Utilizan un lenguaje claro y con significado clínico (se aplica el lenguaje más útil para la práctica).

Establece un proceso y una estructura de mejora continua; está probada en campo, es muy accesible a través del creciente número de publicaciones, se relaciona con los diagnósticos de enfermería de la NANDA, se desarrolla en el mismo sitio que la NOC (nursing outcomes classification), tiene reconocimiento internacional, se incluye en los sistemas de información clínica de programas de vendedores y está traducida por lo menos a 8 idiomas (alemán, chino, coreano, francés, holandés, islandés, japonés, español y portugués).

Además de los esfuerzos de la NANDA por estandarizar el lenguaje para describir los problemas que requieren una asistencia de enfermería y crear una taxonomía de etiquetas estandarizadas del resultado obtenido en el paciente, los investigadores de enfermería también reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan.

Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC/CIE (Nursing Interventions Classification). Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.⁷⁵

Esta taxonomía consta de tres niveles:

- Nivel 1) Campo: es el nivel más abstracto y son (7)
- Nivel 2) Clase: a las que se les han asignado letras por orden alfabético (30)
- Nivel 3) intervenciones cada una con un código único de cuatro números.

Se han elaborado más de 542 intervenciones y más de 12000 actividades. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos que facilitan su uso.⁷⁶

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

Cuando se planifica y registra la asistencia en una institución que usa la taxonomía de la NIC, el profesional de enfermería elige la etiqueta amplia de la intervención.

⁷⁵ *Ibíd.*

⁷⁶ Bulecher, B. H. (2009). *op. cit.* 3-7.

La taxonomía de la NIC aporta muchos beneficios a los profesionales de enfermería, los educadores de enfermería, los administradores de enfermería y a la profesión de la enfermería en general.⁷⁷

- **Prioridades**

La selección de prioridades.

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

- 1.¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- 2.¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?
- 3.¿Qué problemas deben tratarse con el concurso de otros profesionales?
- 4.¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados?
- 5.¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

Las prioridades se establecen según Kozier et al 2001, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

⁷⁷ Kozier, B. & Glenora, E. op. cit. 226.

- La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage.
- La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.
- La prioridad que les da el usuario.
- Los planes de tratamiento médico
- Los recursos de enfermería.
- El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas. Ejemplo: dar más importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

La determinación de Prioridades es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto ser tratados, éstos deben planearse con el paciente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente.

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

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridades conjunto con la enfermera/o.

En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Alfaro considera que la habilidad para priorizar requiere tiempo y capacidad para ver más allá de los problemas individuales inmediatos, lo cual permite adquirir la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas planteados y propone la jerarquía de Maslow como criterio señalando:

- La prioridad uno la tendrán los *problemas que interfieren en las necesidades fisiológicas.*
- La prioridad dos la ostentan los *problemas que interfieren en la seguridad y protección.*
- La prioridad tres la tendrán aquellos *problemas que interfieren en el amor y la pertenencia.*
- La prioridad cuatro será para los problemas que *interfieren en la autoestima.*
- La prioridad cinco será para los *problemas que interfieren en la capacidad para lograr la autorrealización.*

Alfaro concluye con un planteamiento parecido al de Christensen –la priorización no significa perder la visión de conjunto de los problemas que presenta el sujeto- puesto que afirma “la determinación de prioridades estará

influida por el cuadro completo de los problemas y cómo estos afectan la salud del individuo” ⁷⁸

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

“El **establecimiento de prioridades** es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería.” ⁷⁹

El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo que diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuales segundo y así sucesivamente. En lugar de diagnósticos ordenados por importancia, los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja.

Las prioridades cambian a medida que lo hacen las respuestas, problemas y tratamientos del paciente. El profesional de enfermería debe considerar varios factores como asigna prioridad, como:

1. Los valores y creencias del paciente respecto a la salud: Los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente. Cuando hay ese tiempo de diferencias de opinión, el paciente y el profesional de enfermería deben comentarlo abiertamente y resolver cualquier conflicto. Pero, en una situación de amenaza para la vida, el profesional de enfermería suele tener que tomar la iniciativa.
2. La prioridad del paciente: Implica al paciente en la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la

⁷⁸ Benavent. op.cit. 279 y 280.

⁷⁹ *Ibíd.*

perspectiva del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de enfermería de los posibles problemas o complicaciones. Pero el profesional de enfermería, consciente de las posibles complicaciones del reposo en cama prolongado, precisa informar al paciente y desempeñar estas intervenciones necesarias.

3. Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente: Si escasean el dinero, el equipo o el personal en la institución sanitaria, entonces a un problema se le puede dar una prioridad menor de lo habitual. Los profesionales de enfermería del marco domiciliario. Si no se dispone de los recursos necesarios, podría ser necesario posponer la solución a ese problema, o podría ser necesario remitir al paciente a otro centro. Los recursos del paciente, como su capacidad económica o su capacidad para el afrontamiento, también pueden influir en el establecimiento de prioridades.
4. La urgencia del problema de salud: sea el sistema usado, las situaciones con riesgo vital exigen a la enfermería la asignación de una prioridad alta. Situaciones que afectan a la integridad del paciente, es decir, aquellas que podrían tener un efecto negativo o destructivo sobre el, también tienen una prioridad alta.
5. Plan de tratamiento médico: las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con el tratamiento de otros profesionales sanitarios. Por ejemplo el profesional de enfermería puede hacer ejercicios que faciliten la deambulación o enseñarlos más adelante, siempre que el estado de salud del paciente lo permita.

A continuación se presenta el orden a seguir que propone Benavent, para establecer la prioridad al momento de diagnosticar.

CUADRO 5. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES
VALORES PROFESIONALES
Protección a la vida
Alivio y prevención del sufrimiento
Corrección y prevención de disfunciones
Búsqueda de bienestar
LA PERCEPCION DEL SUJETO SOBRE SUS PROBLEMAS

Fuente Benavent, A. (2001),281.

CUARTA FASE: EJECUCIÓN

La fase de **ejecución** de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase los actores son múltiples: en primer lugar el cliente que lleva a cabo las acciones planificadas para él. También aparece la enfermera que supervisa las acciones, anima, informa, enseña y manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo requiere del apoyo de un *equipo de cuidados de enfermería* ya que asegura la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales, se puede encontrar también a los miembros de la familia del cliente, que ciertas circunstancias colaboran en los cuidados del cliente.⁸⁰

Kozier (2001) citado por Amparo Benavent (2001) escribió sobre las intervenciones y/o las actividades de enfermería: “Es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”.

“Es la puesta en práctica de la o las intervenciones y las actividades programadas con el paciente, familia y/o comunidad, tomando en cuenta el contexto en el que se llevan a cabo. Durante esta etapa del proceso, es importante recalcar que la intervención de enfermería deba hacerse con el sustento científico y técnico requerido.⁸¹

⁸⁰ Benavent. op.cit. 295.

⁸¹ Morán. op. cit. 80.

Iyer en el 1992 la define como: “Cuarta fase del proceso de enfermería en la que el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones y registra la asistencia prestada”.

Usando la terminología NIC, la aplicación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluyen el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente.

Habilidades de aplicación

Para ejecutar el plan de asistencia con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales, y técnicas.

Las habilidades cognitivas. Incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia de enfermería segura e inteligente.

Las habilidades interpersonales. Son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interactúan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros.

Las habilidades técnicas. Son actitudes dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones. Requieren conocimiento y, con frecuencia, destreza manual. El número de habilidades técnicas que se espera de un profesional ha aumentado mucho en los últimos años por el uso generalizado de la tecnología.

Es la administración real de la atención al usuario(a), es decir, el inicio de la realización de las intervenciones de enfermería que le ayudan a conseguir los

objetivos deseados; la fase de ejecución está dividida en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La **Preparación** consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico: revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido: análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesaria; reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas, proporcionar los recursos necesarios (tiempo, profesional, material) y preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias (ambiente agradable tanto físico como psicosocial, seguridad para prevenir accidentes).

La **Intervención** es el inicio de las intervenciones de enfermería para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del usuario(a), puede incluir acciones independientes e interdependientes diseñadas para satisfacerlas, pueden ser numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales.

Las **intervenciones** de enfermería pueden **clasificarse** en las siguientes categorías:

Refuerzo de las cualidades: ayudar a la madre o responsable del niño(a) a identificar las cualidades, felicitarlo por los esfuerzos realizados, lograr que acepte un rol diferente o un cambio en sus actividades, fortalecer su adaptación y actuación en los momentos de crisis.

Cualidades del usuario(a) o responsable que favorecen la intervención de enfermería:

- Alto nivel educativo.
- Motivación para aprender o cambiar una conducta.
- Familia unida que apoya.

- Condiciones de vivienda, trabajo y educativos que fomentan la actividad sana y sin riesgos.
- La accesibilidad a los servicios de salud.
- Capacidad para afrontar situaciones de estrés y de cambios importantes.
- Estilos de vida saludables sin adicciones al alcohol, drogas, etc.
- Recursos económicos suficientes.

Esta interacción le da oportunidad a la enfermera para valorar nuevos problema, obtener otros datos sobre las necesidades del niño(a), valorar las cualidades del niño(a) o responsable, comentar con ellos los logros y actividades futuras, evaluar la eficacia de los cuidados.

Supervisión del trabajo de otros profesionales: la delegación del cuidado del niño aun cuando se delegue en otro miembro del equipo de salud siempre es responsabilidad del profesional de enfermería por lo que se tiene que considerar la capacidad técnica y científica de la persona a la que se asigna.

Comunicación con otros miembros del equipo de salud: es una responsabilidad del profesional de enfermería establecer una relación de colaboración y coordinación de la atención de los niños con los responsables, la familia, otros colegas, otros miembros del equipo de salud, para asegurar la continuidad del cuidado.

Educación: en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se realiza para los niños(as) de acuerdo a la edad y responsables de familia se concluyen: nuevos conocimientos, motivación para cambiar actitudes y el desarrollo de habilidades; también cambios de conducta relacionados con el mantenimiento de la salud.

En este sentido, las intervenciones, de la enfermera se enfocan en conocer y evaluar en el niño(a), los responsables y la familia: las necesidades de aprendizaje, determinar cómo se les facilita aprender, desarrollar objetivos realistas, identificar estrategias apropiadas, dar los contenidos de manera

comprensibles utilizando los recursos adecuados, valorar el aprendizaje y readecuar el plan de enseñanza según sea necesario.

Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una **documentación completa y exacta** de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Debe registrarse por escrito las intervenciones realizadas, hora en que se efectuaron y firma de quien las realizó.

Existen diferentes tipos de sistemas de documentación de los cuidados de enfermería realizados:

Graficas narrativas (registros o notas de enfermería narrativas): el registro tradicional donde cada miembro del equipo que trata al niño(a) tiene su respectivo formato (notas de enfermería, notas de evolución médica).

Registros orientados hacia el problema (SOAP): es un registro paralelo al proceso de enfermería en donde se realiza una valoración, un diagnóstico, desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación del logro de objetivos. También la utilizan otros profesionales, las siglas significan: S- datos subjetivos, O- datos objetivos, A- valoración (assessment) y P- plan.

Gráficas por excepción: son hojas de curso clínico para las indicaciones de enfermería o médicas que documentan los hallazgos de la valoración y las intervenciones de enfermería durante 24 horas.

Registros computarizados: son programas computarizados que contiene todo el expediente del usuario(a) y entre ellos los registros de enfermería.

Según Iyer y cols. Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos con independencia del entorno en el que la enfermera preste sus servicios, la realización del plan de

cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

La ejecución o puesta en marcha de un plan, incluye:

- Prepararse para dar y recibir un informe.
- Establecer prioridades diarias.
- Valorar y revalorar.
- Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.
- Hacer anotaciones.
- Dar el informe de cambio de turno.

○ **Sistemas de prestación de los cuidados de enfermería**

Asignación por tareas

Las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizados por diversos niveles de profesionales de enfermería. Cada individuo es asignado a una selección completa de funciones. Las funciones individuales son asignadas a diversos niveles de profesionales basándose en la complejidad de la tarea, incluyendo el conocimiento, las habilidades y las experiencias necesarias para llevarlas a cabo.

Equipos de enfermería

Es un sistema de prestación de cuidados de Enfermería en el que un grupo de profesionales titulados universitarios y no universitarios que trabajan juntos para prestar cuidados de Enfermería a algunos clientes. La intervención global al cliente es prestada por los miembros de equipo bajo la dirección de un miembro del profesional de Enfermería que será el coordinador de enfermería. Una unidad de enfermería se divide en dos o más equipos. El coordinador de enfermería tiene la autoridad y a responsabilidad de asignar la intervención de un grupo de clientes a los miembros del equipo.

El éxito del enfoque en equipo dependerá de una comunicación eficaz. Este método se basa en el uso de asignaciones de la intervención de clientes por escrito en el desarrollo y revisión oportunos de los planes de cuidados de Enfermería en a participación frecuente conferencias de intervención al cliente y en los informes y cambios de impresiones frecuentes entre los miembros del equipo.

Enfermería de cuidados básicos

Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrollo en la década de los 80, en el que el profesional de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes. El profesional desarrolla el plan de cuidados y se asegura que el plan se ejecute durante las 24 horas.

Los sistemas de enfermería en cuidados básicos subrayan:

- La responsabilidad y autoría del profesional de enfermería en el tratamiento de los cuidados.
- La descentralización de la toma de decisiones, manteniéndose la autoridad en el profesional de enfermería de cuidados básicos.
- La importancia de una valoración, un diagnóstico y una planificación completos.
- La participación del cliente en la validación y el establecimiento de objetivos.
- La necesidad de comunicación entre el profesional de enfermería de cuidados básicos y otro profesional de enfermería.
- La preparación para el alta mediante la educación del cliente y de la familia, la identificación de los recursos disponibles y el envío a otros sistemas cuando sea necesario.
- La continuidad de la intervención asignando al cliente al profesional de enfermería de cuidados básicos de forma constante.

El profesional de enfermería jefe actúa como coordinador de la unidad y es la persona a la que puede recurrir el profesional de enfermería de cuidados básicos.

El profesional de enfermería de cuidados básicos, planifica y presta la intervención, administra medicamentos y tratamientos, interacciona con el médico y otros profesionales sanitarios e informa sobre el estado del cliente. Y los auxiliares de enfermería, ayudan al enfermero de cuidados básicos a la prestación de los cuidados.

El profesional de enfermería que trabaja en el marco de la prestación de intervención primaria debe tener:

1. Un conocimiento completo del proceso de enfermería.
2. Habilidades de comunicación refinada.
3. La capacidad para llevar a cabo procedimientos de enfermería identificados en las actuaciones de enfermería.
4. Técnicas para la resolución de problemas.
5. Un compromiso de intervención enfocada al cliente.

Variaciones de la enfermería de cuidados básicos

Atención total al paciente

En la atención total al paciente, el profesional de enfermería asignado al cliente debe ser un titulado universitario. Los auxiliares de enfermería no suelen tener clientes asignados, sino que prestan servicios útiles como responder a los timbres de llamada, ofrecer agua, etc.

El profesional de enfermería al cliente administra los medicamentos, ayuda al cliente en las actividades de la vida diaria, se comunica con los demás miembros del equipo de atención sanitaria, realiza tratamientos y otros.

Enfermería modular

En este sistema de prestación de cuidados, se ha intentado asignar al profesional de enfermería un grupo de clientes de un distrito o módulo. Esta modalidad no obliga a una responsabilidad durante 24 para la intervención del

cliente, y se basa en la premisa de que existe suficiente cantidad de profesionales de enfermería a tiempo completo como para permitir una asignación constante al mismo módulo.

Control de casos

El 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. Algunos de los objetivos del control de casos son:

- Facilitar la consecución de resultados del cliente esperados o estandarizados.
- Facilitar el alta inmediata o dentro de una duración suficiente de la estancia.
- Favorecer la utilización adecuada o reducida de recursos.
 - Favorecer el ejercicio en colaboración con la coordinación de la atención y la continuidad de la misma.
 - Favorecer el desarrollo profesional y la satisfacción del profesional de enfermería que trabaja en el medio hospitalario.
 - Dirigir las contribuciones de todos los prestadores de atención hacia la consecución de los resultados del paciente (Brower, 1988).

La dirección de control de casos son miembros del equipo de enfermería, con experiencia en una determinada área clínica.

En otro modelo, un centro contrata a algunos directores de casos que se especializa cada uno en una clase concreta de problemas de salud.

Esta experiencia sirve de preparación a los directores de casos para asumir su papel, proporcionándoles habilidades de liderazgo, experiencia clínica y de organización.

El profesional de enfermería utiliza dos tipos de herramientas en control de casos: 1) Un plan de control de casos que consiste en un plan global de

cuidados que delimita los diagnósticos del cliente, los resultados esperados y las actuaciones. (2) La vía crítica o el curso del resultado del paciente consiste en un resumen de una página del plan de tratamiento del caso. Esto se conoce también como directrices o parámetros del ejercicio, directrices clínicas o protocolo.

Atención enfocada al paciente

Lumsdon en el año 1993 menciona al respecto: “Es el diseño de nuevo de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados”.

Principios

1. Dotar a la unidad de Enfermería de tantos servicios como sea posible para reducir al mínimo los desplazamientos del cliente para hacerse pruebas o ir a otros servicios.
2. Combinar profesionales de la Enfermería con otros profesionales para que asuman nuevas responsabilidades.
3. Potencia la colaboración y comunicaron entre todos los niveles dentro de la organización.
4. Aumenta la proporción de cuidadores directos del cliente, al tiempo que reduce el número de personas con las que este tiene que interactuar.
5. Diseña de nuevo descripciones del trabajo y elimina algunos de los departamentos del hospital.
6. A menudo se diseña de nuevo la unidad de Enfermería, eliminando o reduciendo el tamaño del control del equipo de Enfermería. Se pueden establecer subcontroles.
7. La intervención enfocada en el cliente estará regida por los principios y actividades de control de caso, incluidos los coordinadores de caos y las vías críticas.

8. El resultado final es un equipo de profesionales que trabajan interdisciplinariamente, el cliente se convierte en el centro de la atención, siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin.

Meleis, (1988) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.⁸²

QUINTA FASE: EVALUACIÓN

Es la medición de los resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente, la familia y/o comunidad, después de la intervención de enfermería.⁸³

La **evaluación** es una “comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación”.⁸⁴

La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otro

⁸² Meleis, A. & Price, M.J. (1998). Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advance Nursing*, (13) 592-604.

⁸³ Morán. op.cit. 80.

⁸⁴ Griffith, J. & Christensen, P. (1993). *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. . España: Manual Moderno. 194.

propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación identifica aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.

Perspectivas históricas

En las dos últimas décadas, la evaluación del cuidado de la salud ha cambiado de manos y de enfoque; estos cambios fueron estimulados por los intereses de los consumidores y del gobierno acerca de los costos crecientes y los servicios inadecuados.

En forma tradicional, la enfermera era evaluada por sus supervisores; se juzgaba la destreza clínica, la organización, las dotes de mando, la dependencia y la puntualidad. Estas evaluaciones no consideraban la eficacia del cuidado de enfermería ni la mejoría en el estado de salud del paciente.

Conforme la responsabilidad de la evaluación fue distribuyéndose entre los profesionales del cuidado de la salud y entre los centros de salud, las enfermeras reconocieron la necesidad de cambiar su enfoque y mejorar sus métodos.

En la actualidad, las enfermeras profesionales están estableciendo cánones de calidad y midiendo su capacidad para alcanzarlo. Esto abarca la evaluación del trabajo de enfermería tanto con pacientes particulares como en los centros de salud.

La evaluación en los centros hospitalarios, por lo general, se denomina garantía de calidad y puede comprender auditorías con reglamentos estándares.

Formas de evaluación

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: **estructura, proceso y resultado**. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías,

concurrente (presente) y retrospectiva (pasado), como se muestra en el cuadro siguiente. Cada forma se describirá por separado.

- **Estructura, proceso y resultado**

Estructura

El enfoque de evaluación de la **estructura** se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud.

Ejemplos de la estructura son la auditoria por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

Proceso

La evaluación del **proceso** se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evaluación que se centra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones como: ¿la enfermera identifica al paciente cuando le administra medicaciones?, ¿fue firmada la hoja de consentimiento antes de la cirugía?, ¿se explican los procedimientos al enfermo? Los cánones para valorar la calidad del cuidado de enfermería han sido desarrollados pero requieren un refinamiento ulterior.

La evaluación *concurrente del proceso* examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar. También pueden revisarse las hojas o gráficas de evolución para evidencias de las acciones de enfermería mientras que el paciente este recibéndolas.

La evaluación *retrospectiva del proceso* es implementada después de que el paciente ha sido dado de alta, las acciones de enfermería son evaluadas después de este hecho.⁸⁵

⁸⁵ Ibid., 193-205.

Resultado

La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

La evaluación *concurrente del resultado* juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento.⁸⁶

En los siguientes cuadros se analiza de manera concreta como lo proponen las autoras Griffith y Christensen; tanto las formas de evaluar y los métodos para realizar una evaluación enfocando en específico al proceso y a los resultados obtenidos, para realizar adecuadamente las intervenciones de enfermería.

CUADRO 6. FORMAS DE EVALUACIÓN

Estructura	Proceso	Resultado
Propósito		
La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente.	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermería.
Instrumentos o medios		
Forma de la Comisión de la junta de hospitales.	Escala de clasificación de competencia de enfermería.	Sistema Wisconsin Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorías	Escala de la calidad de cuidados de enfermería.	
Fuentes de datos		
Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones.	<i>Concurrente</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades.	<i>Concurrente</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y

⁸⁶ *Ibid.*

Planes de atención de enfermería.	La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	psicológica.
-----------------------------------	--	--------------

Planes de orientación y programas en servicio.	<i>Retrospectivo</i> La grafica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	<i>Retrospectivo</i> La grafica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.
Nivel educativo del personal.		
Instalaciones y equipo disponibles.		
Gráficas y Kárdex.		

Fuente: Griffith, J. & Christensen, (1993).

CUADRO 7. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PROCESO Y EL RESULTADO

Proceso (evaluación de enfermería)	Resultado (evaluación del paciente)
<p>Concurrente</p> <p>Paciente: preguntar al paciente las acciones realizadas por la enfermera.</p> <p>Enfermera: observar a la enfermera al cuidar, enseñar y examinar al paciente.</p> <p>Gráfica: examinar la gráfica o la hoja de evolución para documentar la acción, planes y evaluación apropiados mientras que el paciente recibe servicio.</p>	<p>Paciente: observar los cambios del paciente que siguen una dirección de mejoría en el estado de salud a través de conocimientos, destrezas o habilidades nuevos. Observar el estado fisiológico del paciente o los efectos psicosociales y las conductas en busca de signos de mejoría.</p>
<p>Retrospectivo</p> <p>Examen de la gráfica: buscar los datos que documenten las acciones de enfermería, los antecedentes, los objetivos y las metas del paciente, los planes de enfermería, como los signos vitales, los medicamentos administrados y la enseñanza realizada, después de que el paciente ha sido dado de alta del servicio de salud.</p>	<p>Examen de la gráfica: buscar los datos que documenten los cambios en el estado de salud del paciente, en sus conocimientos, habilidades o destrezas. Los cambios fisiológicos y las conductas psicológicas hacia una mejoría en la salud, también son evidencia apropiada, después de que el paciente haya sido dado de alta del servicio de salud.</p>

Fuente: Griffith, J. & Christensen, P. (1993).

La evaluación *retrospectiva del resultado* examina la gráfica después de haber dado de alta al paciente, se investiga la evidencia del progreso del paciente que resulta de la intervención de enfermería.

Normas y cánones

Los conceptos de normas y cánones con frecuencia se usan de manera indistinta en la evaluación, pero son diferentes. Las normas o criterios son cualidades, atributos o características medibles que especifican destrezas, conocimientos o estado de salud; describen los niveles aceptables de rendimiento al establecer las conductas esperadas de la enfermera o el paciente.

En las normas escritas o resultados conductuales para los pacientes, pueden incluirse las categorías siguientes:

1. Las *respuestas fisiológicas* del paciente, como temperatura normal, curación de las heridas, presión sanguínea dentro de los límites normales o una respuesta apropiada a los estímulos.
2. El paciente demostrara una *destreza*, como caminar con muletas o administrar la insulina con precisión.
3. El nivel de *conocimientos* del paciente acerca de la enfermedad, incluyendo las medidas de tratamiento y los medicamentos.
4. El nivel del paciente de las *conductas adaptativas*, como la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria, el ejercicio o resolver su aflicción.

Los cánones o estándares representan niveles aceptables, esperados de rendimiento del personal de enfermería o de otros miembros del equipo de salud. Son establecidos por la autoridad, por la costumbre o por consenso general.

Características generales de la evaluación

Varios factores influyen en el proceso de la evaluación y necesitan ser considerados antes de definir las fases de la evaluación.

Quien, qué y cuándo de la evaluación

¿Quién determina lo que se va a evaluar? Las reglas formuladas en los estándares de la práctica de enfermería manejan este asunto exponiendo: “El progreso del paciente/cliente hacia el logro de la meta o la falta de progreso, están determinados por el propio paciente y por la enfermera”. (Association, July, 1974).

¿Qué se evalúa? En el proceso de atención de enfermería, el paciente es el centro y sus metas y objetivos definen lo que se evalúa.

¿Cuándo hace la enfermera la evaluación? La evaluación es un proceso activo, comienza con la valoración inicial para obtener la información básica y continua durante las interacciones con el paciente.

Evaluación formativa y acumulativa

La evaluación es formativa y acumulativa. La evaluación formativa es progresiva, juzgando cada etapa en el plan conforme se realiza, para medir el progreso del paciente hacia el logro del objetivo; cuando el plan es implementado, la enfermera evalúa la respuesta del paciente para determinar la eficacia del plan o la necesidad de un cambio.

La evaluación acumulativa describe el progreso o la falta de progreso del paciente. Se escribe después de que han realizado varios objetivos; en ocasiones los objetivos son inadecuados o los recursos no son disponibles y aunque los objetivos se hayan alcanzado, el paciente no ha logrado la meta.

Lineamientos para la evaluación

Los lineamientos describen las etapas o fases de la evaluación.

- 1 *Si los objetivos carecen de especificidad se dan normas para la evaluación:* Las normas para la evaluación son indicadores de las conductas *esperadas* del paciente; se escriben del mismo modo que los objetivos, pero aclaran las conductas con mayor especificación.
- 2 Cuando las normas se redactan, es importante recordar que son:
Apropiadas al objetivo, la situación del paciente, sus capacidades y limitaciones y sus recursos.
Observables y medibles, distinguiendo el rendimiento satisfactorio del no satisfactorio.
Realistas y asequibles dentro del tiempo u los recursos disponibles.
Pertinentes al dominio (cognoscitivo, psicomotor o afectivo) enunciado en el objetivo.
- 3 *La evaluación formativa describe si y hasta qué grado el paciente y la enfermera han alcanzado los planes y objetivos enunciados:* Durante cada interacción, la enfermera observa y compara la conducta del paciente con las normas para los objetivos; la eficacia del plan está determinada por los cambios en la conducta del paciente.
- 4 *La evaluación acumulativa describe el progreso del paciente para lograr las metas o la carencia de progreso:* La enfermera avalúa la respuesta del paciente en el logro de los objetivos y juzga si la conducta del paciente muestra progreso hacia la obtención de la meta.
- 5 *El plan de atención de enfermería indica revisiones si las metas y los objetivos no se han logrado de manera adecuada:* La modificación de los planes, normas, objetivos o metas, es la última etapa en el proceso de evaluación. Algunas razones para modificar los planes son:

*Los planes no eran realistas en tiempo y recursos.

*Los planes sobreestiman o subestiman las capacidades del paciente.

*Se ha hecho disponible un número mayor de datos, lo cual altera el problema o interés.

*Aparecieron problemas nuevos o se resolvieron problemas antiguos.

*Se dispone de nuevos recursos.

La enfermera determina las razones posibles por las cuales los planes, objetivos o metas eran ineficaces y entonces decide una nueva valoración del paciente o revisa el plan de cuidados.⁸⁷

- **Clasificación NOC**

Clasificación de Resultados Enfermeros CRE/NOC (Nursing Outcomes Classification).

Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.⁸⁸

El uso de los resultados de los pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de la década de 1960, cuando Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los enfermos para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros.⁸⁹

Un resultado NOC es parecido a un objetivo en el lenguaje tradicional. Es “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención de enfermería”.⁹⁰

⁸⁷ Griffith. op.cit. 193-205.

⁸⁸ Alba. op. cit. 25.

⁸⁹ Moorhead, S. J. (2009). op. cit. 37

⁹⁰ Moran. op.cit. 80.

La clasificación actual es una lista de 385 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida y bibliografía. Los resultados se clasifican acorde a la taxonomía NOC en 7 dominios y 31 clases. Se incluyen 14 escalas de medición.

Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Para medirlo, un resultado debe hacerse más específico identificando los indicadores que se aplican a un paciente en particular. Un indicador es “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que sirve de indicio para medir un resultado” y es análogo a los resultados deseados en el lenguaje tradicional. Los indicadores se expresan también en términos neutros, pero cada resultado comprende una escala de cinco puntos que se usa para puntuar el estado del paciente en cada indicador. Cuando usa la taxonomía de la NOC para escribir un resultado deseado en un plan de asistencia, el profesional de enfermería escribe la etiqueta, los indicadores que aplica al paciente en particular y la localización en la escala de medida para cada indicador.⁹¹

Evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería requiere indicadores del estado del paciente que puedan medir los cambios a corto y largo plazo después de una intervención o episodio de cuidados y los cambios a largo plazo durante el curso de una enfermedad crónica. NOC o CRE se desarrollo justo para medir estos cambios en el paciente.

Esta medición no se limita a estados funcionales y fisiológicos, sino que incluyen medidas de estado psicosocial, de conocimiento y conductual.⁹²

⁹¹ Kozier, B. & Glenora, E. (2001). op.cit. 219.

⁹² Moorhead, S. J. (2009). op. cit. 37.

1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en la escuela de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Calificaba su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos.

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella catorce necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Se convirtió en una leyenda viva. En este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en toda la comunidad de esta disciplina, transmitida por Internet. Halloran escribió sobre ella: “La señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial”.

Esta propuesta filosófica como se le catalogo posteriormente, -por los elementos que maneja la autora- está influida por la corriente de la integración y según Meleis (1997) se incluye dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar a la persona, y por el deseo de aclarar la función propia de las enfermeras que las impulso a desarrollar sus modelos.

Con este trabajo intento responder a la pregunta <<que hacen las enfermeras>> y de terminar en que se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el doble objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinarios y de diseñar un círculo académico que les permitiera responder a esas expectativas.

- **CONCEPTOS PRINCIPALES**

***Henderson** definió a la **enfermería**: “como un sustituto de lo que le falta al paciente para que se sienta completo, entero e independiente, debido a la falta de fuerza física, voluntad, o conocimiento. También dijo que la verdadera naturaleza de la enfermería solo puede transmitirse a través de ideales, amor, simpatía, conocimiento y cultura expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas”.⁹³

Citado por Henderson en el 1994, tomado del boletín Nursing Service Committee of the International Council of Nurses, publicado en el año 1961 se cristalizan las ideas y el trabajo de **Henderson** con la siguiente definición de enfermería.

***Enfermería** “es la función singular de la enfermera de asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

***Independencia** es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud”.⁹⁴

Phaneuf menciona que para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones y comportamientos adecuados que el mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo, por ejemplo: el niño) es independiente.

⁹³Henderson, V. A. (1994). *LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA Una definición y sus reflexiones en la práctica, la investigación y la educación REFLEXIONES 25 AÑOS DESPUES*. Madrid, España: Interamericana McGraw Hill. 22.

⁹⁴ Luis Rodrigo. M. T. C. F. (1998). *DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA*. Barcelona, España: Masson, S.A. 37.

Las manifestaciones de independencia son conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer sus necesidades. Por indicador de conducta se entienden los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la respaldan o señalan por ejemplo la relación talla/ peso no es una conducta pero si un indicativo de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

***Dependencia** “es el desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y salud”.⁹⁵

Si, por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por si mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.⁹⁶

Las manifestaciones de dependencia son conductas o indicadores de conducta de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan inadecuadas o insuficientes a consecuencia de la aparición de una fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia, por ejemplo: una alimentación inadecuada origina con frecuencia trastornos gastrointestinales o problemas de obesidad.⁹⁷

Virginia Henderson, en su obra menciona la independencia del adulto y del niño, lo que ella define de la siguiente manera y se presenta en los siguientes cuadros.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Phaneuf, M. (1993).op.cit. 29.

⁹⁷ Luis Rodrigo. M. T. C. F. (1998).op.cit. 30.

CUADRO 8. INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA DEL ADULTO	
INDEPENDENCIA (Adulto)	DEPENDENCIA (Adulto)
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otras, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades

Fuente: Phaneuf M. (1993).29.

CUADRO 9. INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA DEL NIÑO	
INDEPENDENCIA (Niño)	DEPENDENCIA (Niño)
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra	Deficiencia del niño de su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento, o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

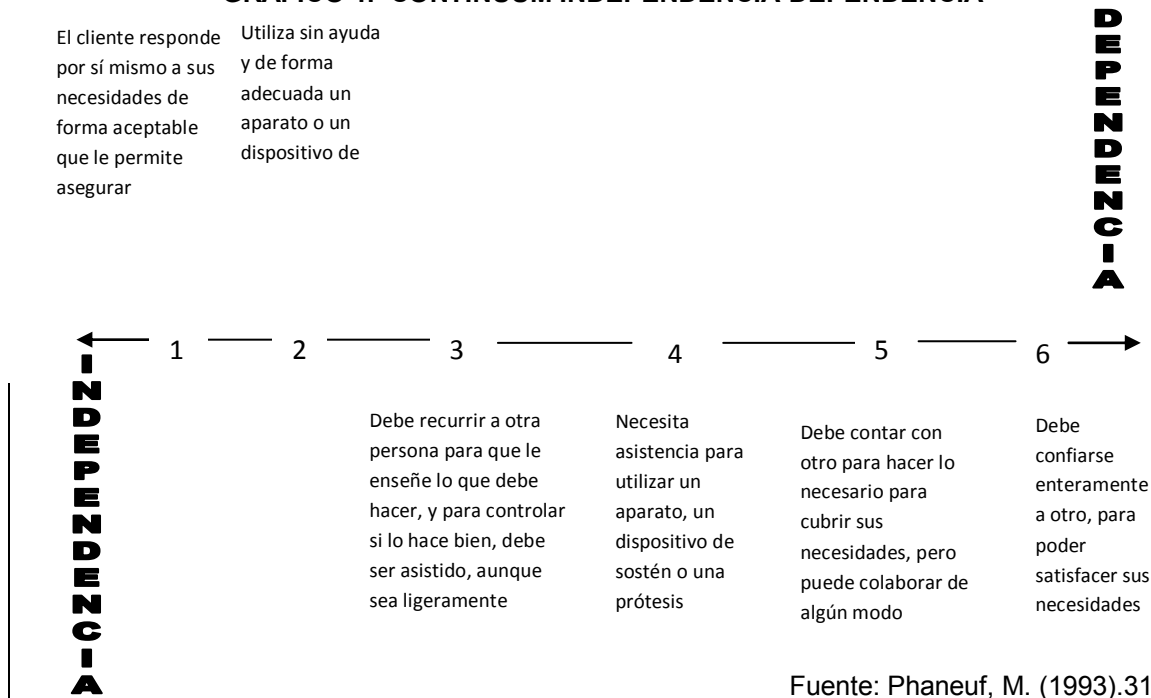
Fuente: Phaneuf M. (1993).30.

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

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

La siguiente imagen ilustra los niveles del continuum independencia-independencia facilitando así su visualización. Por lo que se entiende que en la medida que un individuo necesita o no de otra persona para realizarse y/o cubrir sus necesidades elementales o básicas, se le ubica acorde al grado de necesidad y se establece el número correspondiente en la grafica, con esto se identifica la independencia o la dependencia del paciente.

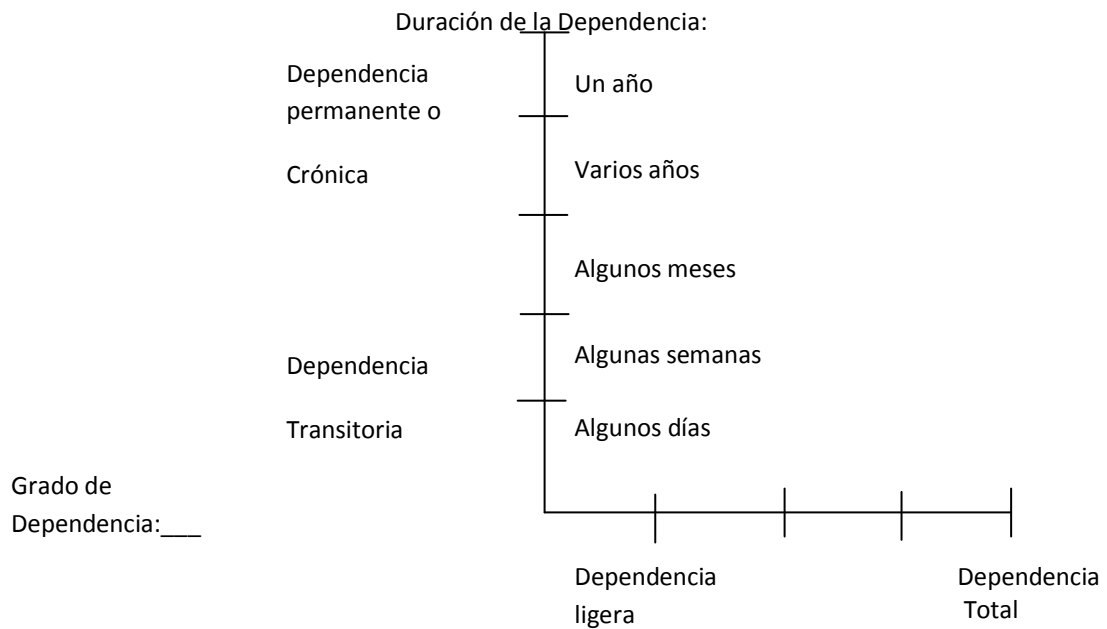
GRAFICO 1. CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA



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. En la gráfica siguiente se puede ver esta relación; previamente se identifico en el gráfico del grado de dependencia y a continuación se determina el tiempo durante el cual la persona ha tenido esta dependencia, se cruzan las líneas y se establece la relación existente entre ambas.

GRAFICO 2. RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA



Fuente: Phaneuf, M. (1993).30.

○ Fuentes de la dificultad

Se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales.

Constituyen fuerzas negativas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por si mismo sus necesidades, Esta incapacidad genera en él manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.⁹⁸

Según Henderson *el origen de la Fuente de dificultad* radica en una falta de conocimientos del cliente; relativo a su salud y al modo de satisfacer sus diferentes necesidades. Sin embargo también implica los diferentes componentes del ser humano y también en el conjunto de experiencias vividas

⁹⁸ Phaneuf, op. cit. 34.

en el pasado o el presente de cada persona. Es decir la persona experimenta, interpreta y reacciona según sus vivencias.⁹⁹

Henderson identifica la existencia de cierta relación entre la satisfacción de las necesidades, que pueden ser perturbada por alguna fuente de dificultad cualquiera que esta sea. La interacción entre las diferentes necesidades del cliente y la influencia conjunta de algunas fuentes de dificultad constituyen toda la riqueza de este concepto de cuidados y colocan a la enfermera ante un gran desafío. Es así como en el siguiente cuadro se sintetizan las fuentes de dificultad que la autora propone.

CUADRO 10. FUENTES DE DIFICULTAD SEGÚN EL MODELO FILOSÓFICO DE VIRGINIA HENDERSON	
FUENTE DE DIFICULTAD	AREA DE DEPENDENCIA
Fuerza (física e intelectual)	Se trata de los aspectos relacionados con el <<poder hacer >> que incluyen la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. La fuerza psíquica se refiere a saber <<por qué>> hacerlo y se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir a la capacidad de percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones.
Voluntad	Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. La persona debe saber que hacer, como y porque hacerlo, y que quiere y puede hacerlo.
Conocimientos	Se identifica como área de dependencia cuando la persona, tiene la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarias con los que cuenta.

Fuente: Luis Rodrigo, M. T. (1998).38.

○ **Necesidad (Lista y concepto)**

Para **Virginia Henderson** el concepto de necesidad **no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito.**¹⁰⁰ Cada necesidad es un todo compuesto por aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona.

⁹⁹ Riopelle, op. cit. 77.

¹⁰⁰ Luis Rodrigo, M.T. C.T. op. cit. (1998). 36

Las **catorce necesidades** se interrelacionan entre sí de tal manera que configuran una unidad, por lo que considerar cualquiera de ellas haciendo abstracción de las otras constituye la negación de la totalidad de la persona.

A continuación se enlistan las 14 necesidades y se menciona su descripción:

1. **Respirar normalmente.** Necesidad del ser vivo que permite la inspiración: aporte esencial de oxígeno, difusión de gases a nivel pulmonar e intercambios a nivel celular, y la expiración: que es la expulsión de gas carbónico CO₂ y de vapor de agua.
2. **Comer y beber adecuadamente.** Necesidad de todo organismo que tiene la capacidad de ingestión, absorción de agua de electrólitos y de nutrientes esenciales para la vida.
3. **Eliminar por todas las vías corporales.** Necesidad del organismo de deshacerse de sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. Su excreción es principalmente en orina y heces.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** Impulso dado a los músculos o a los miembros o ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio o para favorecer una buena circulación.
5. **Dormir y descansar.** Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de Confort.
6. **Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.** Protección del cuerpo en función del clima, las normas sociales y de la reserva personal. La ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social.

7. **Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.** Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal
8. **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** Cuidado de higiene corporal y de la imagen corporal; mantener la piel sana, con la finalidad que está actué como protección ante cualquier agente externo.
9. **Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.** Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.
10. **Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.** Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.
11. **Rendir culto según sus propias creencias.** Actuar conforme los propios códigos de valores.
12. **Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.** Llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. **Jugar y participar en actividades recreativas.** Necesidad de divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

Adquirir conocimientos y recibir información, para la modificación de sus comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud. ¹⁰¹

○ **Los cuidados básicos**

Derivan del concepto de *necesidades básicas* y se refieren al conjunto de intervenciones enfermeras, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar o recuperar la independencia en la satisfacción de las necesidades como a suplir la autonomía de la persona en los aspectos que lo requieran.

Tal como se deduce de esta definición, los cuidados básicos no implican tareas de escasa complejidad (algunos textos reflejan esta acepción), sino cualquier cuidado enfermero que requiera la persona para alcanzar su independencia o para ser suplida en su autonomía, sin importar el grado de dificultad.

○ **Entorno**

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

Se trata de los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es la naturaleza dinámica. ¹⁰²

¹⁰¹ Henderson, V. A. (1994). *LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA Una definición y sus reflexiones en la práctica, la investigación y la educación REFLEXIONES 25 AÑOS DESPUES*. Madrid, España: Interamericana McGraw Hill. pág. 21-24.

¹⁰² Benavent, A. F. E. (2001). op.cit.

- **RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES**

La relación enfermera- médico.

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que “cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios”. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Asimismo, 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 para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas.

Henderson comparaba todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

- **SUPUESTOS PRINCIPALES**

En el cuadro siguiente se enlistan y describen los principales supuestos/metaparadigma de enfermería que estableció Henderson en su propuesta filosófica y con esto se da el preámbulo para lograr entender y aplicar esta propuesta en la práctica cotidiana.

CUADRO 11. SUPUESTOS PRINCIPALES DE VIRGINIA HENDERSON

ENFERMERÍA /ROL PROFESIONAL: La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, sano o enfermo, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.

SALUD: Utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

ENTORNO: El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Se refiere a él como algo estático aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

PERSONA (PACIENTE): Individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, de igual forma el paciente y su familia son una unidad.

Fuente: Luis R. (1998). 33-35

• POSTULADOS

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

- **Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- **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.

- **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en la siguiente tabla:

CUADRO 12. POSTULADOS DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON	
1.	Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
2.	El individuo forma un todo complejo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales (14 necesidades básicas)
3.	Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está "completo", "entero", no es independiente

Fuente: Luis R. Ma. T. (1998).34.

- **VALORES**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. En estos se afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Por lo tanto Virginia Henderson establece como valores fundamentales para su propuesta filosófica los siguientes:

CUADRO 13. VALORES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. La enfermera tiene funciones que son propias, aunque comparta actividades con otros profesionales
2. Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro trabajador le puede prestar.

Fuente: Phaneuf. (1993).

- **AFIRMACIONES TEORICAS**

Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

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

Relación enfermera – médico:

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

Relación enfermera – equipo de salud:

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

La relación enfermera- médico:

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que “cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios”. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Asimismo, 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 para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas.

Henderson comparaba todo el equipo médico, incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de las necesidades reales del paciente y por tanto, cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

"En términos legales, un hombre es culpable cuando viola los derechos de otros. En ética, lo es sólo con que piense hacerlo."

Kant.

... bueno es volverse a esos hombres que solo retienen de los descubrimientos, de los métodos y de los progresos técnicos, aquello que pueden aplicar al alivio y a la salud de sus semejantes.

Paul Valery (discurso a los cirujanos)

La **moral** es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta, por tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad.¹⁰³

El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la *ética*, formulada como tal desde el siglo VI a.N.E. en la Grecia Antigua, por el filósofo griego, *Aristóteles*. Sin embargo, los problemas éticos, tanto de la sociedad en general, como de las profesiones más connotadas -por su grado de vinculación al hombre mismo- fueron objeto de análisis y formulaciones teóricas, así como regulaciones, incluso jurídicas, desde la más antigua civilización babilónica (2 000 años a.N.E.) por el rey *Hammurabi*.

En el caso del ejercicio de la Medicina, aparecieron ya regulaciones en ese Código babilónico y reaparecieron después, en la Grecia Antigua, en el Juramento y los Aforismos de *Hipócrates*, médico griego nacido en la isla de Cos.

La **ética médica tradicional** se ha basado en dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los

¹⁰³ Aristóteles. (2007). *Ética Nicomaquea*. Buenos Aires, Argentina: Colihue S.R.L.

años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas.

En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a *Florence Nightingale*, se le añadieron otros dos principios: la *fidelidad* (al paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos; y la *veracidad*, aun cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.¹⁰⁴

Gracia GD 1997, citado por Garduño (2001) escribió:

“Para muchas sociedades y filósofos la salud es un derecho natural e ingrediente de grandes proporciones para lograr la felicidad, su cuidado ha sido encomendado a la medicina y ha de realizarse bajo una serie de imperativos éticos en los que se distinguen a la autonomía como un sinónimo de dignidad humana; esta capacidad de libre autodeterminación, de libre albedrío es preeminente para una convivencia social basada también en la tolerancia y el respeto”.¹⁰⁵

La **ética** como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.¹⁰⁶

Ética “es esa tendencia natural que tienen los seres humanos de escoger algunas entre las muchas opciones de hacer algo, teniendo en cuenta el bien que de ese hacer obtendrán ellos y los demás”.¹⁰⁷

El elemento central para que un acto se considere ético es que sea producto de una deliberación íntima, con una conciencia lúcida, informada, crítica y con

¹⁰⁴ Consejo Internacional de Enfermeras. Código para Enfermeras. (1975). Ginebra.

¹⁰⁵ Garduño, A. R. (2011). Consentimiento informado en pediatría. La autonomía del niño en discusión. *Revista Mexicana de Pediatría*. 108-111.

¹⁰⁶ COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA. *CÓDIGO DE ÉTICA para las enfermeras y enfermeros en México*. (Diciembre 2001). México, D.F.

¹⁰⁷ Armando, R. (1998). *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Andres Bello. 19.

plena capacidad de decisión. Los actos automáticos, sonambúlicos o psicóticos se excluyen de la ética. El momento ético es aquel en que la conciencia se decide a hacer o no hacer, aun cuando lo decidido no pueda realizarse por circunstancias de otro orden.

La **Bioética** “es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que ésta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”. En ésta definición se toma en cuenta la vida, la salud, los valores y principios morales.¹⁰⁸

Sin embargo la bioética es multidisciplinaria ya que generalmente suele haber intereses; médicos, filosóficos, educativos, jurídicos, psicológicos y sociales en donde cada una de estas disciplinas no se pueden valorar en una forma aislada y obligan a hacer una reflexión que deberá estar encaminada siempre hacia el respeto de la vida y de la persona desde el momento mismo de la concepción.¹⁰⁹

Principios de la Bioética

A los *principios tradicionales* de la ética médica, la Bioética añade dos *nuevos principios*: la **autonomía** (del paciente) y la **justicia** (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

El principio de la **beneficiencia** significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud.

La sociedad actual se caracteriza por un uso a veces exagerado de la tecnología, lo que día a día va provocando la deshumanización. Es por ello que

¹⁰⁸ Colegio de Bioética de Nuevo León. (3 de Enero de 2012). *La Bioética en pediatría*. Nuevo León. México. 01-18.

¹⁰⁹ *Ibid.*

se hace más necesaria que nunca la formación humanista de los profesionales de la salud. Esta situación no dista, de lo ocurrido con el área de enfermería, quienes en ciertas situaciones que se vuelven rutinarias han mecanizado su trato al usuario.

Una **enfermera** practica la **beneficiencia** a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su autosuperación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. (Al establecer diagnósticos correctos de Enfermería, al ejecutar acciones dependientes, sin alterar la indicación).

El principio de **no maleficencia**, sinónimo del "No dañar". En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. A lo largo de la historia de la humanidad, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el *sistema de valores morales* que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.

Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: lo que lo favorece, constituye un *valor*; lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un *antivalor*.¹¹⁰

La enfermera debe ser un ente moral, capaz de distinguir dos situaciones primordiales como lo son el propiciar y/o contribuir al bien en el individuo, familia o comunidad a quien atiende. E identificarse como integrante de un grupo con pleno compromiso con la sociedad.

¹¹⁰ Amaro Cano M. C. M. L. (1996). Principios básicos de bioética. *Revista Cubana de enfermería*. (Diciembre).

La **autonomía**, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el *consentimiento informado*.

El *consentimiento informado* protege, en primer lugar, a pacientes y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.

El profesional de enfermería se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la **integridad** del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción.

Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la *autonomía* en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad (familia, tutor, sociedad, etc.).

El principio de la **justicia**, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad.

Justicia "significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza". ^{111 112}

¹¹¹ *Ibíd.*

Para la bioética, es una obligación profesional el obtener el **consentimiento informado**, éste se fundamenta en la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes, procurarles el mayor bien y ayudarlos a realizar su propio proyecto de vida.

Actualmente es comúnmente aceptado que el **consentimiento informado** “es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, recibir un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado con calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios que este conlleva, así como sus posibles alternativas”.¹¹³

El objetivo principal del consentimiento informado es ofrecerle al paciente una información comprensible y relevante de modo que pueda participar en la toma de decisiones que le atañen, por eso el profesional de la salud deberá ayudar siempre a que el paciente establezca en él la confianza necesaria. En ocasiones esta situación no se propicia, simplemente se realiza la firma desinformada del consentimiento por tratarse de un requisito previo para realizar cualquier procedimiento clínico. Para poder hablar de un consentimiento libre e informado se deben cumplir los tres elementos que menciona Macías (2006) en las que resalto:

Información completa. Los sujetos deben recibir del médico la información completa, adecuada y veraz. Esto implica utilizar un lenguaje adecuado y una terminología comprensible para ofrecer información suficiente en cantidad y profundidad, que permita comprender el alcance y las consecuencias que pueden tener sus decisiones.

¹¹² Pérez Santana, J. M. y cols. (2006). *Estudios epidemiológicos e investigación enfermera*. España: MAD. S.L. 128-132.

¹¹³ Macías Gelabert, A. (2006). El consentimiento informado en Pediatría. *Revista Cubana de Pediatría*. 78-83.

Comprensión. Es necesario que el individuo comprenda la información proporcionada desde su ángulo en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.

Voluntariedad. Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No debe existir coacción, es decir, no debe presionarse para que tome rápidamente decisiones sin haber elaborado adecuadamente la información. ¹¹⁴

Una información adecuada para el tratamiento o el diagnóstico puede aumentar a confianza del paciente en el personal de salud, confianza que a la larga será beneficiosa para la prevención, curación y rehabilitación, y en la que existirá una verdadera colaboración de ambos.

- **PRINCIPIOS (Consentimiento Informado)**

Para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, 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.

Beneficencia y no maleficencia.- “Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada”. ¹¹⁵

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la

¹¹⁴ *Ibíd.*

¹¹⁵ *Ibíd.*

legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- “La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano”.¹¹⁶ Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

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

Autonomía.- “Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales”.¹¹⁷ Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

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

¹¹⁶ *Ibíd.*

¹¹⁷ *Ibíd.*

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio “se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control”.¹¹⁸

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

Privacidad.- El fundamento de este principio es “no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona”.¹¹⁹ La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

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

Fidelidad.- “Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona”.¹²⁰ Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado;

¹¹⁸ *Ibíd.*

¹¹⁹ *Ibíd.*

¹²⁰ *Ibíd.*

pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el “principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud”.¹²¹ Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que “el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas”.¹²² La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, “es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí”.¹²³ Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

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

¹²¹ *Ibíd.*

¹²² *Ibíd.*

¹²³ *Ibíd.*

Tolerancia.- “Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas”.¹²⁴ Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

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

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

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

Deontología es una palabra de origen Griego (*deonthos* = deber y *logos* = tratado) que se traduce como “TRATADO DE LOS DEBERES” Cuando se aplica a una profesión definida se refiere al conocimiento de lo que es justo y conveniente para el ejercicio de la profesión. Lo justo y conveniente se describe en un texto que contiene un conjunto de reglas y normas que se denominan “Código Deontológico”. (Ruso, Gerardo, D.)

¹²⁴ *Ibíd.*

La **moral profesional** no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional. La Deontología es el conjunto de los deberes de los profesionales de enfermería que han de inspirar su conducta.¹²⁵

Enfermería no debe limitarse a poner en práctica solamente sus conocimientos y habilidades técnicas, sino que además han de desarrollarse en el seno de la enfermería, actitudes sólidamente cimentadas en los valores humanos.

En épocas pasadas, el trabajo del enfermero estaba basado fundamentalmente en los aspectos relativos a las ordenes medicas y a la ejecución de técnicas dependientes que no siempre tenían en cuenta la individualidad de la persona, sus percepciones y su forma de concebir las diversas repercusiones que se relacionaban con la perdida de la salud, siendo esta modalidad de trabajo la más habitual y rutinaria, por lo que resultaba absolutamente excepcional establecer los parámetros que abordasen la problemática del enfermero ante la investigación biomédica.¹²⁶

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 la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a 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.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida

¹²⁵ Colegio Internacional de Enfermería, (1988). *Código Deontológico*. España. 6.

¹²⁶ Heredero, S. (2004). *Metodología Básica de Investigación en Enfermería*. Madrid, España: Díaz de Santos.

civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

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

Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias. Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente

los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

- **DECALOGO DE ENFERMERÍA**

- I. AMAR A MI PROJIMO, como a mí mismo.
- II. TENER ESPECIAL CARIÑO A MI PROFESION, por la cual puedo manifestar mi compromiso de servicio a mis semejantes.
- III. APLICAR TODO MI ENTUSIASMO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL ENFERMO, para que recupere su salud.
- IV. ESTUDIAR CONSTANTEMENTE, afín de que mi práctica profesional esté guiada por la certeza en el conocimiento, haciendo que sea eficiente.
- V. CONOCER Y ACEPTAR MI RESPONSABILIDAD, con voluntad decidida, para cumplirla en cualquiera de las funciones y áreas en que desempeñe mí trabajo.
- VI. SER DISCIPLINADA EN EL SERVICIO, amable con todos y leal con la institución en que trabaje.
- VII. REFLEJAR MI PULCRITUD FISICA Y ESPIRITUAL, en mi ambiente, trabajo, compañeros y enfermos.

- VIII. MANTENER Y PROYECTAR LA ALEGRIA EN MI TRABAJO, por la comprensión al individuo, familia y comunidad, para que su fortaleza no decaiga ante la adversidad.
- IX. RESPETAR COMO COSA SAGRADA LA VIDA DE LA PERSONA HUMANA, obra máxima del creador de la tierra.¹²⁷

DECALOGO PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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

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

¹²⁷ Ledesma, M. D. (2004). *Fundamentos de enfermería*. México, D.F.: Limusa. 34.

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

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

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

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.¹²⁸

- **CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS**

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

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

¹²⁸ COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA. (2001). *op.cit.*

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
 - *La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
 - *La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
 - *El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
 - *La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

1.5 Factor de dependencia:

QUEMADURAS

INTRODUCCION:

Las quemaduras junto a las intoxicaciones, constituyen en la infancia uno de los accidentes más graves, no sólo por las lesiones que producen sino también, por las secuelas y consecuencias que éstas dejan.¹²⁹ Los grupos de mayor riesgo son los niños varones con edades entre 1-4 años, descendiendo considerablemente la incidencia de quemaduras a partir de los 5 años.

Las quemaduras en edades pediátricas son un problema de salud pública, aparte del riesgo de morir, éstas pueden dejar secuelas invalidantes, funcionales y estéticas, que causaran trastornos psicológicos, sociales-familiares y laborales serios durante toda la vida.¹³⁰ Representan una de las patologías, frecuentes, graves e incapacitantes, siendo los accidentes domésticos, de trafico y laborales sus principales causas.

El enfoque diagnóstico y terapéutico, inicial del paciente quemado es fundamental para disminuir la morbimortalidad y las complicaciones propias de las quemaduras y del síndrome del gran quemado.¹³¹

No cabe duda que las quemaduras constituyen una de las lesiones traumáticas más graves que puede sufrir el sujeto, debido a la perdida de piel quemada, las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, las complejidad del tratamiento, el tiempo tan prolongado de curación, las secuelas funcionales, estéticas, etc.

¹²⁹ Jiménez, M. J. (s.f.). *Atención al paciente pediátrico quemado en un servicio de Urgencias*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de <https://secure.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/badajozXXVI/dia2/2.-D/Atencion-paciente-pediatico-quemado.pdf>. Base de datos EBSCO Host.

¹³⁰ Ferb, D. (2009). Quemaduras en edad pediátrica. Enfrentamiento inicial. *Revista de Medicina Clinica Condes*. (20) 6. 849-859. Recuperado marzo 2012 de Base de datos EBSCO Host.

¹³¹ Pérez Boluda M, L. M. (Febrero de 2006). Guía de actuación ante el paciente quemado. Málaga, España.

Estos pacientes suponen un gran reto para el equipo multidisciplinario de la salud, que requieren de conocimientos muy específicos sobre cuidados físicos y psicológicos del paciente y la familia.¹³²

CONCEPTO:

Es una lesión de la piel (y en ocasiones de otros tejidos) que resulta de la transferencia de energía de una fuente de calor al organismo.¹³³

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos por la acción de diversos agentes físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones, las cuales varían desde un simple enrojecimiento hasta destrucción total de las estructuras afectadas. (Benaim, 2008).

Las quemaduras son lesiones producidas por alteraciones de origen térmico calor, o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones. (Píriz Campos Rosa)

EPIDEMIOLOGIA:

Los accidentes domésticos (caídas, quemaduras, intoxicación, etc.) constituyen la primera causa de mortalidad infantil (1 a 15 años), seguida del cáncer. El hecho de que haya avanzado mucho la disminución de una serie de enfermedades comunes en la infancia, pero en cambio ha aumentado la frecuencia de otras causas de morbi-mortalidad, en este caso los accidentes.

Incidencia

No existen datos concretos fiables sobre la incidencia real de quemaduras y de los ingresos hospitalarios debido a las mismas. Un estudio estimativo realizado en Estados Unidos de América (U.S.A., por sus siglas en inglés) estimo que más de 2 millones de personas que sufren algún tipo de quemaduras cada año,

¹³² Píriz, C. (2008). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Elsevier. (73). 1123-1137.

¹³³ Segura, J. A. (2012). *Fisiopatología de las quemaduras*. Miguel Hidalgo, Edo. México: Hospital Pediatrico de Tacubaya.

y se cifra que unas 75000 requieren ingreso hospitalario. También se pudo estimar en torno a 5500 las muertes anuales por quemaduras en dicho país.¹³⁴

En lo que respecta a España, los estudios realizados publicados, confirman que la mayor parte de las quemaduras atendidas en los hospitales se han producido en el hogar (61-76%). En este ámbito son los niños y los ancianos los que más frecuentemente se queman. Tras el doméstico, es el medio laboral el ámbito más frecuente donde se producen las quemaduras (alrededor del 30%). En este medio sufren las quemaduras lógicamente las personas en las edades medias de la vida.¹³⁵

Edad

La relación entre la edad del paciente y la profundidad de la quemadura muestra que ésta aumenta con la edad del paciente, de este modo las lesiones dérmicas profundas son el grupo de mayor importancia y los mayores de 60 años presentan hasta un 30% de las quemaduras subdérmicas.

No existe una relación clara entre la edad y la extensión de la quemadura; pero si existe una estrecha relación entre la edad y el riesgo de muerte tras la quemadura; aumentando la proporción de muerte en forma progresiva a partir de los 20 años de edad.

La gravedad de las quemaduras está relacionada con las edades extremas de la vida: lactantes y ancianos.¹³⁶ Los niños presentan una importante labilidad hídrica, en un lactante el recambio diario de líquidos representa la mitad de su líquido extracelular, debido a esto el paciente pediátrico presenta fácilmente shock hipovolémico. Al mismo tiempo que es más fácil su recuperación.

¹³⁴ Lorenzo, F. (2008). *Cuidados enfermeros en la Unidad de quemados*. España: Vértice. 40.

¹³⁵ Arias, J. (2001). *Generalidades Médico-Quirúrgicas*. Madrid: Tébar. 158.

¹³⁶ *Ibíd.*

La piel es más fina y las quemaduras son más profundas, que en el adulto. El tejido subcutáneo es mas laxo y se edematiza con facilidad. Los segmentos corporales tienen diferencias fundamentales, la cabeza del RN representa el 19% de la Superficie Corporal (SC) contra un 9% de la SC del adulto. Esto es compensado con la disminución de los miembros inferiores. Existen diferencias entre los sistemas renal, cardiaco y respiratorio. Por lo que las quemaduras tienen un mayor impacto fisiológico en los niños que en los adultos.¹³⁷

Las quemaduras en México tienen un predominio ligeramente mayor en los varones de 2:1, con un 55.23% en relación a las mujeres con el 44.76, acorde al grupo de edad se reporta:

- Menores 1 año 36 Pacientes (6.85%)
- 1 a 4 años 303 Pacientes (57.71%)
- 5 a 9 años 114 Pacientes (21.71%)
- 10 a 15 años 71 Pacientes (13.52%)¹³⁸

Sánchez reporta en su estudio que en los niños las quemaduras son esencialmente un accidente del hogar que ocurre más frecuentemente en los meses de invierno, período en el cual aumenta la permanencia de los niños en la casa. Las horas más frecuentes del accidente son, en primer lugar, entre las 18:00 y las 19:00 horas, con un 36%, tiempo en que los niños llegan del colegio, se concentra la familia, se preparan y se sirven alimentos.

En segundo lugar, entre las 12:00 y las 13:00 horas, con un 21% de frecuencia y se relaciona con la preparación del niño para ir al colegio, preparación de alimentos y generalmente con un solo adulto a cargo de varios niños. Con relación al sexo, en el hombre este accidente es levemente superior con un 51,9% y respecto a la edad el 52,3% de los ingresos tiene menos de tres años

¹³⁷ Iwanyk, P. S. C. (2008). Tratamiento inicial de quemaduras. *Conexion pediátrica*.(1).1. 1-5.

Píriz, C. (2008). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Elsevier.

¹³⁸ Reyes, J.A. (Abril, 2012). Evaluación y manejo inicial del niño quemado en el servicio de urgencias. Trabajo presentado en el HOSPITAL PEDIATRICO DE TACUBAYA, Del. Miguel Hidalgo, México.

de edad, siendo el grupo de un año el más afectado (34% del total).

Las localizaciones más frecuentes de estas quemaduras son: extremidades superiores (36,5%) especialmente las manos; extremidades inferiores (17,3%); tórax y abdomen (6%); cara, cuello y cabeza (4,7%); glúteos y genitales (2,3%). Un tercio de los niños se quema en más de una localización, en especial cuando el agente causal consiste en líquidos calientes, lo que corresponde a un 33,2%.¹³⁹

FISIOPATOLOGIA:

- **ETIOLOGIA**

En Salud Pública, las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema debido al alto riesgo de mortalidad que presentan en relación al adulto, así como por acarrear lesiones invalidantes, funcionales y estéticas que causan desajustes psíquicos, sociales y laborales durante toda la vida.

Las quemaduras son lesiones producidas por diferentes agentes físicos o químicos que producen una afectación en los tegumentos superficiales hasta la destrucción total de los tejidos implicados en el siguiente cuadro se presentan agrupados de la siguiente manera:

CUADRO 14. AGENTES PRODUCTORES DE QUEMADURAS	
Agentes Físicos	Agentes Químicos
Radiaciones	Ácidos
Calor	Álcalis
Frio	Otros: agentes reductores, oxidantes,
Electricidad	Corrosivos, etc.

Fuente: Pérez Boluda M. (2006)

Los mecanismos por los cuales se producen las quemaduras son muy variados y se describen en el siguiente Cuadro:

¹³⁹ Sánchez, J. E. L. (2011). Manejo Del Niño Quemado. *Revista Científica Ciencia Médica*. (14) 2.

CUADRO 15. MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LAS QUEMADURAS

Mecanismo	Descripción
Sólido caliente	Suelen ser profundas y de poca extensión ej: horno, tubo escape
Llama	Cuando el agente implicado es fuego
Escaldadura	Producidas por líquidos calientes
Radiación/radioactividad	Ultravioleta, radioterapia, energía nuclear
Químicas	Ácidas, álcalis, agentes quimioterápicos, hidrocarburos y otros
Eléctricas	Se suelen dividir de alto y bajo voltaje
Deflagración	Flash eléctrico, llama por explosión
Frio	Producidas por hipotermia (eritema pernio, pie de trinchera y pie de inmersión) o congelación (temperatura inferior a los 0°C)

Fuente: Pérez Boluda M. (2006)

- **RESPUESTA LOCAL FRENTE A LA QUEMADURA**

Al producirse una quemadura localmente van a ocurrir eventos fisiopatológicos que Jackson en 1953 describió como las 3 zonas de una quemadura.

- a) Zona de coagulación: es la zona de daño directo de la quemadura. Hay destrucción celular total por coagulación de las proteínas, no recuperable.
- b) Zona de estasis: es la zona vecina a la anterior, donde existe déficit de perfusión. Las células quedan viables, pero si el manejo no es adecuado se van a sumar al daño irreparable. Debe ponerse énfasis en una buena reanimación para salvar esta zona antes de las 48 horas.
- c) Zona de hiperemia: es la zona mas extensa de la quemadura, donde existe vasodilatación sin muerte celular. Esta zona rara vez se pierde a menos que existe shock o sepsis que pueda provocar hipoperfusión mantenida.

Localmente la magnitud de la lesión va a depender de la intensidad y extensión del agente térmico; así como también del grosor de la piel (mas gruesa en espalda y glúteos, mas delgada en antebrazos).

- **RESPUESTA SISTÉMICA FRETE A LA QUEMADURA**

Las liberaciones de proteína en fase aguda actúan localmente, pero dependiendo de la magnitud del daño, pueden actuar en el resto del organismo, desencadenando una respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

El SIRS puede afectar diferentes sistemas

- a) Cardiovascular: aumento de la permeabilidad vascular, que llevara a una importante pérdida de líquidos y proteínas desde el intravascular hacia el compartimento intersticial, vasoconstricción periférica y del territorio esplácnico, disminución de la contractilidad miocárdica y finalmente shock.
- b) Respiratorio: broncoconstricción, polipnea y en casos severos, síndrome de distress respiratorio del adulto.
- c) Metabolismo: incremento del metabolismo basal hasta 3 veces, lo que obliga a un agresivo manejo nutricional.
- d) Inmunidad: disminución no específica tanto de la inmunidad celular como de la hormonal, lo que lleva a una susceptibilidad a las infecciones.

Cuando la superficie corporal supera el 20% de quemadura profunda en el adulto (gran quemado) los cambios anteriormente descritos desestabilizan el medio interno. Este proceso es gradual y se distinguen dos fases:

- a) Fase aguda: primas 48 a 72 horas se produce perdida masiva electrolitos, proteínas, células sanguíneas y líquidos hacia el intersticio y el ambiente, llevando finalmente a shock hipovolémico, en presencia de edema generalizado.
- b) Fase sub-aguda: después de 48 a 72 horas, si no se ha efectuado adecuado manejo, se produce anemia, hipercatabolismo, desequilibrio hidroelectrolítico, colapso circulatorio y finalmente perdida de funciones globales multiorgánicas (FOM).¹⁴⁰

¹⁴⁰ Sciaraffia, C., (2005). *Cirugía Plástica Esencial*. 1ra. ed. Ed. Universidad de Chile. Santiago, 88-89.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos desarrollados, las quemaduras siguen provocando la tercera parte de las defunciones en niños en los países industrializados y en los llamados del tercer mundo; USA constituyen la segunda causa más común de muerte accidental en niños menores de 5 años. Si nos centramos en países del área latinoamericana podemos presentar estadísticas como las de Chile, donde las quemaduras constituyen la primera causa de muerte entre niños de 1 a 4 años, o las de la República Dominicana, donde también son la causa más importante de morbilidad por trauma, solamente superadas por los accidentes de tráfico, con una mortalidad del 18 al 26% en el 2002.¹⁴¹

En Buenos Aires Iwanyk reporta que: “las quemaduras en la población pediátrica tienen como etiología más frecuente los líquidos calientes. Elementos relacionados con la preparación y consumo de alimentos causan aproximadamente la mitad de las escaldaduras. Las lesiones causadas por electricidad, principalmente en la región de la boca, también son frecuentes y ocurren cuando los niños empiezan a caminar. Las quemaduras por lo general son causadas por utensilios domésticos comunes como planchas, estufas y hornos. Productos de limpieza como lavandinas, o aquellas que contienen ácidos ó álcalis pueden causar lesiones por contacto ó quemaduras en el esófago por ingestión. En los preescolares, fósforos y encendedores son los causantes más frecuentes de la injuria. La enorme mayoría de estas quemaduras ocurren en el hogar siendo resultado de accidentes prevenibles. Los incendios en hogares son la principal causa de muerte en niños pero esta es secundaria a la inhalación más que la quemadura en sí”.¹⁴²

Según los datos reportados en México por el Hospital Pediátrico de Tacubaya, en el 2011 las quemaduras por escaldadura representan el 72.9%, seguidas de las de fuego directo con un 14.85%, las quemaduras por electricidad se

¹⁴¹ Dávalos, P. D. (2007). Manejo de morbilidad del paciente pediátrico quemado en el hospital Baca Ortiz de Quito, Ecuador. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. (33). 3.163-170.

¹⁴² Iwanyk Paulina, S. C. (2008). Tratamiento inicial de quemaduras. *Conexion pediátrica*. (1).1.1-5.

reportaron en el 8.95%, por contacto directo con objetos calientes un 2.28% y finalmente las quemaduras por químicos representa el 0.95% de la población que ingresa.¹⁴³

- **CLASIFICACIÓN Y EVALUACION:**

Las quemaduras se pueden clasificar básicamente en función a tres parámetros: la extensión, la profundidad de la lesión y el agente causal de las mismas.

La **extensión** de una quemadura se refiere a la superficie de la piel afectada por la lesión. Se expresa en porcentaje de Superficie Corporal quemada (%SCQ). Para el cálculo se han propuesto varias formulas, de las cuales la más extendida es la llamada *regla de los 9* (Pulaski y Tennison), esta asigna un porcentaje múltiplo de 9 a las distintas aéreas corporales, sin embargo no es aplicable en niños. Por esta razón es más utilizada la *técnica de la palma de la mano*, ya que evalúa el porcentaje de SCQ, de manera más fácil para el personal, pues la palma de la mano del paciente representa el 1% SCQ.^{144, 145} Consiste en estimar cuantas veces será necesario aplicar la palma de la mano sobre las zonas quemadas cuyas superficies desea calcular. En los niños se puede usar los valores de los segmentos corporales de Lund-Browder.

(Figura 1)¹⁴⁶

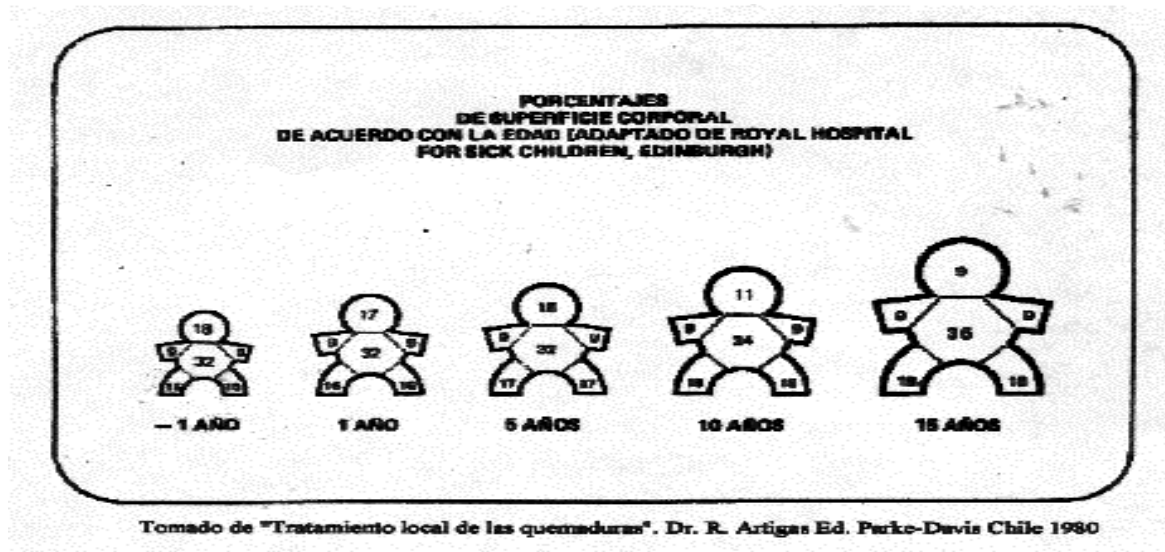
¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Arias, J. (2001). *Generalidades Médico-Quirúrgicas*. Madrid: Tébar. 160

¹⁴⁵ Iwanyk, P. (2008). op. cit. 1

¹⁴⁶ Ibid.

Figura 1. Valores de los segmentos corporales de Lund Browder



La **profundidad** define el espesor de la piel y tejidos subyacentes afectados por la agresión térmica. Clásicamente las quemaduras se clasifican en cuanto a la profundidad en quemaduras de 1°, 2° y 3° e incluso 4° grado. Esta clasificación no es lo suficientemente explícita o expresiva para describir las capas de la piel afectadas. Por esta razón es cada vez más extendida la clasificación de la profundidad de las quemaduras en epidérmicas, dérmicas y subdérmicas.¹⁴⁷ (Figura 2 y 3)

¹⁴⁷ Arias, J. (2001). op. cit. 160.

Figura 2: Grados de las quemaduras



Fuente: explored.com.ec

Figura 3: Grado y capa dérmica lesionada por la quemadura



Fuente: fierairsoft.blogspot.com

Además de la extensión y la profundidad es importante conocer el **mecanismo de producción** de la misma es decir: el agente causal de la misma, antes mencionado en el cuadro 14.

Otro punto importante en la evaluación es la existencia de **lesiones asociadas**, como la inhalación de humos tóxicos o calientes, fracturas, traumatismos, craneoencefálicos, etc. pues existen concomitantemente en el 10% de los pacientes, lo que aumenta significativamente la mortalidad de los pacientes y las secuelas. Por su parte casi el 30% de los pacientes que ingresan en la Unidad de Quemados presenta una enfermedad previa, especialmente las de tipo neurológico: epilepsia, alcoholismo, las afecciones psiquiátricas, en cualquiera de éstas es importante averiguar cuál es la medicación que toma el paciente. También habrá de identificarse la localización de las quemaduras. Todas las revisiones coinciden en señalar que la localización más frecuente son las extremidades superiores, seguidas del tronco y miembros inferiores y por

ultimo la cabeza y cuello. Así mismo ha de hacerse constar la hora y día en que se produjo el accidente, los llamados día 0 y hora 0. ¹⁴⁸

La Gravedad de la quemadura se determina en base a diversos criterios y entre ellos se destaca la edad, el porcentaje de superficie corporal quemado los siguientes criterios:

CUADRO 16. LA GRAVEDAD DE LA QUEMADURA	
Quemadura menor	15% de la SCQ o menos de 1° y 2° en adultos, 10% de SCQ o menos de 1° o 2° grado en niños, 2% SCQ o menos de 3° en niños y adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura moderada	15-25% SCQ de 2° grado en adultos , 10-20% de SCQ de 2° grado en niños , 2-10% de SCQ de 3° grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura grave	>25% de SCQ de 2° grado en adultos, >20% de SCQ de 2° grado en niños, <10% de SCQ de 3° grado en niños o adultos. Todas las quemaduras que involucran ojos, oídos, orejas, cara, mano, pies, periné y genitales. Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemadura. Quemaduras eléctricas. Quemaduras y trauma concurrente. Quemaduras en pacientes de alto riesgo: diabetes, embarazo, EPOC, cáncer, etc. pacientes psiquiátricos.

Fuente: Pérez Boluda M. y cols. (2006).

Para realizar el diagnóstico se analizan diferentes situaciones asociadas a la lesión como se enlista y determina en el subsecuente cuadro.

CUADRO 17. DIAGNÓSTICO DE LA GRAVEDAD			
GRADO	LEVE	MODERADA	GRAVE
II	<15%	15-30%	>30%
III	<2%	2-10%	<10%
Áreas críticas	No	No	Si
Edad			<2 y >60 años
Enfermedades previas			Infecciones, DM, cardiopatías, etc.
Lesiones asociadas			Fracturas, etc.

Fuente: Pérez Boluda M. y cols. (2006)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Las quemaduras acorde a la profundidad se dividen para su manejo y se identifican ciertas características a cada una. Acorde a la profundidad de la quemadura.

¹⁴⁸ *Ibíd.* 160-163.

■ Quemaduras epidérmicas (1º grado)

Aspecto enrojecido, eritematoso, no exudativo, sin flictenas o ampollas, ardorosas.

■ Quemaduras dérmicas (2º grado)

*Quemaduras dérmicas superficiales

Destacan la formación de flictenas o ampollas, siendo exudativas e hiperémicas, conservando los folículos pilosebáceos, son muy dolorosas.

*Quemaduras dérmicas profundas

Las lesiones se extiende a capas profundas de la dermis (dermis media o profunda). No forman ampollas, son exudativas marcadamente hiperermicas o nacaradas, son muy dolorosas y afectan del folículo pilosebaseo.

■ Quemaduras subdermicas (3º grado)

* Quemaduras subdermicas superficiales

Son indoloras por la total destrucción de las terminaciones nerviosas y su apariencia oscila, dependiente del mecanismo de producción entre el aspecto carbonaceo y el blanco nacarado, son ásperas, secas, acartonadas, no dolorosas.

■ Quemaduras dérmicas profundas (4º grado)

Las lesiones se extienden a capas profundas de la dermis y tejidos profundos. No forman ampollas, son exudativas marcadamente hiperemicas y muy dolorosas con afectación del folículo pilosebaseo.¹⁴⁹

TRATAMIENTO:

Evaluación inicial

Los conceptos básicos para la evaluación de la quemadura Infantil son:

1. Extensión
2. Profundidad
3. Edad
4. Localización

¹⁴⁹ Segura. (2012). op. cit.

Cálculo de extensión:

La clásica regla de los nueve (Pulasky y Tennison) es útil para la población adulta, los segmentos corporales tienen valores iguales a 9 o múltiplos de esta cifra. La regla de los nueve puede causar serios errores en niños porque la proporción anatómica cambia drásticamente. El recién nacido tiene muy desarrollada la cabeza (19%) y reducidos los miembros inferiores (14%). Esta diferencia cambiará de acuerdo al crecimiento. En los niños se puede utilizar los valores de los segmentos corporales de Lund Browder. La denominada “regla de la palma de la mano” consiste en estimar cuántas veces será necesario aplicar la palma de mano sobre las zonas quemadas cuyas superficies se desea calcular. La mano extendida del paciente equivale a 1% de su superficie corporal.

Clasificación de quemaduras según profundidad:

Hoy en día la clasificación de Benaim es la más usada desde el punto de vista práctico, y relaciona la profundidad de la destrucción con las posibilidades evolutivas reales. Esta clasificación consiste en quemaduras.

- Tipo A (superficial)
- Tipo A-B (intermedia)
- Tipo B (profunda)

Edad:

Los niños presentan una importante labilidad hídrica, en un lactante el recambio diario de líquidos representa la mitad de su líquido extracelular. El adulto solo moviliza la séptima parte en 24 horas. Debido a eso, el paciente pediátrico presenta fácilmente shock hipovolémico. Al mismo tiempo es más fácil su recuperación. La piel es más fina y las quemaduras son más profundas que en el adulto.

El tejido subcutáneo es más laxo y se edematiza con facilidad. Como se vio anteriormente los segmentos corporales tienen diferencias fundamentales, la

cabeza de un recién nacido representa un 19% de su superficie corporal contra un 9% del adulto. Esto es compensado con la disminución de superficie de los miembros inferiores. Existen diferencias en la función renal y en los sistemas cardíaco y respiratorio.

Estas importantes diferencias hacen que las quemaduras tengan mayor impacto fisiológico en los niños que en los adultos.

Localización:

Algunas localizaciones requieren atención especializada debido a que son zonas con alto riesgo de secuelas como cara, manos, pies, periné y superficies articulares. Quemaduras profundas (B) localizadas en dichas zonas específicas podrían no revestir gravedad desde el punto de vista vital, pero sí, desde el punto de vista funcional y estético.

Criterios de gravedad:

Se evalúan según extensión y profundidad de la lesión, localización y presencia de agravantes como lesiones asociadas, patología previa o medio social de riesgo. Se podrá ubicar los pacientes en un grupo de gravedad según la clasificación de Benaim o según el índice de Garcés.

ÍNDICE DE GRAVEDAD de Garcés

Otro parámetro muy utilizado, para establecer el riesgo vital de una quemadura es el índice de gravedad, establecido por el Dr. Mario Garcés.

Fórmula: Índice de gravedad

$$IG = (40 - EDAD) + (\%SQA \times 2) + (\%SQAB \times 2) + (\%SQB \times 3)$$

SQ: superficie quemada

Al puntaje obtenido de la fórmula se agregan los siguientes puntajes considerando los factores edad, profundidad y extensión, que también influyen en el pronóstico de la gravedad del niño. Estos son:

- + 20 PUNTOS: EN MENOR DE 2 AÑOS
- + 20 PUNTOS: AGENTE CAUSAL ELECTRICIDAD
- + 20 PUNTOS: LESION CONCOMITANTE
- + 20 PUNTOS: PATOLOGÍA ASOCIADA
- + 10 PUNTOS: CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS
- + 70 PUNTOS: QUEMADURA VIA AÉREA (NIÑOS Y ADULTOS)

El índice de gravedad más el puntaje de otros factores se traduce en la siguiente valoración cualitativa del pronóstico del niño, lo cual permitirá decidir el nivel y complejidad de la atención:

- Leve: 21 a 40 puntos o Sin riesgo vital. o Atención ambulatoria, excepto las localizaciones en las zonas especiales: cara, genitoperineal y manos.
- Moderado: 41 a 70 puntos o Sin riesgo vital, salvo enfermedad agravante u Hospitalización.
- Grave: 71 a 100 puntos o Con riesgo vital. Hospitalización en unidad de quemados.
- Crítico: 101 a 150 puntos o Con riesgo vital. Hospitalización en unidad de quemados.
- Sobrevida excepcional: más de 150 puntos o con riesgo vital. Hospitalización en unidad de quemados.¹⁵⁰

Manejo Inicial

La evaluación inicial de cualquier quemadura debe empezar por una detallada historia clínica, incluyendo la naturaleza y causa de la lesión, la historia de inmunización y otras condiciones médicas generales.

El examen físico debe seguir el CBA del trauma inicial. Se debe desnudar el paciente y evaluar toda la piel, examinar el cuero cabelludo, que en el niño representa una parte importante de la superficie corporal, y que puede ser

¹⁵⁰ Iwanik, P. (2008). op. cit. 3.

ocultado por el pelo. Algunas quemaduras son propensas a producir lesiones respiratorias de las vías aéreas superiores. El edema de la vía aérea puede no culminar hasta las 48 horas después de la quemadura, por lo tanto, un niño con una vía aérea inicialmente viable puede sufrir deterioro progresivo.

Los signos que deben mantener al examinador atento para una potencial lesión de vías aéreas incluyen a las quemaduras perioral o perinasal, cejas y pestañas chamuscadas, expectoración carbonácea, ronquido y estridor. Si se sospecha de compromiso de la vía aérea se debe hacer una endoscopia nasotraqueal con planes de intubación si es necesario.

Los pacientes quemados pierden una importante cantidad de fluidos por la pérdida de la barrera de piel y la reposición es crítica. Puede intentarse la hidratación oral en pacientes pediátricos con quemaduras inferiores al 10% de superficie corporal quemada (SCQ), sensorio conservado, buena tolerancia oral y ausencia de deshidratación o complicaciones que la contraindiquen. Todo paciente pediátrico con lesión superior al 10% de SCQ o fracaso de la rehidratación oral tiene indicación de hidratación intravenosa. Para lo que se utilizan los esquemas de Restitución hídrica, acorde a la edad del paciente.

CUADRO 18. ESQUEMA DE PARKLAND MODIFICADO 1er DIA
(para menores de 10Kg)

3ml x kg x %Q*	Hartman	1/2+1/4+1/4
+ 100mlxkg	Glucosa 5%	

*%Q=Porcentaje o extensión de quemadura.

Fuente: Reyes, J.A.S. (2012), op. cit.

CUADRO 19. ESQUEMA DE GALVESTON MODIFICADO 1ER DIA
(MAYORES DE 10 Y MENORES DE 30 KG)

5,000 ml X m2 SCQ*	Hartman	1/2+1/4+1/4
2,000 ml X m2 SCT**	Glucosa 5%	

*metros cuadrados de superficie corporal quemada.

**metros cuadrados de superficie corporal total

Fuente: Reyes, J.A.S. (2012), op. cit.

CUADRO 20. ESQUEMA PARKLAND TRADICIONAL Primeras 24 Horas**Adultos y niños mayores de 30 Kg**

Sol. Hartman	4 ml/Kg/%Qx	½	¼	¼*
---------------------	-------------	---	---	----

*Total del cálculo de solución calculada para 8 horas cada fracción.

Fuente: Reyes, J.A.S. (2012), op. cit.

Como medidas complementarias se realizan:

Colocar Acceso Venoso Periférico o Central, Colocar Sonda Vesical, Valorar Línea Arterial, Valorar Colocación de SOG-SNG, Iniciar Toma Frecuente de Signos Vitales, Colocar Monitor Electrónico, Iniciar Control de Líquidos, Valorar Taller de Gases Sanguíneos.

La analgesia es muy importante para evitar un shock neurogénico debido el dolor. Los esquemas que manejan en Hospital Pediátrico de Tacubaya (HPT) son:

- Paracetamol 10 mg/kg/dosis VO
- Metamizol 10 mg/kg/dosis VO
- Ketorolaco 0.5-1 mg/kg/dosis VO, IM, IV
- Nalbufina 100 mcgr/kg/dosis SC, IM, IV.¹⁵¹

El uso de antibióticos no está indicado. En el proceso inflamatorio desencadenado por la quemadura, los polimorfonucleares secretan entre otras sustancias factor de necrosis tumoral e interleuquina I, ambas sustancias productoras de fiebre. Esto suele ocurrir en las primeras horas post-injuria por lo que la fiebre no significa infección. Sólo se administran antibióticos de acuerdo con los resultados de los antibiogramas obtenidos por los cultivos realizados.

Se debe considerar la vigilancia continua de los paraclínicos, entre ellos:

A los pacientes en General:

- BHC, PFR, PFH, ES, PS Y Rel. A/G, P. Coagulación
- Grupo y Rh y Pruebas Cruzadas

¹⁵¹ García. (2012). op. cit.

Cuando presentan Quemaduras por Corriente Eléctrica:

- Electrocardiograma de 12 derivaciones
- Enzimas cardíacas

Si la Quemadura es por Inhalación:

- Radiografía de tórax
- Análisis de gases sanguíneos arteriales

En las quemaduras químicas se debe quitar la ropa contaminada y realizar un lavado copioso con agua (no menos de 20 minutos) para remover el agente por el arrastre del agua. En caso de compromiso ocular se debe proceder con la irrigación con agua de la misma manera.¹⁵²

El manejo de las heridas se realiza como se explica a continuación:

1. Desbridar, lavar y cubrir las lesiones cada 48 horas como mínimo.
2. Película adherible sin aplicar sulfadiazina de plata (únicamente para el traslado a Centro de Quemados).
3. Se utiliza posterior a la balneoterapia, y curación la Sulfadiazina de plata, Cloramfenicol-Clostridium peptidasa, Apósito de Barrera con Plata Nanocristalina, Matriz Extracelular para Quemaduras.

MANEJO DE SECUELAS

Estos pacientes deben ser controlados por muchos años a fin de ir corrigiendo secuelas, mejorando resultados funcionales, por lo que no es raro que deban ser sometidos a nuevas cirugías para liberar cicatrices retráctiles, cambio de injerto de piel parcial por piel total o colgajos fasciocutáneos o cutáneos, etc.

Estos pacientes además están sometidos a terapia compresiva para la prevención de secuelas cicatriciales retráctiles o deformidades hasta que las cicatrices están maduras lo que significa que entre 6 y 24 meses.

¹⁵² ibíd. 5.

Complicaciones tardías de las quemaduras

- Cambios de la pigmentación cutánea
- Contractura cicatrizal
- Problemas estéticos
- Formación heterotópica del hueso
- Alteraciones psiquiátricas

Clasificación de los procesos reconstructivos

- a) Procedimientos urgentes: son aquellos que no se pueden postergar. Por ejemplo exposición de estructuras nobles (ojo, hueso o cartílago).
- b) Procedimientos esenciales: son aquellos que restauran la actividad normal de una parte del cuerpo. Las zonas que precisan esos procedimientos con mayor frecuencia son: cabeza y cuello (microstomía, entropión, alopecia), axila, manos, codos, región mamaria en niñas y otras articulaciones para mejorar el movimiento.
- c) Procedimientos recomendables aquellos que se practican para restaurar y proporcionar una apariencia más normal.¹⁵³

QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD

- Lesión tisular producida por fuerzas eléctricas suprafisiológicas, dando cuenta de no más de 3-4% del total de quemaduras.
- Tipos

Fogonazo: lesión térmica por llama desprendida por un chispazo de aparato eléctrico. Generalmente es de bajo voltaje y produce lesiones superficiales.

Arco Voltaico: lesión térmica generada por chispa entre conductores cargados de potencial alto que vence la resistencia del aire saltando de una localización a otra.

Directa: corriente eléctrica pasa a través del organismo, con una intensidad de (I, amperes) igual a la potencia (V, volts) partida por la resistencia (R, ohms), lo que se conoce como la Ley de Ohm ($I=V/R$).

¹⁵³ Sciaraffia, C., (2005). Op. cit. 103-104.

- Fisiopatología

Debe existir un generador, un conductor y un receptor de la corriente eléctrica.

La lesión eléctrica es producto de la conversión de la energía eléctrica en calor (Ley de Joule). La liberación de calor es proporcional al cuadrado de la intensidad, a la resistencia y al tiempo de contacto ($Q=I^2 R t$).

- Factores q determinan las características de una quemadura eléctrica

- a) Tipos de corriente (continua: más débil, tiene una dirección, alterna: mas fuerte y con inversión del flujo de ciclos).
- b) Resistencia de los tejidos (de menor a mayor: nervios, vasos sanguíneos, musculo, piel, tendones, celular y huesos).
- c) Intensidad (1mA produce percepción: 5-10 mA dolor; >10mA umbral de liberación donde la victima no puede dejar de hacer contacto con la fuente: 30 mA tetania; 60-5 mil mA fibrilación cardiaca: >10 mil mA la muerte.
- d) Potencia: clasifica las quemaduras en bajo y alto voltaje, < o > 1000 voltios.
- e) Tiempo de contacto: duración del contacto.
- f) Lugar del contacto: (contacto con arco voltaico, chispa o contacto directo).
- g) Trayecto de la corriente.

- Cuadro clínico

Compromiso local

La lesión cutánea promedio es de solo un 10-15% de la SCT y no refleja el daño real a los tejidos profundos.

Se deben identificar los puntos de entrada (potencial alto) y de salida (potencial bajo), sobre todo en quemaduras de corriente continua.

Síndrome de compartimiento: medición de la presión directa en el compartimiento afectado de la extremidad. Cuando la presión es mayor a 45 mmHg se debe realizar fasciotomía, no esperar a que desaparezcan los pulsos.

Compromiso sistémico

- a. Rabdomiolisis: daño muscular cuya extensión se puede evaluar con cintigrafía o RNM. Determina liberación de mioglobina al torrente sanguíneo. Control con CPK.
- b. Daño renal: producido por el depósito de pigmento mioglobina. Mantener diuresis altas, alcalinizar la orina y monitoreo de mioglobinuria.
- c. Alteraciones Cardíacas: puede producirse arritmias o lesiones directas al corazón. Requiere monitorización.

- Tratamiento

Manejo general igual. Requiere mayor aporte de volumen 9ml/kg/%SCTQ.

Monitoreo electrocardiográfico (ECG) por 48 horas en quemaduras de alto voltaje.

Evaluar fracturas por tetania y otras fracturas por caídas desde altura.

Manejo síndrome compartimental. Medir presión y eventual fasciotomía.

Prevención de insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis (volumen, manitol, bicarbonato).

Manejo de la herida. Intentar cuantificar daño (RNM, arteriografía, cintigrama con xenón o tecnecio). Resecar tejido desvitalizado, amputar cuantas veces sea necesario y cobertura cutánea adecuada.

- Complicaciones

Inmediatas: PCR, fracturas, TEC.

Precoces: IRA, Hemorragias, infecciones.

Tardías: cataratas, mielitis, alteraciones de la personalidad, alteraciones dentales.

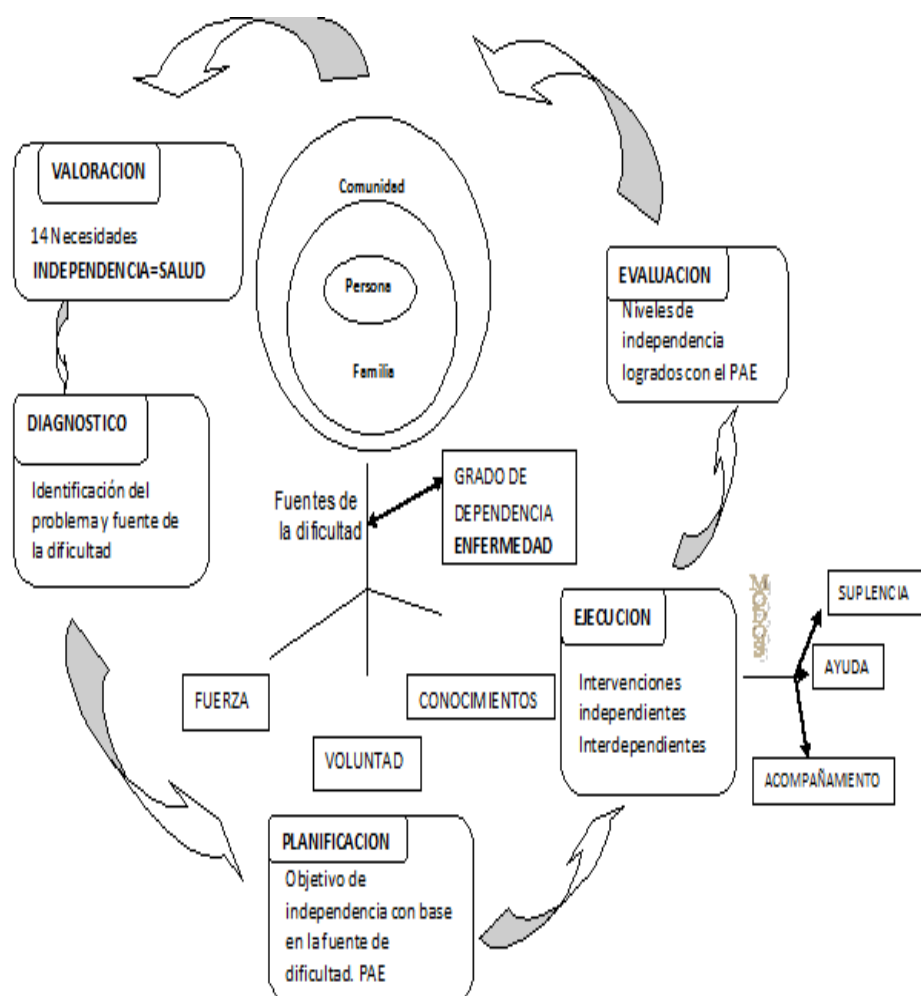
Exámenes Básicos: Se agregan Gases arteriales, electrolitos, CPK y mioglobinuria.¹⁵⁴

¹⁵⁴ Sciaraffia, C., (2005). Op. Cit. 105-106.

2.- METODOLOGÍA

En el modelo de **Henderson**, se encuentran los referentes teóricos para fundamentar las explicaciones en todo el proceso. Los elementos más significativos de esta propuesta filosófica, acorde a las etapas del **Proceso de Atención de Enfermería** se pueden apreciar en el esquema siguiente:

GRAFICO 3. RELACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA CON LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON



Fuente: López Ponce Jezabel Priscila, Diciembre 2012.

2.1 Descripción del caso

Se selecciono por afinidad tanto con el paciente como el familiar, un adolescente, con diagnóstico médico de Quemadura por electricidad de 2° y 3° grado con 23% Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ), que se localizó en la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Pediátrico de Tacubaya en la delegación Miguel Hidalgo, en México D.F. se trabajó con la paciente en el periodo de 9 al 20 de abril del 2012, en un horario de 8 a 14 horas.

La fuente de información fue: la adolescente, la madre y el expediente clínico, información apoyada en la recolección de datos en los formatos otorgados por la ENEO-UNAM: valoración de las necesidades básicas del niño y del adolescente en estado crítico, así como la valoración focalizada de las 14 necesidades básicas, que se realizaron en el periodo antes mencionado. Previa firma del consentimiento informado, por parte de la madre; conocimiento de la finalidad y trascendencia de dicho trabajo, explicación explícita de los instrumentos a utilizar y aceptación voluntaria por la paciente, para participar en este estudio de caso, donde autoriza utilizar sus datos personales para efecto del estudio de caso.

La jerarquización de las necesidades se realizó acorde a la propuesta filosófica de Virginia Henderson, quien retoma la pirámide de necesidades propuesta por Maslow, con la que se sustenta el orden de importancia de las necesidades para el mantenimiento de la vida, en este estudio, por lo tanto se presentaran en orden de importancia dichas necesidades.

Como datos generales de la paciente para este estudio de caso se tienen: Márquez Godínez Jessica, adolescente de 15 años de edad, ingreso al Hospital Pediátrico de Tacubaya, a la Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados, el día 4 de abril del 2012, Domicilio: Calle Guanabana, lote 23, manzana 60A, Colonia Xalpa, Delegación Ixtapalapa, México. No. expediente: 107936, cuenta

con Seguro popular, Tel: (55) 54-24-51-18. Dx. médico al ingreso: quemadura por electricidad 2° y 3° en 23% de SCT.

El motivo de ingreso a UCI Quemados: quemadura por electricidad de 2° y 3° en MSD, tórax anterior y posterior, así como MSI Y MPD. Es referida del Hospital General Rubén Leñero del Estado de México, Del. Miguel Hidalgo, donde se dio el manejo inicial, se envía para manejo específico por pertenecer al grupo pediátrico corresponde al HPT, aunado a la extensión y grado de la quemadura, en dicha unidad se le realizó curación inicial, se dio esquema de restitución hidratación, refiere la paciente que solo le lavaban con solución y colocaban pomadas, inicio con picos febriles razón por la cual se envía a HPT a descartar infección.

Inicio padecimiento actual el día 30/04/12 aproximadamente a las 17:30 horas, cuando realizaba labores domesticas, recibió descarga eléctrica, por contacto con cables de alta tensión, Jessica se encontraba lavando su ropa, cuando una corriente de aire voló una de sus prendas hasta los cables de alta tensión que se encuentra muy cerca del área de los tendederos, por estar en la azotea de un 3 nivel, Jessica intenta bajar la prenda con ayuda de un palo, al hacer contacto con la ropa mojada recibió la descarga, el sitio de entrada fue por la mano izquierda, quemando también el tórax anterior y posterior, el sitio de salida el dorso del pie derecho, inmediatamente su hermana mayor al percatarse de lo ocurrido, intenta retirarla jalándola, lo consiguió; sin embargo recibe también la descarga eléctrica, son encontradas por una tía, quien llama a los servicios de emergencias, ambas son trasladadas al Hospital General Rubén Leñero (HGRL), donde se les da la atención inmediata.

Las condiciones climatológicas eran desfavorables el día del accidente, ya que llovía y hubo fuertes vientos esa tarde, imprudentemente Jessica intento recuperar su ropa, sin tomar en cuenta los riesgos a los que se exponía, por lo antes mencionado y que es un tercer piso, muy cercano a los cables.

La estructura familiar se establece de la siguiente manera:

Abuelos paternos: Abuelo finado por cirrosis alcohólica, abuela finada, no se conocen antecedentes.

Abuelos maternos: Francisco Godínez Mujica, 72 años, sin escolaridad, dedicado al comercio, con antecedente probable hiperplasia prostática benigna (HPB), abuela materna: Aurelia del Valle Delgado, 66 años, analfabeta, dedicada al hogar y al comercio, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2.

Madre: Delfina Godínez del Valle de 39 años de edad, educación secundaria, dedicada por la situación actual de Jessica al hogar, anteriormente se dedicaba al comercio informal (tenía un puesto de tortas), aparentemente sana.

Padre: Santos Márquez Hernández de 43 años, aparentemente sano, escolaridad primaria incompleta, empleado de Paletería familiar, reside actualmente en Monterrey, Nuevo León.

Hermanos: Danesi Márquez Godínez, 19 años de edad, escolaridad bachillerato completo, dedicada al hogar, actualmente se encuentra hospitalizada en terapia intensiva del HGRL, por quemadura de 2° en extremidad superior.

Santos Alexis Márquez Godínez de 17 años de edad, dedicado al estudio, cursa el segundo semestre del bachillerato, aparentemente sano.

Jessica Márquez Godínez 15 años de edad, estudiante, cursaba el 3° año de Secundaria, paciente problema, hospitalizada en HPT, servicio de UCI Quemados, por presentar quemadura por electricidad de 2° y 3° en 23% SCT.

Previo al accidente los lazos afectivos eran fuertes con toda la familia, aunque presenta una relación de estrés con el padre por encontrarse residiendo recientemente en Monterrey y con el hermano, ya que ocasionalmente tenían diferencias por incompatibilidad de caracteres, ambos se encuentran en la adolescencia, se enojaban ocasionalmente, aunque se distanciaban por unas horas posteriores al problema o situación, después se hablaban como si no hubiesen tenido ninguna discusión.

Hace un mes el padre se a trabajar a Monterrey, Nuevo. León, donde consiguió trabajo con uno de sus hermanos en una Paletería, actualmente les envía dinero para los gastos de la familia, no hay una cantidad determinada solo cuando la madre se comunica para comentarle sobre algún gasto extra el envía el dinero necesario, Jessica desconoce el monto, la madre dice que es muy variable dependiendo de cómo le vaya a él en el trabajo y los gastos que tengan, no menciona cifra. Les llama una vez a la semana para platicar con toda la familia y ocasionalmente se comunica por celular con la esposa, por lo que su relación aun se considera fuerte, pues no han perdido la buena relación pese a la distancia. Actualmente es el único proveedor económico. Padres católicos.

La situación de estrés que se presenta en la familia de Jessica es a consecuencia de un asalto, en las afueras de su domicilio anterior, donde todos los integrantes de la familia fueron golpeados. Ellos (Padre, madre y Jessica) iban llegando al domicilio, al bajar del taxi que manejaba el padre, son interceptados no recuerda la cantidad de personas que los atacan, pero manifiesta que ese día su papá acababa de gastar todo el dinero de ese día de trabajo, en cargar gasolina para el taxi, su madre tenía entonces un puesto de tortas en las afueras de su casa, antes de llegar a la gasolinera el padre la había llevado a comprar mandado para la venta del día siguiente, por lo que tampoco traía dinero, al percatarse de que no tenían dinero u objetos de valor, los golpean, salieron los hijos mayores y también fueron golpeados, los asaltantes abandonaron el lugar. Tiempo después paso una patrulla, sin lograr nada al respecto.

Decía el hermano que los estaban vigilando pues en repetidas ocasiones manifestó haberlos visto, debido a esto, el temor y la angustia se hizo presente en toda la familia por lo que decidieron abandonar su casa. Por miedo a represalias el padre abandono el trabajo, pensaba que lo tenían identificado, al no poder pagar la liquidación de ese día y las faltas consecutivas a la golpiza

abandono el trabajo, al poder conseguir otro, decidió abandonar la ciudad, la madre dejó su fuente de trabajo.

Por la situación de salud de sus hijas la madre no trabaja actualmente, permanece en el hospital desde las 11 de mañana y se retira a las 7 de la noche, ya que por la distancia tan grande que tiene que atravesar para llegar al hospital no alcanza a ir a su domicilio y regresar a la visita por la tarde.

La vivienda donde habitan es prestada, cohabitan posterior al asalto, con los tíos abuelos paternos, y los primos que en total suman 19 personas. Habitan casa tipo urbana, con todos los servicios básicos intradomiciliarios: agua, luz, drenaje y teléfono, de material perdurable: cemento, tabique y piso de mosaico, ventanas con cristal y mosquitero, puertas de fierro y madera. La distribución de la casa: planta baja, 1° y 2° piso, cuentan con 6 habitaciones, 2 salas, 2 cocinas y 3 baños, éstas distribuidas en los 3 pisos, habitan una o dos familias por piso, sin embargo por ser familia conviven en todos los pisos, todos los habitantes, todo es de uso comunitario, Jessica convive con otras 4 personas adultas en la habitación donde duerme.

La familia dejó su casa por tener temosa sufrir nuevamente otro asalto, situación por la que actualmente viven en hacinamiento.

A continuación se presentan los datos más relevantes en cada una de las necesidades básicas de Jessica, se recalca que aparecen acorde a la Jerarquización de las mismas.

Análisis de las Necesidades en dependencia:

4. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Jessica aparentemente limpia, aseada, piel limpia e hidratada, baño cada tercer día, utiliza ropa hospitalaria (bata), generalmente solo la utiliza para cubrirse los genitales, ya que se encontraba con vendaje compresivo que abarcaba el

tórax, MSD, la cadera la pierna derecha los genitales se dejaron libres para permitir la eliminación, sin embargo en algunas ocasiones (cada tercer día aproximadamente) utilizaba solo un short de licra, pero no se le permitía utilizarlo por periodos prolongados o el día completo, ya que por su limitante en el movimiento no realizaba la higiene de genitales adecuadamente y se manchaba la ropa o la mojaba, por el riesgo de infección se le retiraba. El cambio de sábanas se realizaba diario, al igual que los vendajes.

Palidez de piel y tegumentos (+), morena clara, bien hidratada, cabello bien implantado, corto aproximadamente 1-2 cms. de largo, castaño oscuro, tegumento oral color rosado pálido, limpia, húmeda 32 piezas dentales, con placa dentobacteriana, color amarillentos, halitosis. uñas de color rosado pálido, largas sucias, piel presenta quemadura por electricidad de 2° y 3° en el 23% SCT: en Miembro superior izquierdo quemadura de 2° y 3°, sangrado fresco, activo, posterior a la debridación, cubierto por sulfadiazina de plata, y pomada mixta: sulfadiazina de plata con pasta lassar, apósito estéril, vendaje estéril, en tórax anterior y posterior con quemadura superficial de 2° grado epitelizado, cubierta con antibiótico tópico: sulfadiazina de plata, apósito estéril y vendaje no compresivo, en miembro inferior derecho se observan quemaduras profundas de 2° y 3° grado aun con fibrina en muslo y dorso de pie, sangrado fresco y activo posterior a la debridación, se coloca antibiótico tópico con óxido de zinc en las quemaduras profundas con presencia de fibrina, sulfadiazina de plata en quemaduras sin fibrina se coloca apósito estéril, vendaje ligeramente compresivo.

5. Respirar normalmente

Nariz centrada y permeables las coanas, ligero aleteo nasal posterior al baño, boca y mucosa oral rosada, hidratada, labios mediano grosor, rosado pálido, cuello corto, cilíndrico, tráquea central, tórax simétrico, Campos Pulmonares hipoventilados, Frecuencia 27x', taquipnea, con presencia de ruidos anormales, los ruidos respiratorios son: disminuidos hipoventilado el hemitorax derecho,

lóbulo basal, relación 1:1, presencia de roncus en hemitorax derecho, duración 1:1, aumenta durante el decúbito, presenta estridor laríngeo, las secreciones no son cuantificadas, son semilíquidas, blancas sin olor específico.

Hemodinámicamente se encontraba con taquicardia entre 124-130 latidos por minuto, polipneica para la edad entre 25-27 respiraciones por minuto, con fluctuaciones de temperatura entre los 35 y 36³ ° C, parámetros de TA entre 108-126 la Sistólica, 60-71 la diastólica, saturando al medio ambiente al 90%, con apoyo Oxígeno suplementario, PPN a 2 litros por minuto entre 88-90%, posterior a la sedación utilizada para balneoterapia.

Sin alteraciones del pulso a nivel. Braquial, Radial, femoral, temporal, carotideo, pedio. Llenado capilar previo al baño es de 2 segundos, posterior 3 segundos y ligero aleteo nasal, en ocasiones se asocia a periodos de desaturación ya que alcanza momentáneamente valores de 80% saturación, de recuperación espontanea.

El día 13 de abril presento aleteo nasal y polipnea de pequeños esfuerzos al movilizarla de la cama a la silla de ruedas y viceversa, o al inicial la deambulaci3n asistida. Refiere se cansa mucho y le duele la pierna al caminar, aun así Jessi insiste en caminar al baño, pues dice querer irse rápido a su casa, por lo que se le valora en cada ocasi3n que manifiesta la necesidad de ir.

Biometría Hemática del 11/04/12 Eritrocitos 3.7 millones células, Hemoglobina 10.88 g/dl, hematocrito 31.54%.

6. Eliminar por todas las vías

Ur3sis no cuantificable por usar WC, color ámbar claro, sin valorar densidad u otras parámetros en labstix.

Genitales: en escala Tanner Grado 3 para vello púbico, íntegros, bien conformados, pigmentación de labios menores, cubiertos por labios mayores, con secreción moderada blanquecina, semisólida en pliegues de labios menores y periferia del clítoris, introito vaginal visible sin alteraciones, esfínter anal con escaso residuo de material fecal, íntegro, rosado, con tono muscular adecuado. Presenta edema en las 4 extremidades ++, exudado importante en áreas quemadas. El patrón evacuación anal es cada 48 o 72 horas, tono muscular normal, evacuaciones características normales, olor café, olor característico, refiere la paciente que evacua por la noche y uso inodoro, las notas de enfermería y médicas no mencionan al respecto.

Depuración de Creatinina 6/04/12

Vol. Urinario 7720 mililitros/24 horas, tiempo 1440 minutos, vol./minuto 0.71 mg/dl, creatinina urinaria 36.59 mg/dl, Dep. de creatinina 276.3 ml/min,

Química sanguínea 6/04/12

Glucosa 109 mg/dl, urea 15 mg/dl, Creatinina 0.71 mg/dl, nitrógeno úrico 7.0 mg/dl.

7. Mantener la temperatura corporal

Temperatura Axilar 36 °C, control de la hipotermia (conducción sabanas extras). No presenta hipertermia, tegumentos oral color rosado pálido, limpia, húmeda Nariz pequeña, ancha, central permeable, con presencia de vibrisas, uñas de color rosado pálido, piel presenta quemadura por electricidad de 2° y 3°. Presento un pico febril de 37.8 °C el día 12/04/12 manejado con medios físicos.

Jessica se encuentra solo cubierta del área de los genitales, en tórax anterior y posterior, miembro superior derecho y miembro pélvico izquierdo con apósitos y vendaje no compresivo. El área se encuentra con un clima templado y su unidad está cubierta por división de puertas de aluminio y ventanas de cristal que protegen del frío.

8. Moverse y mantener una buena postura

Hipertrofia si, anquilosis de MID, espasticidad de MSI y MID, arcos de movimiento disminuidos en dichas extremidades.

Movimientos: Espasticidad y rigidez en MSI y MID. Postura: Condicionada por la quemadura que le ocasiona dolor en extremidades afectadas, por lo que no moviliza las mismas, a su vez el vendaje aumenta la limitación del movimiento. Tolera únicamente el decúbito supino, semifowler y fowler, con ayuda de algún dispositivo. La deambulación es mínima de la silla de ruedas al inodoro o la cama, aproximadamente 1 metro de distancia. No se gira en la cama.

Reflejos: Bicipital normal en MSD, anormal MSI, Tricipital normal en MSD, anormal MSI, Rotuliano normal en MII, anormal MID, Aquiliano normal en MII, anormal MID, Glúteo normal bilateral, Abdominal normal en hemiabdomen derecho, no valorable en izquierdo por la quemadura, faríngeo normal, Cutáneo palmar normal en MID, anormal MID. Glasgow 15 puntos, pupilar reactivas ++, isométricas, marcha claudicante, postura inestable al ponerse de pie, no tolera todo el peso sobre sus extremidades inferiores, aun presenta dolor, dificultad para girarse en cama, se moviliza con apoyo de otras personas, tolera poco la deambulación, por lo que se le traslada en silla de ruedas. Refiere fatiga al hacerlos. Escala del dolor en EVA de 4-8 puntos.

9. Comer y beber adecuadamente

Peso: 63.3 kg, perímetro abdominal 86 cms, exploración en abdomen: peristalsis presente 20-25 movimientos por minuto, flanco izquierdo matidez, timpanismo en epigastrio izquierdo y mesogastrio, a la palpación blando en flanco derecho y mesogastrio, duro en flanco izquierdo e hipogastrio, tono muscular +1, escala de Ashworth modificada, sensibilidad al tacto en cuadrante superior izquierdo, disminuida en área quemada y área circundante.

Tipo de alimentación oral, Dieta hiperproteíca de 2500 Kcal, más líquidos a libre demanda, Lactulax 10 ml cada 24 horas VO. Se encuentra en ayuno transitorio para ministración de sedoanalgesia para balneoterapia, posteriormente se reinicia VO, con dieta indicada, tolera adecuadamente sin presentar distención abdominal, náusea o vómito. Refiere estar satisfecha al consumir la mitad o un poco más de la dieta indicada, se le insiste pero aun así no la consume toda, el día de hoy rechazo la pera, pan, leche, 1/3 guisado, el té, consume esporádicamente de una botella de agua purificada, sorbos que durante el turno sumaron alrededor de 300 mililitros.

La adolescente inicio el padecimiento con un peso de 75 kg, al ser trasladada se reporta un peso de 70 Kg, el 12/04/12 se pesa en báscula de pie obteniendo una cifra de 63.5 kg, cabe mencionar que se peso con apósitos y vendajes. Por lo tanto ha perdido en 13 días un 16% de su peso.

Tarda entre 40 minutos y una hora en terminar de comer, sus hábitos alimenticios son: pollo 2/7, carnes rojas 1/7, frutas 7/7, verduras 7/7, agua 1 o 2 litros diarios.

Alimentos preferidos: Caldo de camarón, enchiladas verdes, dulces y comida chatarra (papas fritas, botanas, etc.). No le gustan: Frijoles, ni las papas.

No le gusta desayunar, refiere marearse o presentar dolor en epigastrio si lo hace, para almorzar acostumbra: torta, galletas y jugo de caja, en la comida: trata de consumir de todos los grupos, en cantidad abundante, ya que refiere bastante apetito por las tardes. A media tarde: consume comida chatarra y dulces, por la noche no acostumbra cenar, si lo hace es porque se quedo con apetito en la comida y solo cena 2 tacos de lo que haya quedado de la comida del día.

Le gusta: la comida un poco salada, si es dulce muy dulce y el sazón de su mamá, en ocasiones no tiene apetito pero come solo por esto último, refirió ella: “como de más, porque me encanta”.

La madre lava las frutas y verduras, antes de preparar los alimentos, se lava las manos previamente, los restantes se guardan en el refrigerador y se sacan para recalentar en la siguiente comida. La madre se encarga de la compra de los víveres y ella misma los prepara, algunas ocasiones la hermana mayor le ayuda.

7. Evitar los peligros del entorno

Factores de riesgo físicos, Catéter Arrow #7 Fr, 2 lúmenes, hiperemia en punto de sujeción de mariposa, en Subclavia derecha.

Quemadura de tórax anterior y posterior, MSI y MID de 2° y 3°, en el 23% SCT. Factores de riesgo Psicosociales: Jessica tiene temor por sus padres, ya que no puede estar con ellos, por su hermana que no ha visto desde el accidente, estrés familiar por la situación del padre, presenta repetidas pesadillas en las que golpean a toda su familia hasta morir, en un asalto, despierta muy angustiada.

Sus expectativas futuras: son concluir los estudios de secundaria y que se recupere para poder continuar con sus estudios, Jessi ha sido siempre una alumna ejemplar, su promedio escolar hasta antes del accidente era de 9.9 calificación global, le gustaría ser médico de profesión porque le gustaría ayudar a los niños enfermos y ahora en esta estancia hospitalaria lo ha confirmado, por todas las situaciones que ha vivido.

8. Dormir y descansar

Jessica dormía entre 9 y 10 horas diarias, se duerme entre 10 y 11 de la noche y se levanta a las 7 o 7:30 de la mañana, nunca ha padecido de insomnio,

acostumbra antes de dormir ir a tomar 2 o 3 vasos agua, e ir al baño 1 o 2 veces, normalmente no se levanta en la noche solo que se exceda en la cantidad de agua previo a dormir, solo se levanta al baño y vuelve a la cama, no tiene dificultad para conciliar el sueño, en la semana de la valoración presento algunas pesadillas durante la noche por lo que despertaba llorando y desesperada, al cuestionarle el por qué, respondía que soñaba con que golpeaban nuevamente a los padres, en otras ocasiones pero menos constantes, soñaba con el accidente, de esta manera es como iba recordando los pormenores de ese suceso ya que no lo tenía claro la semana que estuvo en el HGRL.

9. Vestirse y desvestirse

Jessica aparentemente limpia, aseada, piel limpia e hidratada, baño cada tercer día, utiliza ropa hospitalaria (bata), generalmente solo la utiliza para cubrirse los genitales, ya que se encontraba con vendaje compresivo que abarcaba el tórax, MSD, la cadera la pierna derecha los genitales se dejaron libres para permitir la eliminación, sin embargo en algunas ocasiones (cada tercer día aproximadamente) utilizaba solo un short de licra, pero no se le permitía utilizarlo por periodos prolongados o el día completo, ya que por su limitante en el movimiento no realizaba la higiene de genitales adecuadamente y se manchaba la ropa o la mojaba, por el riesgo de infección se le retiraba. El cambio de sábanas se realizaba diario, al igual que los vendajes.

En casa utilizaba pants, pantalones de mezclilla ajustados, color azul en su mayoría, acostumbraba usar playeras de color oscuro: le gusta mucho el color negro, algunas veces usaba ropa de color rosa, morado, verde con estampados negros o viceversa, refiere ella le gustaba vestirse entre Emo y fresa, acostumbraba usar el cabello corto a nivel del cuello, lo planchaba y acomodaba de lado tapándose un lado de la cara, le gustaban las pulseras de tela de colores brillantes, dejó de usarlas porque las extravió y no ha tenido dinero para poder comprar otras, ocasionalmente usaba aretes cortos, acorde al

atuendo. No acostumbra usar suéter o chamarra, solo tiene 2 suéteres y 2 chamarras, los zapatos de piso, sin tacones no los acostumbraba ya que no le gustaba verse más alta y prefería andar cómoda, tiene 1 par de zapatos escolares, 1 par de tenis, 4 pares de zapatos para salir, 1 zapatos de descanso y sandalias tipo croocs de hule.

El sentido que le dio a la ropa fue como seguridad, para protegerse, dejar clara su identidad, pues ya era identificada en su escuela, por su vestimenta. Refiere que se bañaba cada tercer día en casa, no tenia horario especifico, lavado de dientes una o dos veces al día, solo por la mañana si lo realizaba todos los días y por las noches en algunas ocasiones si se acordaba, cambio de ropa diario, aunque utilizaba por lo menos 2 o 3 días el mismo uniforme sin lavarlo, ya que llegaba a su casa y se cambiaba de ropa, refirió que la utilizaba porque aun se veía limpia, la ropa interior la cambiaba cada tercer día posterior al baño, la ropa exterior también hasta que se viera sucia o se le manchara, usaba desodorante a diario, las calcetas se las cambiaba diariamente.

Manifiesta no gustarle el uniforme de diario, solo el de deportes ya que era un pants y se sentía mejor no le gustaba como se veía con falta. El día de la valoración solo utilizaba la licra.

10. Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización

Le preocupa que está perdiendo muchos días de clases y que en el examen que tiene que presentar vengan preguntas de clases que no vio, por estar en el hospital, o que tenga que perder el año escolar y con eso dificultar más que cumpla sus sueños de terminar una carrera profesional.

11. Participar en actividades recreativas

Su única ocupación es estudiar, no tiene muchos amigos o amigas, solo se reúne con ellos una o dos veces por quincena, se reúnen para platicar y

caminar por la zona centro, algunas veces van a los centros comerciales, le gusta ir a reunirse al Chopo, va a los centros comerciales al cine.

No realiza actividad física, ni deporte, se apasiona con la lectura o viendo programas culturales o médicos, refiere la madre.

12. Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles

Ha referido que le gustaría ser médico cirujano, por eso se está preparando para hacerlo, es algo que tiene claro desde que cursaba el 6° año de primaria, ya que le gusta ayudar a la gente, ahora con la situación en la que se encuentra dice que le gustaría ser pediatra y atender a los niños, porque le gustaría poder hacer algo por ellos, porque ahora no puede.

Quiere entrar a la preparatoria de la UNAM, -en su unidad se observaba una guía de estudio para el examen,- se ha esforzado por mantener un buen promedio, el año pasado lo concluyo con promedio general de 9.9, únicamente se dedica al estudio no ha buscado un trabajo de medio tiempo, porque está consciente de lo importante que es estudiar y que entrar a la UNAM no será fácil pero es algo que tiene que hacer porque de otra manera sus padres no podrán pagarles los estudios.

13. Actuar de acuerdo a su propia fe

Los padres están casados, son católicos, siempre han profesado la religión católica, Jessica fue bautizada a los 10 meses de edad, realizo la primera comunión en el año 2005, participa en actividades religiosas de manera voluntaria, asistiendo por lo menos 1 o 2 veces al mes a los rosarios que organizan en casa de los tíos, o va a misa, le gusta participar en las posadas navideñas, a en las festividades que se organizan a los santos que llevan a su colonia, o colonias cercanas. La adolescente es creyente de todos los santos, a partir de su accidente se hizo más espiritual refiere ella, ya que ahora reza o

realiza una oración corta todos los días, actividad que anteriormente ella sola no hacía.

14. Comunicarse con los demás

Su estado de ánimo es muy variable: en casa la madre refiere que es muy tranquila y alegre, pero cuando se enoja es muy explosiva; en el hospital se observa triste, preocupada, cansada, cuando esta sola, sin causa aparente llora, se observa que emite bastantes lagrimas, pero el llanto lo reprime, no siempre quiere hablar en esos momentos. Cuando lo hace menciona que es por el temor que tiene por su familia, porque está muy lejos su papa, le preocupa, le entristece que no puede hablar con él, el fin de semana la madre lo llamo por celular, converso unos minutos con él, pero el personal las regañó y recordó que eso estaba prohibido dentro de la institución, desde entonces no hable con él.

2.2 Métodos e instrumentos

Se utilizó el Proceso Enfermero y la propuesta Filosófica de Virginia Henderson, los instrumentos para la valoración fueron la exploración física, la entrevista directa e indirecta, la recolección de información mediante el formato de la **Valoración de las necesidades básicas del niño y del adolescente en estado crítico**, donde se recolectó información general de la paciente y su estado de salud, evocando aspectos emocionales y psicológicos; se identifican las necesidades alteradas y su relación con las otras necesidades para modificar el estado de salud de la paciente, se elaboró un plan de intervenciones especializadas en cada una de ellas.

Así mismo se realizaron 14 **valoraciones focalizadas a las necesidades básicas** de la paciente, en dichas valoraciones se recaba la información más relevante en cada una de ellas; tanto en los aspectos subjetivos como los objetivos, se realiza una valoración física específica referente a la necesidad en estudio, se identifica el grado de dependencia mediante las **gráficas de Continuum independencia-dependencia y Relación entre la duración y el grado de dependencia**, también se determina la fuente de dificultad y se realiza la elaboración de diagnósticos prioritarios de la necesidad acorde al formato **P.E.S.**

Para este estudio de caso se elaboraron 26 diagnósticos de los cuales 19 son diagnósticos reales, 7 diagnósticos de riesgo, con el formato **P.E.S.** apoyado en la taxonomía de la NANDA, se elabora un plan de intervenciones especializadas de enfermería, utilizando las taxonomías **NIC Y NOC**, como referente teórico, se establece el formato proporcionado por la ENEO.

Se solicitó la autorización para realizar este estudio de caso con el formato del **Consentimiento Informado para estudio de Caso**, otorgado por la UNAM, donde se le explica a la paciente y familiar el nombre que llevará el trabajo, el objetivo del mismo, los procedimientos que se utilizarán para realizarlo, se

aclaran dudas y se procede a firmar (el adulto responsable) y de la misma manera se solicitan dos testigos para este proceso.

2.3 Proceso de Construcción del Diagnóstico

Para el presente estudio se elaboraron 26 diagnósticos enfermeros con formato PES, de los cuales fueron 19 diagnósticos reales, 7 diagnósticos de riesgo.

Para realizar este proceso se elaboraron dos cuadros, en el primero se enlistan las catorce necesidades y se presentan los diagnósticos enfermeros realizados a cada una de las necesidades.

En el segundo cuadro se muestran 26 subcuadros por orden de necesidades alteradas, priorización con apoyo de la pirámide de Maslow y su interrelación con otras necesidades para deteriorarse el estado de salud de la paciente.

Este cuadro se realizó con 3 filas y 5 columnas con los campos: Diagnóstico enfermero, fecha en la que se valoró esa necesidad, grado y nivel de dependencia, la fuente de dificultad y la prioridad del diagnóstico para la recuperación o mantenimiento del estado de salud de la adolescente.

En el siguiente cuadro se muestran acorde al orden en el que se priorizaron las necesidades de la adolescente en estudio.

CUADRO 21. LISTADO DE NECESIDADES Y SUS DIAGNÓSTICOS		
Necesidad	# de Dx. Elaborados	Diagnóstico enfermero
1. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	3	Alteración de la integridad cutánea R/C lesión mecánica (quemadura por electricidad de 2° y 3° grado, debridación cada 48 horas) M/P destrucción de las capas de la piel en un 11% SCT (tórax anterior y posterior).
		Deterioro de la integridad tisular R/C factores mecánicos (quemaduras por electricidad de 2° y 3°) M/P destrucción tisular, cutáneo y subcutáneo en miembro superior izquierdo con presencia de fibrina grosor 3 mm, miembro inferior derecho (destrucción de tejido cutáneo, subcutáneo, vasos sanguíneos y necrosis en sitio de salida de corriente).
		Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C traumatismo (debridación cada 48 horas), inmovilidad en MID.
2. Respirar normalmente.	4	Riesgo de sangrado R/C traumatismo por debridación cada 48 horas.
		Riesgo de Perfusión tisular ineficaz R/C traumatismo (debridación cada 48 horas, sangrado).

		<p>Desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado cada tercer día por debridación y aseo quirúrgico, ingesta insuficiente de líquidos alteración de mecanismos reguladores por sobre hidratación posterior a presentar quemaduras, M/P alto gasto de exudado por quemaduras, edema +++, diaforesis, pérdidas insensibles altas por quemaduras, taquicardias 124 x', Hb 10.8 g/dl, la primera semana IU 5ml/kg/hr, albumina en orina 2gr/dl.</p>
		<p>Deterioro del intercambio de gases R/C alteración en la relación ventilación: perfusión como efecto residual de la sedoanalgesia posterior a la Balneoterapia M/P Hb 10.88 g/dl, polipnea (27x'), aleteo nasal, taquicardia (124-130x') e hipoventilación basal, pulsioximetría de 80-85% hasta 45 minutos posterior al baño.</p>
3.Eliminar por todas las vías.	2	<p>Estreñimiento R/C inmovilización en cama, inactividad, cambios en la alimentación (ayuno por 1 semana al inicio de su padecimiento y posterior cada 3 día por balneoterapia), ingesta de 300 a 500 ml. de líquidos al día, dificultad para trasladarse por ella misma al inodoro, posición inadecuada para defecar, ausencia de privacidad en la defecación M/P evacuaciones cada 24 o hasta 72 horas, distensión abdominal y Jessica refiere no poder hacer en cama le cuesta trabajo, necesita que la lleven al inodoro ya que no evacua en el cómodo.</p>
4.Mantener la temperatura en límites normales.	1	<p>Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad M/P alteración en el patrón de evacuaciones, heces duras y secas.</p> <p>Termorregulación ineficaz R/C pérdida de la continuidad de la piel por quemadura de 2° y 3° M/P fluctuaciones de la temperatura corporal del rango normal (35.5°C-39°C) y aumento de frecuencia respiratoria (25-35x').</p>
5.Moverse y mantener posturas adecuadas.	3	<p>Deterioro de la movilidad física r/c dolor, deterioro musculo esquelético y disminución de la fuerza por quemadura de 2° y 3° en MSI (25%) y MID (10%) m/p dificultad para girarse, marcha claudicante, inestabilidad postural y enlentecimiento del movimiento, dificultad para pasarse de la posición supina a la fowler y dificultad para cambiar de posición a decúbito lateral derecho e izquierdo.</p> <p>Riesgo de síndrome de desuso del sistema musculo-esquelético de la MID y MSI R/C inmovilización mecánica por dolor grave.</p>
6. Comer y beber adecuadamente.	1	<p>Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos (debridación cada 48 hrs) M/P cambios en el apetito, informe codificado de dolor EVA 8, llanto, irritabilidad, suspiros, taquicardia, mascara facial.</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores psicológicos y biológicos M/P palidez de la piel, pérdida del 16% de peso corporal, sensación temprana de saciedad, negación para ingerir los alimentos, ingesta del 50-60% del menú proporcionado.</p>
7.Evitar los peligros del	2	<p>Riesgo de caídas R/C deterioro de la movilidad física, efecto residual de los</p>

entorno.		fármacos: Ketamina, Nalbufina, Midazolam, cada 48 horas previo a la balneoterapia.
		Riesgo de infección R/C aumento de la exposición a agentes patógenos por pérdida de la continuidad de la piel (quemaduras de 2° y 3° en 23% SCT), procedimientos invasivos (debridación cada 48 horas), presencia de catéter venoso central con 13 días de instalación.
8.Dormir y descansar.	1	Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos recurrentes sobre el evento adverso (accidente), asincrónica circadiana, temor, separación de las personas significativas, depresión, soledad, ruido, interrupciones para procedimientos terapéuticos, manifestado por despertarse antes de lo deseado, insatisfacción del sueño, refiere despertarse dos o más veces por la noche.
9.Vestirse y desvestirse.	1	Deterioro del cuidado propio del vestido R/C lesión mecánica (quemaduras de 2° y 3° grado), dolor y alteración en la movilidad M/P vendaje torácico, sin ropa, solo se cubre genitales, arcos de movimientos disminuidos, espasticidad en MSI, MID, rigidez y dolor en áreas afectadas.
10.Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización.	1	Alteración en el desempeño del rol como estudiante R/C cambios en el estado de salud y hospitalización prolongada M/P refiere "preocupación por perder el año escolar, no entrar a la preparatoria de la UNAM, siendo éste su prioridad (ideal)".
11.Participar en actividades recreativas.	1	Carencia de actividades recreativas R/C falta de materiales y actividades lúdicas M/P aburrimiento, alteración en el patrón del sueño.
12.Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.	2	Falta de voluntad para dar la importancia a la dieta en su proceso de recuperación R/C estado emocional depresivo M/P ingerir solo el 50-60% del menú proporcionado, negación a consumir los alimentos, por referir no gustarle, no tener apetito. Gestión ineficaz de la propia salud R/C conflicto de decisiones M/P verbaliza deseos de manejar la enfermedad y mejorar, fracaso al incluir el régimen de tratamiento (dieta) en la vida cotidiana.
13.Actuar de acuerdo a su propia fe.	3	Sufrimiento espiritual R/C cambios en el estado de salud y apariencia corporal M/P expresión de falta de aceptación, incapacidad para expresar un estado previo de creatividad, desesperanza, cambios súbitos en las practicas espirituales, (realiza oración todos los días, después del accidente) ansiedad, manifiesta sentirse alejado del sistema de soporte "refiere extrañar asistir a misa y las ceremonias religiosas. Duelo R/C pérdida de objeto significativo (integridad y estética de la piel) M/P búsqueda de significado de la pérdida, alteración en el patrón del sueño, búsqueda de crecimiento personal y ayuda al prójimo. Ansiedad R/C cambios en el estado de salud y entorno M/P presencia de pesadillas, anorexia e incertidumbre.
14.Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	2	Baja autoestima situacional R/C por lesión física grave (quemadura) que la mantiene hospitalizada M/P conductas y manifestaciones de depresión: tristeza, preocupación, periodos de llanto refiere "preocupación por no saber cómo va quedar su piel, si se va a poder poner su misma ropa, como se va a

ver tanto por la quemadura y por haberle cortado el pelo".

Riesgo de compromiso de la dignidad humana R/C etiqueta estigmatizadora (futura cicatriz de la quemadura).

Fuente: López Ponce Jezabel Priscila

El siguiente cuadro muestra el proceso diagnostico de cada una de las necesidades acorde a la jerarquización previamente elaborada.

CUADRO 22. PROCESO DE CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS

Diagnóstico: Alteración de la integridad cutánea R/C lesión mecánica (quemadura por electricidad de 2° y 3° grado, debridación cada 48 horas) M/P destrucción de las capas de la piel en un 11% SCT (tórax anterior y posterior).

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	6 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular R/C factores mecánicos (quemaduras por electricidad de 2° y 3°) M/P destrucción tisular, cutáneo y subcutáneo en miembro superior izquierdo con presencia de fibrina grosor 3 mm, miembro inferior derecho (destrucción de tejido cutáneo, subcutáneo, vasos sanguíneos y necrosis en sitio de salida de corriente).

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	6 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C traumatismo (debridación cada 48 horas), inmovilidad en MID.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	6 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Riesgo de sangrado R/C traumatismo por debridación cada 48 horas.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Respirar normalmente	3 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado cada tercer día por debridación y aseo quirúrgico, ingesta insuficiente de líquidos alteración de mecanismos reguladores por sobre hidratación posterior a presentar quemaduras, M/P alto gasto de exudado por quemaduras, edema +++, diaforesis, pérdidas insensibles altas por quemaduras, taquicardias 124 x', Hb 10.8 g/dl, la primera semana IU 5ml/kg/hr, albumina en orina 2gr/dl.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Respirar normalmente	4 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases R/C alteración en la relación ventilación: perfusión como efecto residual de la sedoanalgesia posterior a la Balneoterapia M/P Hb 10.88 g/dl, polipnea (27x'), aleteo nasal, taquicardia (124-130x') e hipoventilación basal, pulsioximetría de 80-85% hasta 45 minutos posterior al baño.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Respirar normalmente	4 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Riesgo de Perfusión tisular ineficaz R/C traumatismo (debridación cada 48 horas, sangrado).

Fecha	Necesidad afectada	Grado y nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
13/04/12	Respirar	3 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Estreñimiento r/c inmovilización en cama, inactividad, cambios en la alimentación (ayuno por 1 semana al inicio de su padecimiento y posterior cada 3 día por balneoterapia), ingesta de 300 a 500 ml. de líquidos al día, dificultad para trasladarse por ella misma al inodoro, posición inadecuada para defecar, ausencia de privacidad en la defecación m/p evacuaciones cada 24 o hasta 72 horas, distensión abdominal y Jessica refiere no poder hacer en cama le cuesta trabajo, necesita que la lleven al inodoro ya que no evacua en el cómodo.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Eliminar por todas las vías	4 Transitoria	Fuerza, Voluntad y Conocimiento	Media

Diagnóstico: Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad M/P alteración en el patrón de evacuaciones, heces duras y secas.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Eliminar por todas las vías	4 Transitoria	Fuerza, Voluntad y Conocimiento	Media

Diagnóstico: Termorregulación ineficaz relacionado con pérdida de la continuidad de la piel por quemadura de 2° y 3° manifestado por fluctuaciones de la temperatura corporal del rango normal (35.5°C-39°C) y aumento de frecuencia respiratoria (25-35x').

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Mantener la temperatura en límites normales	5 Transitoria	Fuerza	Alta

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c dolor, deterioro musculo esquelético y disminución de la fuerza por quemadura de 2° y 3° en MSI (25%) y MID (10%) m/p dificultad para girarse, marcha claudicante, inestabilidad postural y enlentecimiento del movimiento, dificultad para pasarse de la posición supina a la fowler y dificultad para cambiar de posición a decúbito lateral derecho e izquierdo.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Moverse y mantener posturas adecuadas	5 Transitoria	Fuerza, Voluntad, Conocimiento	Media

Diagnóstico: Riesgo de síndrome de desuso del sistema musculo-esquelético de la MID y MSI R/C inmovilización mecánica por dolor grave.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Moverse y mantener posturas adecuadas	3 Transitoria	Fuerza, Voluntad, Conocimiento	Media

Diagnóstico: Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos (debridación cada 48 hrs) M/P cambios en el apetito, informe codificado de dolor EVA 8, llanto, irritabilidad, suspiros, taquicardia, mascara facial.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y nivel de dependencia	Fuente de la dificultad	Prioridad
12/04/12	Moverse y mantener posturas adecuadas	6 Transitoria	Fuerza, Voluntad, Conocimiento	Alta

Diagnóstico: Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores psicológicos y biológicos M/P palidez de la piel, pérdida del 16% de peso corporal, sensación temprana de saciedad, negación para ingerir los alimentos, ingesta del 50-60% del menú proporcionado.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
12/04/12	Comer y beber adecuadamente	2 Transitoria	Fuerza, voluntad y conocimientos	Media

Diagnóstico: Riesgo de caídas R/C deterioro de la movilidad física, efecto residual de los fármacos: Ketamina, Nalbufina, Midazolam cada 48 horas previo a la balneoterapia.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y nivel de dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
16/04/12	Evitar los peligros del entorno	5 Transitoria	Fuerza Conocimiento	Media

Diagnóstico: Riesgo de infección R/C aumento de la exposición a agentes patógenos por perdida de la continuidad de la piel (quemaduras de 2° y 3° en 23% SCT), procedimientos invasivos (debridación cada 48 horas), presencia de catéter venoso central con 15 días de instalación.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
16/04/12	Evitar los peligros del entorno	5 Transitoria	Fuerza, Conocimientos	Media

Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos recurrentes sobre el evento adverso (accidente), asincrónica circadiana, temor, separación de las personas significativas, depresión, soledad, ruido, interrupciones para procedimientos terapéuticos, manifestado por despertarse antes de lo deseado, insatisfacción del

sueño, refiere despertarse dos o más veces por la noche.				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
16/04/12	Dormir y descansar	3 Transitoria	Fuerza, Voluntad, Conocimientos	Media

Diagnóstico: Deterioro del cuidado propio del vestido R/C lesión mecánica (quemaduras de 2° y 3° grado), dolor y alteración en la movilidad M/P vendaje torácico, sin ropa, solo se cubre genitales, arcos de movimientos disminuidos, espasticidad en MSI, MID, rigidez y dolor en áreas afectadas				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
18/04/12	Vestirse y desvestirse	5 Transitoria	Fuerza, voluntad y conocimientos	Media

Diagnóstico: Alteración en el desempeño del rol como estudiante R/C cambios en el estado de salud y hospitalización prolongada M/P refiere "preocupación por perder el año escolar, no entrar a la preparatoria de la UNAM, siendo éste su prioridad (ideal)".				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización	3 Transitoria	Conocimiento, Voluntad	Media

Diagnóstico: Carencia de actividades recreativas R/C falta de materiales y actividades lúdicas M/P aburrimiento, alteraciones en el patrón del sueño.				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Participar en actividades recreativas	2 Transitoria	Voluntad, Conocimiento	Baja

Diagnóstico: Falta de voluntad para dar la importancia a la dieta en su proceso de recuperación R/C estado emocional depresivo M/P ingerir solo el 50-60% del menú proporcionado, negación a consumir los alimentos, por referir no gustarle, no tener apetito.				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
20/04/12	Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles	3 Transitoria	Conocimiento, Voluntad	Media

Diagnóstico: Gestión ineficaz de la propia salud R/C conflicto de decisiones M/P verbaliza deseos de manejar la enfermedad y mejorar, fracaso al incluir el régimen de tratamiento (dieta) en la vida cotidiana.				
Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad

		Dependencia		
20/04/12	Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles	3 Transitoria	Conocimiento, Voluntad	Media

Diagnóstico: Sufrimiento espiritual R/C cambios en el estado de salud y apariencia corporal M/P expresión de falta de aceptación, incapacidad para expresar un estado previo de creatividad, desesperanza, cambios súbitos en las practicas espirituales, (realiza oración todos los días, después del accidente) ansiedad, manifiesta sentirse alejado del sistema de soporte "refiere extrañar asistir a misa y las ceremonias religiosas.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Actuar de acuerdo a su propia fe	2 Transitoria	Voluntad, Conocimiento	Baja

Diagnóstico: Duelo R/C perdida de objeto significativo (integridad y estética de la piel) M/P búsqueda de significado de la perdida, alteración en el patrón del sueño. Búsqueda de crecimiento personal y ayuda al prójimo.

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Actuar de acuerdo a su propia fe	2 Transitoria	Voluntad, Conocimiento	Baja

Diagnóstico: Baja autoestima situacional R/C por lesión física grave (quemadura) que la mantiene hospitalizada M/P conductas y manifestaciones de depresión: tristeza, preocupación, periodos de llanto refiere "preocupación por no saber cómo va quedar su piel, si se va a poder poner su misma ropa, como se va a ver tanto por la quemadura y por haberle cortado el pelo".

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	2 Transitoria	Voluntad y Conocimientos	Media

Diagnóstico: Riesgo de compromiso de la dignidad humana R/C etiqueta estigmatizadora (futura cicatriz de la quemadura).

Fecha	Necesidad afectada	Grado y Nivel de Dependencia	Fuente de dificultad	Prioridad
19/04/12	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	2 Transitoria	Voluntad y Conocimientos	Media

2.4 Proceso de Planeación

El proceso de planeación se realizó, con el sustento teórico de la taxonomía NOC, NIC y algunas teóricas de enfermería con cuyas aportaciones se fundamentan las intervenciones realizadas.

En base a la jerarquización de necesidades se realiza la planeación estratégica de las intervenciones, a cada uno de los diagnósticos, con las que se buscó mejorar la situación de salud y en algunas de ellas disminuir los riesgos y posibles complicaciones.

Para esto se elaboro un cuadro que se divide en cuatro columnas la primera fila en la que se identifica la necesidad alterada y aparecen acorde a la prioridad, la fuente de dificultad que propicia dicha alteración de la necesidad, el nivel de dependencia, la fecha en que se realizo la valoración focalizada en la segunda fila se ubica el diagnóstico prioritario, en la tercera fila se encuentra el objetivo del plan de intervenciones a realizar enfocado en la paciente, la siguiente fila se divide en dos columnas: la de intervenciones donde se identifica el tipo de intervención, el código y el nombre de la intervención acorde al NIC, la última columna corresponde al fundamento teórico de cada intervención, para algunas actividades específicas se fundamentan una a una.

Necesidad: Mantener la Higiene corporal y la integridad de la piel	F.D: Fuerza	Nivel de dependencia: 6	Fecha de valoración: 12/04/2012
Objetivo: Jessica a través de intervenciones especializadas presentara epitelización en las zonas de quemadura de segundo grado en 6 semanas de estancia hospitalaria en el servicio de internamiento de quemados.			
Intervención: Independiente: 2L-3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico.		Fundamento:	
Realizar la limpieza con jabón antimicrobiano. Aplicar antibióticos tópicos en la zona afectada. (Sulfadiazina de plata simple y mixta: oxido de zinc).		-Evita la exposición a microorganismos infecciosos. -Ayuda a controlar el crecimiento bacteriano y evitar la deshidratación de la herida, que puede causar mayor destrucción hística. La sulfadiazina de plata es el antibiótico tópico usado con más frecuencia en el cuidado de las quemaduras. Es un antimicrobiano de amplio espectro que puede permitir la cicatrización de la herida sin necesidad de realizar un injerto cutáneo, es relativamente indoloro, tiene un poder de penetración intermedio. Puede causar exantema o	

<p>Registrar el grado de afectación de la piel.</p>	<p>disminución de leucocitos. -Sirve de referencia y documentación del proceso de cicatrización.</p>
<p>Independiente: 2L-3361 Cuidados de las heridas: quemaduras. Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.</p> <p>Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección.</p> <p>Proporcionar medidas de confort antes de cambiar apósitos.</p> <p>Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el procedimiento.</p> <p>Retirar el vendaje, mojándolo con agua.</p> <p>Realizar el debridamiento de la herida.</p> <p>Mantener vendaje compresivo.</p> <p>Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción.</p> <p>Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas. Y no farmacológicas.</p> <p>Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.</p>	<p>-A menudo se producen infecciones oportunistas debido a la disminución del sistema inmunitario o la proliferación de la flora normal del organismo, o por ambas, por lo que es muy importante identificar todas estas, para tener un parámetro de comparación y actuar de manera oportuna.</p> <p>-Depende de la gravedad de la lesión para reducir el riesgo de contaminación cruzada y exposición a múltiples bacterias.</p> <p>-Disminuye la tensión y el estrés ante un procedimiento invasivo y doloroso.</p> <p>-Esto evita la contaminación cruzada y reducirá el riesgo de infección.</p> <p>-El agua suaviza y facilita la retirada de los vendajes y la escara. (Capa desprendida de piel o de tejido muerto). -Favorece la cicatrización. Evita la autocontaminación. Las ampollas pequeñas e intactas ayudan a proteger la piel y aumentan la velocidad de reepitelización, salvo que la lesión por quemadura este causada por productos químicos.</p> <p>-Los vendajes compresivos reducen el tejido de cicatrización, al mantenerlo plano, blando y flexible, aumentando el movimiento.</p> <p>-El movimiento y el ejercicio disminuyen la rigidez articular y la fatiga muscular, pero el tipo de ejercicio depende de la localización y el grado de lesión.</p> <p>-El paciente quemado puede precisar la administración de medicamentos día y noche, y el ajuste de la dosis. La preocupación por la adicción del paciente o las dudas sobre el grado de dolor que manifieste no son validas durante la fase de urgencia. Pero la dosis de narcóticos se debe reducir tan pronto sea posible. Mientras tanto reducen el malestar físico y emocional asociado a las intervenciones dolorosas. Y después se pueden administrar métodos alternativos para continuar con el manejo del dolor.</p> <p>-Unas pautas adecuadas para la ingestión suficiente de calorías comprenden 25 kcal/kg de peso, mas 40 kcal por porcentaje de superficie corporal quemada, Las calorías y las proteínas son necesarias para satisfacer las necesidades metabólicas y favorecer la cicatrización de las heridas.la</p>

Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.	<p>restitución hídrica ayuda a evitar complicaciones.</p> <p>-La aceptación de lo sucedido facilita la resolución. Favorece una actitud positiva y proporciona una oportunidad para fijar objetivos.</p>
Evaluación: Jessica, posterior a las intervenciones especializadas de enfermería (20/04/12) disminución de fibrina en muslo derecho, brazo izquierdo, epitelización en tórax anterior y posterior, sin datos clínicos de infección.	

Necesidad: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	F.D. Fuerza	Nivel de dependencia 3	Fecha de valoración: 12/04/12
Diagnóstico: Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C quemaduras, traumatismo (debridación cada 48 horas).			
Objetivo: Jessica mantendrá una adecuada circulación distal posterior a la implementación de intervenciones especializadas de enfermería durante su estancia hospitalaria.			
Intervención: Independiente: 2N-4066 Cuidado circulatorio.		Fundamento:	
<p>Valorar el color, la sensibilidad, el movimiento, los pulsos periféricos y el llenado capilar en las extremidades, en caso de quemadura en todo su perímetro comprobar estos datos con la extremidad sana.</p> <p>Investigar pulsos irregulares. Evitar el uso de inyecciones IM o SC.</p> <p>Investigar informes de dolor profundo o pulsátil, o entumecimiento.</p> <p>Elevar las extremidades afectadas, como sea adecuado.</p> <p>Evitar el uso de esparadrapos en la extremidad o dedo quemado.</p>		<p>-La formación de edema puede comprimir rápidamente los vasos sanguíneos, impidiendo, por ello, la circulación y aumentando la estasis venosa o el edema. La comparación con las extremidades no afectadas permite diferenciar los problemas localizados de los generales.</p> <p>-Puede manifestarse arritmias cardíacas como resultado de cambios electrolíticos, lesión eléctrica o liberación de un factor depresor miocárdico, que afecta al gasto cardíaco o la perfusión hística. Las inyecciones en posibles lugares donantes pueden convertirlos en inservibles debido a la formación de hematomas.</p> <p>-Son indicadores de disminución de la perfusión o de aumento de la presión, o en ambos, dentro del espacio cerrado, como puede producirse en caso de una quemadura en todo el perímetro de una extremidad (síndrome compartimental).</p> <p>-Favorecer la circulación general o el retorno venoso y puede reducir el edema u otros efectos perjudiciales de la opresión de los tejidos edematosos.</p> <p>-La alteración de la perfusión hística y la formación de edema disminuyen la absorción de los fármacos.</p>	
Evaluación: Jessica mantuvo sus pulsos periféricos fuertes, sincrónicos y un llenado capilar inmediato, durante su hospitalización en el servicio de UCIPQ.			

Necesidad: Respirar normalmente	F.D. Fuerza	Nivel de dependencia 3	Fecha de valoración: 12/04/12
Diagnóstico: Riesgo de sangrado R/C traumatismo (debridación cada 48 horas).			
Objetivo: Jessica mantendrá la homeostasis libre de hemorragias posterior a la balneoterapia, mediante			

intervenciones encaminadas a la prevención durante el turno matutino en la UCIPQ	
Intervención: Independientes: 2N-4010 Prevención de hemorragia.	Fundamento:
Vigilar de cerca al paciente por si se produce la hemorragia, en una o más zonas. Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre. Controlar los signos vitales ortostáticos. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. Administrar productos sanguíneos. Coordinar la sincronización de los procedimientos invasivos con las transfusiones de plaquetas o plasma fresco congelado. Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el trauma de la piel. Instruir al paciente y/o familiar acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas si se producen las hemorragias.	-Identificar oportunamente la aparición de una hemorragia y el sitio donde se produce la lesión que la genera, evitara complicaciones a nivel hemodinámico en el paciente, mismas que repercutirán en la evolución y el tratamiento a seguir.
Evaluación: Jessica no presento datos de sangrado activo posterior a la debridación, mantuvo las cifras de la TAM en parámetros adecuados para la edad y los apósitos se mantuvieron sin evidencia de sangrado, durante su estancia en el servicio de UCIPQ.	

Necesidad: Respirar normalmente	F.D. Fuerza	Nivel de dependencia 4	Fecha de valoración: 12/04/12
Diagnóstico: Desequilibrio de volumen de líquidos R/C sangrado cada tercer día por debridación y aseo quirúrgico, ingesta insuficiente de líquidos alteración de mecanismos reguladores por sobre hidratación posterior a presentar quemaduras, M/P alto gasto de exudado por quemaduras, edema +++, diaforesis, perdidas insensibles altas por quemaduras, taquicardias 124 x', Hb 10.8 g/dl, la primera semana IU 5ml/kg/hr, albumina en orina 2gr/dl.			
Objetivo: Jessica presentara mejoría en el equilibrio hídrico durante su proceso de atención en el hospital, mediante el manejo de los líquidos, sin presentar ninguna complicación.			
Intervención: Interdependiente: 2G- 2080 Manejo de Líquidos.	Fundamento:		
Pesar a diario y controlar la evolución. Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.	-Las formulas de reposición de liquido dependen en parte del peso al ingreso y de los cambios posteriores. Documenta los cambios/resolución del edema en respuesta al tratamiento. Un aumento de 2.5 kg representa aproximadamente 2 l de liquido. Por el contrario, los diuréticos pueden causar un traslado de líquidos rápido/excesivo y pérdida de peso. Los cambios repentinos de peso reflejan alteraciones en el balance hídrico. -Útil para determinar las necesidades de líquidos o para identificar excesos de líquidos, que pueden alterar el gasto cardiaco, consumo de oxígeno.		

<p>Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).</p> <p>Monitorizar signos vitales.</p> <p>Evaluar la ubicación y extensión del edema.</p> <p>Administrar terapia I.V.</p> <p>Administrar líquidos.</p> <p>Favorecer la ingesta oral.</p> <p>Distribuir la ingesta oral de líquidos en 24 horas.</p> <p>Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfundir.</p>	<p>-Proporciona la mejor valoración del estado hídrico actual y de la eficacia de la fluidoterapia. La presencia de palidez, piel fría y húmeda, y un retraso del tiempo de llenado capilar pueden estar causados por vasoconstricción o reflejar una descompensación cardiaca y disminución del gasto.</p> <p>-La temperatura elevada/fiebre prolongada incrementa la frecuencia metabólica y la pérdida de líquidos por evaporación. Cambios de BP ortostática y taquicardia creciente pueden indicar déficit sistémico de fluidos. La hipovolemia se puede manifestar por hipotensión y taquicardia. Se puede calcular la intensidad de la hipovolemia cuando la BP sistólica del paciente baja más de 10mmHg al pasar de una posición de decúbito a sentado o de pie. La taquicardia es una respuesta frecuente a molestias y la ansiedad, a la sustitución incorrecta de sangre, líquidos, una taquicardia persistente aumenta el trabajo cardíaco y puede reducir el gasto cardíaco efectivo. Se puede producir hipertensión por exceso de líquido e hipotensión por déficit de líquidos y choque.</p> <p>-Indica desarrollo de insuficiencia congestiva o exceso de volumen de líquido. La presencia de edema en zonas declive puede indicar insuficiencia cardíaca, y alteración renal o vascular.</p> <p>-Mantiene la hidratación y el volumen circulatorio. En presencia de menor ingesta/perdida excesiva, la vía parenteral puede corregir/prevenir un déficit.</p> <p>-Se pueden administrar más líquidos para reducir la hiperviscosidad de la sangre o para mejorar el volumen circulante o perfusión hística.</p> <p>-Previene la deshidratación, que se puede agravar por un incremento de las pérdidas ocultas y mantiene la función renal.</p> <p>-Cubre las necesidades corporales de líquido de un adulto sano, pero puede ser necesaria una modificación/restricción en presencia de descompensación cardiaca.</p> <p>-La reposición de eritrocitos puede estar indicada con el fin de restaurar y mantener un volumen circulatorio adecuado y potenciar la capacidad de transporte de oxígeno.</p>
<p>Independiente: 2N-4130</p> <p>Monitorización de líquidos.</p> <p>Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</p> <p>Identificar los posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos.</p> <p>Vigilar ingresos y egresos.</p> <p>Valorar niveles de albumina y proteína total</p>	<p>-Identifica las características de la función vesical (eficacia del vaciado vesical, la función renal y el equilibrio hídrico).</p> <p>-El riñón responde a una disminución del gasto cardíaco reteniendo agua y sodio. La diuresis suele disminuir durante el día ya que el líquido se traslada a los tejidos, pero puede aumentar de noche al volver a la circulación cuando el paciente se encuentra tumbado.</p> <p>-Una disminución del gasto cardíaco causa una alteración de la perfusión renal, retención de sodio y agua y disminución de la cantidad de orina.</p> <p>-Refleja la función renal e identifica las complicaciones.</p>

<p>en suero.</p> <p>Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.</p>	<p>-Son indicadores de grado de deshidratación y de suficiente volumen circulatorio.</p>
<p>Independiente: 1b-0620</p> <p>Cuidados de la retención urinaria.</p> <p>Proporcionar intimidad para la eliminación.</p> <p>Controlar periódicamente la ingesta y eliminación</p>	<p>-Favorece el bienestar psicológico para la eliminación.</p> <p>-La disminución de la ingesta/nausea persistente puede producir una reducción del volumen circulante, que afectan negativamente a la perfusión y la función orgánica. Las medidas de la densidad específica reflejan el estado de hidratación y de la función renal.</p>
<p>Independiente: 1b-0590</p> <p>Manejo de la eliminación urinaria.</p> <p>Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre comidas y al anochecer.</p>	<p>-Proporciona información sobre la suficiente cantidad de líquidos y las necesidades de reposición.</p> <p>-La presencia de edema en zonas declive puede indicar insuficiencia cardíaca, y alteración renal o vascular.</p> <p>-Cubre las necesidades básicas de fluidos reduciendo el riesgo de deshidratación.</p>
<p>Evaluación: Jessica no presento complicaciones y mantiene un balance hídrico adecuado modificando su IU 2ml/kg/hr, disminución de taquicardia (80x'), edema ++, piel y mucosas hidratadas, pulsos fuertes y sincrónicos.</p>	

<p>Necesidad: Eliminar por todas las vías</p>	<p>F.D. Fuerza, voluntad y conocimientos</p>	<p>Nivel de dependencia 5</p>	<p>Fecha de valoración: 12/04/12</p>
<p>Diagnóstico: Estreñimiento R/C inmovilización en cama, inactividad, cambios en la alimentación (ayuno por 1 semana al inicio de su padecimiento y posterior cada 3 día por balneoterapia), ingesta de 300 a 500 ml. de líquidos al día, dificultad para trasladarse por ella misma al inodoro, posición inadecuada para defecar, ausencia de privacidad en la defecación M/P evacuaciones cada 24 o hasta 72 horas, distensión abdominal y Jessica refiere no poder hacer en cama le cuesta trabajo, necesita que la lleven al inodoro ya que no evacua en el cómodo.</p>			
<p>Objetivo: Jessica mantendrá una evacuación diaria de consistencia blanda o recuperará un patrón habitual de eliminación durante el tiempo de hospitalización, mediante las intervenciones de enfermería.</p>			
<p>Intervención:</p> <p>Independiente: 1B-0450</p> <p>Manejo del estreñimiento.</p>		<p>Fundamento:</p>	
<p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>Vigilar existencia de peristaltismo.</p>		<p>-Son indicadores de presencia o resolución de íleo, que afecta a las intervenciones.</p> <p>-Una disminución/ausencia de ruidos intestinales puede reflejar una disminución de la motilidad gástrica y estreñimiento relacionados con la ingesta limitada de líquidos/inadecuada selección de alimentos, disminución de la actividad e hipoxemia. Reflejan la actividad en el tubo</p>	

<p>Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que este contraindicado.</p> <p>Instruir al paciente/familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.</p> <p>Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.</p> <p>Sugerir el uso de laxantes, ablandadores de heces.</p>	<p>digestivo. Los borborismos aumentan generalmente la diarrea y disminuye el estreñimiento, la eliminación de heces duras o secas indica estreñimiento y precisa intervención continua.</p> <p>-Cuando se recupera el peristaltismo, el consumo de una dieta sólida y líquida favorece la recuperación de un patrón normal de eliminación intestinal.</p> <p>-El estreñimiento es uno de los síntomas más frecuentes durante una rehabilitación. Si no se trata puede causar náusea y vómito, obstrucción intestinal o, incluso, septicemia.</p> <p>-Una ingesta insuficiente de líquidos puede potenciar el estreñimiento, la ingestión de abundantes líquidos permite mejorar la consistencia de las heces.</p> <p>-Pueden identificar la hidratación, la pérdida excesiva de líquidos o bien ayudar a identificar las deficiencias dietéticas. La ingestión suficiente de fibra y verdura proporciona volumen y el líquido es un factor importante para determinar la consistencia de las heces. La deambulación precoz ayuda a estimular la función intestinal y recuperación del peristaltismo. Aunque existen limitaciones, una valoración rigurosa de las opciones del menú puede ayudar a controlar el problema.</p> <p>-Ablandar la heces, estimulan los hábitos intestinales normales y la evacuación disminuyen el esfuerzo de defecar.</p>
<p>Independiente: 1b-0430</p> <p>Manejo intestinal.</p> <p>Instruir al paciente/miembros de la familia a registrar color, volumen, frecuencia y consistencia de heces.</p> <p>Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases.</p> <p>Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibra.</p>	<p>-Ayuda a identificar los factores causales que contribuyen a la enfermedad y las intervenciones adecuadas.</p> <p>-Disminuye tanto las molestias como la distensión abdominal.</p> <p>-La fibra resiste la digestión enzimática y absorbe líquidos a su paso por el intestino y a consecuencia produce heces voluminosas que actúan como estimulante para la defecación.</p>
<p>Evaluación: Jessica ha mantenido un patrón regular, evacuando una vez cada 24 hrs lo más confortable para poder llevar a cabo la eliminación de heces en el inodoro dentro de sus posibilidades y factores que la limitan.</p>	

<p>Necesidad: Mantener la temperatura en límites normales</p>	<p>F.D. Fuerza</p>	<p>Nivel de dependencia 5</p>	<p>Fecha de valoración: 12/04/12</p>
<p>Diagnóstico: Termorregulación ineficaz relacionado con pérdida de la continuidad de la piel por quemadura de 2° y 3° manifestado por fluctuaciones de la temperatura corporal del rango normal (35.5°C-39°C) y aumento de frecuencia respiratoria (25-35x').</p>			
<p>Objetivo: Jessica mantendrá su temperatura corporal en parámetros normales mediante las intervenciones de</p>			

enfermería posterior a la balneoterapia.	
Intervención:	Fundamento:
Independiente: 2M 3900 Regulación de la temperatura.	
Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.	-La monitorización de los signos vitales permite observar alteraciones a nivel hemodinámico y ayuda a prevenir alteraciones importantes en el organismo.
Observar el color y la temperatura de la piel.	-Es fundamental observar los cambios en la piel ya que es el indicativo más fiable de alteraciones en la temperatura corporal.
Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.	-Mantener el registro adecuado y específico, ayudara a identificar oportunamente la presencia de estas alteraciones y prever los cuidados cuando se identifica tempranamente.
Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.	-Proporcionar líquidos mantiene el equilibrio para evitar deshidratación por la hipertermia.
Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.	-Se debe modificar la temperatura ambiente para mantener una temperatura corporal casi normal.
Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.	-Los escalofríos suelen preceder a los picos febriles.
Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.	-Se usan para reducir la fiebre por su acción central sobre el hipotálamo.
Utilizar medios físicos para ajustar la temperatura corporal alterada.	-Se usan para reducir la fiebre, cuando se pueden producir lesiones cerebrales o convulsiones.
Evaluación: Jessica mantuvo su temperatura corporal en 36.6°C posterior a la balneoterapia.	

Necesidad: Moverse y mantener posturas adecuadas	F.D. Fuerza, voluntad y conocimiento	Nivel de dependencia 5	Fecha de valoración: 12/04/12
Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c dolor, deterioro musculo esquelético y disminución de la fuerza por quemadura de 2° y 3° en MSI (25%) y MID (10%) m/p dificultad para girarse, marcha claudicante, inestabilidad postural y enlentecimiento del movimiento, dificultad para pasarse de la posición supina a la fowler y dificultad para cambiar de posición a decúbito lateral derecho e izquierdo.			
Objetivo: Jessica se movilizará fuera de cama 2 veces por día con ayuda del personal de enfermería y/o el familiar y realizará los ejercicios indicados por fisioterapia correspondientes a su tratamiento durante su estancia hospitalaria.			
Intervención:	Fundamento:		
Interdependiente 1A-0221: Terapia ejercicios: ambulación.			
Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación.	-Estos especialistas son miembros del equipo de atención a pacientes con quemaduras y proporcionan un programa		

<p>Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulaci3n. Si el paciente no camina bien.</p>	<p>integral de actividades o ejercicios y los aparatos de ayuda espec3ficos, teniendo en cuenta las necesidades individuales. La consulta facilita el tratamiento intensivo a largo plazo del posible d3ficit.</p> <p>-Facilita un desplazamiento seguro, ayuda a prevenir lesiones y ca3das accidentales.</p>
<p>Interdependiente: 1A-0224</p> <p>Terapia ejercicios: movimiento articular.</p> <p>Poner en marcha m3todos de control de dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.</p> <p>Ayudar en el movimiento articular regular y r3tmico dentro de los l3mites del dolor, en la resistencia y movilidad articular.</p>	<p>-Una analgesia suficiente es una prioridad para disminuir el dolor, reducir la tensi3n, rigidez y los espasmos musculares e histica y facilitar la participaci3n en el tratamiento y a ser m3s activo.</p> <p>-El uso activo de la articulaci3n puede ser doloroso, pero no lo dañara. Se puede iniciar los ejercicios de movimiento pasivo continuo de la articulaci3n y de las necesidades del individuo.</p>
<p>Evaluaci3n: Jessica verbaliza los sentimientos de aumento de fuerza y capacidad para moverse, se moviliza al menos una vez fuera de cama y realiza los ejercicios indicados por terapia f3sica.</p>	

<p>Necesidad: Comer y beber adecuadamente</p>	<p>F.D. Fuerza, voluntad y conocimiento</p>	<p>Nivel de dependencia 2</p>	<p>Fecha de valoraci3n: 12/04/12</p>
<p>Diagn3stico: Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores psicol3gicos y biol3gicos M/P palidez de la piel, p3rdida del 16% de peso corporal, sensaci3n temprana de saciedad, negaci3n para ingerir los alimentos, ingesta del 50-60% del men3 proporcionado.</p>			
<p>Objetivo: Jessica identifica las necesidades y su importancia para la informaci3n proporcionada y consumir3 70-80% de la dieta proporcionada.</p>			
<p>Intervenci3n:</p>		<p>Fundamento:</p>	
<p>Interdependiente: D1100</p> <p>Manejo de la nutrici3n.</p> <p>Proporcionar al paciente alimentos nutritivos ricos en prote3nas y calor3as.</p> <p>Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y cal3rico.</p> <p>Pesar a la paciente en intervalos adecuados.</p> <p>Proporcionar informaci3n adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p>		<p>-Los pacientes con quemaduras tienen un alto grado de estr3s metab3lico, hipercatabolismo proteico y en consecuencia elevados requerimientos energ3ticos por lo que repercutan en su estado nutricional de manera muy importante.</p> <p>-A los pacientes que han evolucionado con s3ndrome de respuesta inflamatoria sist3mica se les pueden ofrecer en su dieta suplementos de 3cidos grasos (como aceite de soya o pescado).</p> <p>-Identificar certeramente la ganancia o p3rdida de peso es indispensable para establecer una dieta adecuada a las necesidades del paciente.</p> <p>-Las necesidades energ3ticas del paciente quemado est3n incrementadas en un 50%. Por lo que se debe establecer una dieta en la que se cubran los</p>	

<p>Determinar las preferencias alimentarias de la paciente y Fomentar la ingesta de calorías adecuada a la enfermedad de la paciente (quemaduras).</p> <p>Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.</p>	<p>requerimientos específicos al padecimiento del paciente y favorecer los alimentos que más le agradan al paciente para asegurar que los ingiera.</p> <p>-Identificando las capacidades que conserva el paciente posterior al accidente, da la pauta para determinar el tipo de dieta que podrá ingerir; Líquida, blanda, hipercalórica, etc.</p>
<p>Independiente: D1160 Monitorización de la nutrición.</p> <p>Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. Observar si el pelo está seco, es fino o fácil de arrancar.</p> <p>Observar si se producen náuseas o vómitos.</p> <p>Vigilar las mediciones antropométricas (circunferencias: torácica, abdominal, braquial, pliegues: tricipital, bicipital, escapular, abdominal).</p> <p>Controlar la ingesta Calórica y nutricional.</p>	<p>-La evaluación nutricional se debe realizar por lo menos una vez a la semana para obtener datos clínicos, a significativos ocurridos en el periodo entre cada evolución.</p>
<p>Evaluación: Jessica posterior a las intervenciones de enfermería (19/04/12) consumió el 80% de la dieta.</p>	

Necesidad: Evitar los peligros del entorno	F.D. Fuerza y conocimientos	Nivel de dependencia 5	Fecha de valoración: 16/04/12
<p>Diagnóstico: Riesgo de infección R/C aumento de la exposición a agentes patógenos por pérdida de la continuidad de la piel (quemaduras de 2° y 3° en 23% SCT), procedimientos invasivos (debridación cada 48 horas), presencia de catéter venoso central con 15 días de instalación.</p>			
<p>Objetivo: Se disminuirá en Jessica el riesgo de presentar posibles infecciones oportunistas, mediante cuidados especializados de enfermería encaminados a la prevención, se mantendrá el área de quemadura limpia y sin evidencia de infección, durante su estancia en el servicio de internamiento de quemados.</p>			
Intervención:		Fundamento	
<p>Independiente: 4V- 650 Protección frente a infecciones</p>			
<p>Observar los signos y síntomas de infecciones sistémica y localizada. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel.</p> <p>Limitar el número de visitas.</p> <p>Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles.</p> <p>Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo.</p> <p>Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</p>		<p>-Reconocerlos oportunamente (signos, síntomas), permite la instalación oportuna del manejo y tratamiento.</p> <p>-Evita la contaminación cruzada y reduce el riesgo de infección adquirida.</p> <p>-Evita la contaminación cruzada por los visitantes. Hay que sopesar la preocupación por el riesgo de infección frente a la necesidad del paciente de apoyo familiar y socialización</p> <p>-Reducen el riesgo de contaminación cruzada y la exposición a múltiples bacterias</p> <p>-Ayuda a la recuperación del tejido cutáneo y las proteínas perdidas que se perdió por la quemadura.</p>	

<p>Administrar productos antimicrobianos tópicos, como se indique:</p> <p>Sulfadiazina de plata.</p> <p>Colocar vías IV o cruentas en la zona no quemada.</p> <p>Obtener cultivos y antibiograma sistemáticos de las heridas y la supuración.</p>	<p>-Ayuda a controlar el crecimiento bacteriano y evitar la deshidratación de la herida, que puede causar mayor destrucción hística.</p> <p>-Antibiótico tópico más usado en el cuidado de las quemaduras. Antimicrobiano de amplio espectro que puede permitir la cicatrización de la herida sin necesidad de realizar un injerto cutáneo, es relativamente indoloro, pero tiene un poder de penetración intermedio, a veces retrasado, en la escara.</p> <p>-Disminuye el riesgo de infección en el lugar de inserción que podrá evolucionar a septicemia.</p> <p>-Permite el reconocimiento temprano y el tratamiento específico de la infección de las heridas.</p>
<p>Evaluación: La piel de Jessica se mantuvo sin datos de infección en las zonas de las quemaduras.</p>	

Necesidad: Dormir y descansar	F.D. Fuerza, voluntad y conocimientos	Nivel de dependencia 3	Fecha de valoración: 16/04/12
<p>Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño relacionado con pensamientos recurrentes sobre el evento adverso (accidente), asincrónica circadiana, temor, separación de las personas significativas, depresión, soledad, ruido, interrupciones para procedimientos terapéuticos, manifestado por despertarse antes de lo deseado, insatisfacción del sueño, refiere despertarse dos o más veces por la noche.</p>			
<p>Objetivo: Mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a modificar el ambiente Jessica mejorara su patrón de sueño, durante las noches y favorecerá las siestas en el día, en su estancia hospitalaria.</p>			
<p>Intervención:</p> <p>Independiente: 1F 1850</p> <p>Mejorar el sueño.</p>		<p>Fundamento:</p>	
<p>Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de los cuidados.</p> <p>Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</p> <p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño. Reducir los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</p>		<p>-El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita la proliferación celular y la reparación de los tejidos dañados o envejecidos.</p> <p>-El ciclo de sueño se completa entre 70-100 minutos, se repite cuatro o cinco veces en el transcurso del periodo del sueño.</p> <p>-Los patrones de sueño irregulares pueden alterar los ritmos circadianos normales, conduciendo a problemas del sueño.</p> <p>-Los principales impedimentos para el sueño en las áreas de hospitalización, en especial en las terapias intensivas son la actividad, el ruido, el dolor, el estado físico, los</p>	

<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a cama.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</p>	<p>procedimientos de enfermería, las luces y la hipotermia.</p> <p>-El sueño es difícil sin relajación. El ambiente del hospital puede dificultar la relajación.</p> <p>-Una persona que puede relajarse y descansar fácilmente necesita menos sueño para sentirse renovada.</p>
<p>Evaluación: Jessica presento siestas durante el día, por 4 días consecutivos, refirió despertarse menos durante la noche y no tener pesadillas.</p>	

<p>Necesidad: Vestirse y desvestirse</p>	<p>F.D. Fuerza, voluntad y conocimientos</p>	<p>Nivel de dependencia 5</p>	<p>Fecha de valoración: 18/04/12</p>
<p>Diagnóstico: Deterioro del cuidado propio del vestido R/C lesión mecánica (quemaduras de 2° y 3° grado), dolor y alteración en la movilidad M/P vendaje torácico, sin ropa, solo se cubre genitales, arcos de movimientos disminuidos, espasticidad en MSI, MID, rigidez y dolor en áreas afectadas.</p>			
<p>Objetivo: Jessica aprenderá a usar y calzar las prendas de vestir (adecuadas a sus limitantes) que le hagan sentir cómoda y protejan su intimidad durante su estancia hospitalaria, posterior a la enseñanza proporcionada por el personal de enfermería.</p>			
<p>Intervención: Independiente: 1F-1630 Vestir.</p>		<p>Fundamento:</p>	
<p>Identificar las áreas en que el paciente necesita ayuda para vestirse.</p> <p>Observar la capacidad del paciente para vestirse.</p> <p>Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.</p> <p>Vestir la extremidad afectada primero.</p> <p>Cambiar la ropa del paciente al acostarse.</p> <p>Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.</p>		<p>-El individuo para poder desarrollarse en su rol social y para proteger su entorno físico, necesita dar respuesta a la necesidad de vestirse. Se deben tener en cuenta varios aspectos situacionales como: costumbres, tradiciones, nivel socioeconómico, etapa del desarrollo, limitantes o enfermedades. Todo esto es importante ya que desde su perspectiva social y psicológica, corresponde a lo que es y representa.</p>	
<p>Independiente: 1F-1802 Ayuda con el autocuidado: vestir/arreglo personal. Considera la cultura del paciente par a fomentar las actividades de autocuidado. Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (pie de cama).</p>		<p>-Estimular al paciente y/o ayudarlo a cubrir esta necesidad, aumentaran su autoestima, su estado de ánimo, por lo tanto también se verá menos afectado el sistema inmunológico. Fortalecera las habilidades del paciente y estimulara a ganar o desarrollar algunas otras</p>	

<p>Proporciona las prendas personales.</p> <p>Está disponible para ayudarlo en el vestir.</p> <p>Mantiene la intimidad del paciente, mientras se viste.</p> <p>Ayuda con los cordones, botones o cremalleras cuando es necesario.</p> <p>Colocar la ropa sucia en el tánico.</p> <p>Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.</p> <p>Proporciona productos de arreglo personal: peine, crema, desodorante, cosméticos, etc.</p>	<p>para su desarrollo óptimo.</p>
<p>Evaluación: Jessica logra ponerse unas licras, con apoyo mínimo, seleccionadas por ella misma por facilitarse para no lastimarse y ser cómodas.</p>	

<p>Necesidad: Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización</p>	<p>F.D. Conocimiento y voluntad</p>	<p>Nivel de dependencia 3</p>	<p>Fecha de valoración: 19/04/12</p>
<p>Diagnóstico: Alteración en el desempeño del rol como estudiante R/C cambios en el estado de salud y hospitalización prolongada M/P refiere "preocupación por perder el año escolar, no entrar a la preparatoria de la UNAM, siendo éste su prioridad (ideal)".</p>			
<p>Objetivo: Jessica se apoyara mediante información que dé respuesta a su necesidad de realización durante el tiempo que este hospitalizada en internamiento de quemados.</p>			
<p>Intervención:</p> <p>Independiente 3R-5240 Asesoramiento</p>		<p>Fundamento:</p>	
<p>Mostrar calidez, simpatía y autenticidad.</p> <p>Establecer metas.</p> <p>Disponer de intimidad para asegurar la intimidad.</p> <p>Proporcionar información objetiva según sea necesario.</p> <p>Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades y todas las alternativas posibles.</p> <p>Ayudar al paciente que identifique puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p>Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.</p>		<p>-La alianza terapéutica entre la enfermera y el paciente es una relación de apego especial, que lleva a una transferencia, por lo que las palabras de la enfermera serán de gran importancia para el paciente.</p> <p>-Gracias a la intervención de enfermería el paciente se hace más consciente de las armas que tiene para afrontar su proceso de enfermedad y los múltiples problemas en los que se ve y se siente inmerso.</p>	

Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés.	
<p>Independiente: 3R-5270</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</p> <p>Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</p> <p>Animar al paciente a que exprese sus sentimientos: iras, ansiedad, tristeza, frustración.</p> <p>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p>	<p>Las personas con problemas tienden a sentirse solas, aisladas y confundidas, puede servir de ayuda hablar acerca de esos problemas, la catarsis facilita la descarga emocional, el contacto proporciona seguridad y tranquilidad; propicia la apertura a la expresión de emociones o sentimientos.</p>
<p>Evaluación: Jessica encontró estrategias para continuar con sus estudios, el día 20/04/12 mostraba mucho interés en su guía de estudio para ingreso a la preparatoria y realizo lectura y respuesta a sus cuestionarios, incluso solicitaba ayuda con temas que no entendía.</p>	

Necesidad: Participar en actividades recreativas	F.D. Voluntad y conocimiento	Nivel de dependencia 2	Fecha de valoración: 19/04/12
<p>Diagnóstico: Carencia de actividades recreativas R/C falta de materiales y actividades lúdicas M/P aburrimiento, alteraciones en el patrón del sueño.</p>			
<p>Objetivo: Jessica tendrá actividades recreativas durante su estancia hospitalaria en internamiento de quemados, posteriores a la manipulación del entorno.</p>			
Intervención:		Fundamento:	
<p>Independiente: 3O-4400</p> <p>Musicoterapia.</p>			
<p>Determinar el interés del individuo por la música.</p> <p>Identificar las preferencias musicales del individuo.</p> <p>Elegir selección de música particularmente de las preferencias del paciente.</p> <p>Limitar los estímulos extraños.</p> <p>Evitar dejar la música por largos periodos.</p> <p>Proporcionar disponibilidad de música y equipo al paciente.</p>		<p>La Musicoterapia es el espacio Psicoterapéutico donde facilitamos el desarrollo personal y transpersonal del individuo, a través del sonido y la música, así como de las actitudes de respeto, aceptación, empatía y congruencia. Promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/ o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.</p>	

<p>Independiente: 3O-4430 Terapia con el entorno.</p> <p>Facilita una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores, pacientes y demás personal sanitario.</p> <p>Proporciona intimidad en la habitación para hablar en privado.</p> <p>Facilita libros, revistas, películas, celulares de acuerdo a las necesidades recreativas del paciente.</p> <p>Vigila la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global.</p> <p>Dispone cuidados de enfermería de uno en uno. Incluye al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados.</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 que va encaminada a reducir esa alteración/limitante, 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 siguiente independencia del paciente y mejora de su calidad de vida y la de la familia</p>
<p>Evaluación: Jessica escucho música por una hora, vio películas de televisión, converso con su compañero de habitación y visito el área de juegos del área de internamiento de quemados.</p>	

<p>Necesidad: Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles</p>	<p>F.D. Voluntad y conocimientos</p>	<p>Nivel de dependencia 3</p>	<p>Fecha de valoración: 20/04/12</p>
<p>Diagnóstico: Falta de voluntad para dar la importancia a la dieta en su proceso de recuperación R/C estado emocional depresivo M/P ingerir solo el 50-60% del menú proporcionado, negación a consumir los alimentos, por referir no gustarle, no tener apetito.</p>			
<p>Objetivo: Jessica reconocerá la importancia de la dieta para su recuperación y lo externara verbalmente, consumirá su dieta, durante su estancia hospitalaria, posterior a una sesión informativa.</p>			
<p>Intervención:</p> <p>Independiente:Sc-5510 Educación Sanitaria.</p>		<p>Fundamento</p>	
<p>Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.</p> <p>Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos.</p> <p>Identificar las características del paciente que afectan la selección de estrategias de enseñanza.</p> <p>Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de conductas de salud</p>		<p>La educación sanitaria es la promoción y restauración de la salud, incidiendo sobre los comportamientos humanos y pretende que todos los factores sociales sean favorables y se establezca la salud positiva.</p>	

y estilo de vida de la gente.	
Evaluación: Jessica mejora la ingesta de la dieta proporcionada hasta un 80%.	

Necesidad: Actuar de acuerdo a su propia fe	F.D. Voluntad y conocimientos	Nivel de dependencia 2	Fecha de valoración: 19/04/12
Diagnóstico: Sufrimiento espiritual R/C cambios en el estado de salud y apariencia corporal M/P expresión de falta de aceptación, incapacidad para expresar un estado previo de creatividad, desesperanza, cambios súbitos en las practicas espirituales, (realiza oración todos los días, después del accidente) ansiedad, manifiesta sentirse alejado del sistema de soporte "refiere extrañar asistir a misa y las ceremonias religiosas.			
Objetivo: Jessica desarrollara las habilidades necesarias para seguir participando en las prácticas religiosas, en su estancia en el servicio de internamiento de quemados, acompañada del personal de enfermería.			
Intervención: Independiente: Medio ambiente terapéutico.		Fundamento:	
Mantener una actitud abierta, sin emitir juicios de valor. Expresar en todo momento respeto por las ideas, creencias y valores de a persona, aunque sean distintos o muy lejanos a los prevalentes en el entorno en que se encuentra. Animar a la persona a compartir sus preocupaciones espirituales con sus allegados y estar dispuesto a escucharla cuando lo precise.		-La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso mas profundo y potente de sanación que tiene la persona. -Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad. (Florence Nightingale). Enfermería debe apoyar al paciente según identifique y explore lo que es significativo en sus vidas, debe conocer como sus creencias religiosas influyen en las personas.	
Evaluación: Jessica realiza oración por lo menos cada tercer día, la familiar (mamá) reza con ella durante el horario de visita.			

Necesidad: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	F.D. Voluntad y conocimientos	Nivel de dependencia 2	Fecha de valoración: 19/04/12
Diagnóstico: Baja autoestima situacional R/C por lesión física grave (quemadura) que la mantiene hospitalizada M/P conductas y manifestaciones de depresión: tristeza, preocupación, periodos de llanto refiere "preocupación por no saber cómo va quedar su piel, si se va a poder poner su misma ropa, como se va a ver tanto por la quemadura y por haberle cortado el pelo".			
Objetivo: Jessica comprenderá su estado actual de salud y antepondrá la vida a las repercusiones estéticas, mediante intervenciones especializadas de enfermería, durante su estancia hospitalaria.			
Intervención: Independiente: 3R-5250		Fundamento:	

<p>Apoyo en la toma de decisiones.</p>	
<p>Establecer comunicación con el paciente al ingreso al servicio. Facilitar al paciente el objetivo de los cuidados. Proporcionar la información solicitada por el paciente. Servir de enlace entre el paciente y la familia.</p>	<p>La pérdida o ausencia de apoyo por parte de la familia asociada a diferentes fuentes de estrés que atravesamos a lo largo de la vida: enfermedad, cambios en el rol, pueden interactuar, potencializándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual.</p>
<p>Independiente:3R-5230 Aumentar el afrontamiento Valorar el ajuste del paciente en los cambios de la imagen corporal. Valorar la comprensión del paciente de proceso de enfermedad. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. Utilizar un enfoque sereno. Disponer de un ambiente de aceptación. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante. Explorar los éxitos anteriores del paciente. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo. Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.</p>	<p>El personal de la unidad de quemados ha identificado la delicada relación entre las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés y su impacto en la cura, y reconocen que el estado psicológico de los pacientes afecta a su recuperación física. Se ha demostrado que el estrés emocional afecta negativamente a la curación de las quemaduras, y esto se traduce en una mayor estancia hospitalaria y número de reintervenciones.</p>
<p>Evaluación: Jessica se niega a hablar abiertamente de sus prioridades y valores, agradece estar viva, sin embargo solicita apoyo emocional profesional.</p>	

2.5 Plan de alta



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL IV

PLAN DE ALTA

Nombre: Jessica Márquez Godínez **Servicio:** Internamiento de quemados.

Edad: 15 a **Sexo:** Femenino. **Dx Médico:** Quemadura por electricidad de 2° y 3° grado en el 23% SCT. **Registro:** 107936

La rehabilitación debe comenzar precozmente, a la par que se establece el tratamiento, se deben realizar la movilización de las articulaciones, para favorecer la circulación, conservar el tono muscular y evitar la formación de contracturas y deformidades y formación de cicatrices.

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

Acudir a las citas programadas y compromiso a realizar los ejercicios prescritos en las consultas de rehabilitación, se estará trabajando interdisciplinariamente, con la especialidad de rehabilitación, cirujano plástico, psicología pediátrica, nutrición, pediatría, enfermería pediátrica.

EJERCICIOS DE REHABILITACION LOS CUALES INCLUYEN:

Flexion, extencion, rotación interna y externa de muñeca, codo y hombro izquierdo; tobillo, rodilla y abducción y aducción de muslo derecho.

2. Orientación dietética:

Dieta rica en proteínas y carbohidratos: carnes, gelatinas, legumbres, pastas, se recomienda el consumo de frutas y verduras. Dieta de 2500 kcal/día, Líquidos a libre demanda (lo que pida o tolere)

3. Medicamentos indicados:

MEDICAMENTOS. DOSIS HORARIO. VIA.

Paracetamol 1gramo en caso dolor VIA ORAL.

Senósidos 1 tableta si presenta estreñimiento o C/24 HRS. VIA ORAL

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

- Disminución de la fuerza en pie y/o mano, no poder movilizarlos, hormigueo en las extremidades.
- Fiebre, enrojecimiento de las zonas de la quemadura, presencia de pus, o secreciones.
- Sangrado importante en zona afectada. (evitar el rascado)

Acudir a su centro de salud más cercano u hospital en caso de presentar cualquiera de estos síntomas.

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

Ejercicios de alineación de segmentos (pies, manos, cadera), para evitar deformidades musculo esqueléticas a consecuencia de la retracción cutánea.

Cuidados de la piel: lavar con jabón neutro, Lubricación con cremas blancas para no manchar la piel, no exponerse al sol, utilizar bloqueador solar, salir cubierta evitando salir en horas donde el sol se encuentra en su esplendor: 11-16 horas, utilizar ropas de fibras naturales: algodón altamente recomendado, iniciar presoterapia inmediatamente a la epitelización de la quemadura, por lo

menos 10 minutos 3 veces al día para evitar la formación de cicatriz hipertrófica (abultada). Licra para las áreas quemadas.

6. **Fecha de su próxima cita:** en una semana al servicio de curaciones, rehabilitación y cirugía plástica en 3 semanas.

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

Fecha: 20/04/12

Nombre de la enfermera: L.E.O. López Ponce Jezabel Priscila

3. RESULTADOS

Posterior a la aplicación del proceso de atención de enfermería a esta paciente, se obtuvo mejoría importante en lo que corresponde a las condiciones generales de salud, pues debido a la participación multidisciplinaria, se logró que en la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel disminuyera el grado y nivel de dependencia, pues se observó epitelización en algunas zonas, tejido de granulación y no se presentaron infecciones o complicaciones.

En las necesidades de respirar normalmente, eliminar por todas las vías, dormir y descansar, autorrealización, actuar acorde a los valores y creencias y la comunicación, se alcanzó independencia para satisfacer éstas necesidades, en algunas otras como: termorregulación, movimiento y postura, evitar los peligros del entorno, vestirse y desvestirse, mantuvo cierto grado de dependencia, pues por las características propias del factor de dependencia y su tratamiento, amerita la asistencia del personal de salud, para satisfacerlas.

Sin embargo con la aplicación de las intervenciones especializadas se observó mejoría a corto y mediano plazo, se dieron los conocimientos teóricos a la paciente para que evitara complicaciones, y tomara medidas precautorias para los presentes y futuros riesgos a su estado de salud, así mismo se le proporcionó información sobre las posibles secuelas que tendría a largo plazo, con lo que se contribuyó a la aceptación y superación del duelo por la pérdida de la integridad cutánea, en general a la imagen corporal y a los cambios importantes que tendrá que enfrentar el resto de su vida.

El presente trabajo evidencia el trabajo científico de enfermería, hace constar que la atención especializada de enfermería, contribuyen a la mejoría y recuperación de los pacientes pediátricos, objeto de estudio de este posgrado.

4. CONCLUSIONES

Durante éste proceso vivido en la especialidad de Enfermería Infantil logré consolidar la utilización de la propuesta filosófica de Virginia Henderson a la par de las etapas del Proceso de atención de enfermería, por lo cual considero que en base a los resultados obtenidos con esta caso clínico, es viable la aplicación en el ámbito hospitalario y no solo en el aula.

La aplicación del método científico en enfermería (PAE), da el sustento teórico y científico a toda intervención realizada en busca de satisfacer las diferentes necesidades de los pacientes, hace del cuidado una disciplina y promueve la profesionalización del gremio.

Es de suma importancia que el trabajo de enfermería sea documentado, sea cual fuera la naturaleza de las intervenciones se deben identificar y documentar las necesidades de los usuarios o pacientes. La documentación del impacto de la atención especializada de enfermería sobre los resultados deseados para el paciente, proporcionan una base para la evaluación continua de las habilidades, aptitudes y actitudes del personal, así como tratar los aspectos legales tan en boga en los últimos años en México.

Utilizar la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el PAE, propician la valoración extensa y minuciosa de cada una de las necesidades de la persona en sus diferentes ámbitos. De igual manera favorecen el desarrollo del pensamiento y juicio crítico de enfermería, por ende se comprueba el dinamismo del PAE, se establece el conocimiento de éstos como herramienta indispensable para la práctica enfermera y se consolida que éste a la par de la habilidad, adquirida con la experiencia, optimizan los tiempos en la labor cotidiana de enfermería.

Los rápidos y continuos cambios en el entorno de atención a la salud han aumentado las responsabilidades del personal de enfermería. Para hacer frente a esta responsabilidad, es fundamental la planificación y documentación de los cuidados para satisfacer las necesidades de los pacientes y hacer frente a la

responsabilidad legal en la cual estamos inmersos, con lo que se marca la diferencia entre la enfermería básica y la especializada o avanzada.

La estructura de las instituciones de salud del sector público, donde se realizaron las prácticas del posgrado, cuentan con un número amplio de pacientes, diferentes y numerosas patologías, personal capacitado y con disponibilidad para favorecer el proceso enseñanza-aprendizaje.

Se cumplieron en un 100% los objetivos planteados para este estudio de caso. Sin embargo considero fue necesario mayor tiempo de trato directo con la paciente para obtener mejores resultados en las necesidades de autorrealización y valores y creencias.

4.1 SUGERENCIAS

La aplicación de una teoría o modelo de enfermería en el ámbito laboral, facilita la valoración clínica y unifica los criterios entre los profesionales.

Homogeneizar los criterios para el diagnóstico y planeación de la UNAM, acorde a los estándares internacionales con la implementación de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, promoviendo la unificación del lenguaje enfermero.

Incorporar oportunamente a los docentes responsables del curso y las prácticas, así como la unificación de los criterios de evaluación, para evitar discrepancias con el discente.

Ampliar el tiempo de tutoría y el número de sesiones por alumno, durante el periodo de la especialidad.

Extender el tiempo de prácticas en sedes foráneas centralizadas o los institutos nacionales, ya que representan una gran oportunidad de aprendizaje.

5. BIBLIOGRAFIA

Alba, R. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio de Enfermería de Jean.

Alfaro-Lefevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona, España: Elsevier Masson.

Arias, J. (2001). *Generalidades Médico-Quirúrgicas*. Madrid: Tébar.

Association, A. N. (july,1974). Standars of nursing practice. American Nurses.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2005). Guías de práctica clínica basada en la evidencia Manejo de Quemados. Colombia.

Atenciano, J. A. (2004). *Manual práctico para enfermería*. España: MAD, SL.

Barbosa, M. G. (2006). Protocolo de manejo de pacientes quemados. Puebla, México.

Benavent. A.F. E. (2001). *Enfermería S 21 Fundamentos de enfermería*. Madrid, Valencia: Difusión de avances de enfermería.

Cepeda, R. M. (2004). *Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería*. San Luis Potosí, México: Universitaria Potosina .

COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA. CÓDIGO DE ÉTICA para las enfermeras y enfermeros en México. (Diciembre 2001). México, D.F.

Dávalos, P. D. (2007). Manejo de morbilidad del paciente pediátrico quemado en el hospital Baca Ortiz de Quito, Ecuador. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , Vol.33, No.3, pág.163-170.

Ferb, D. (2009). Quemaduras en edad pediátrica. Enfrentamiento inicial. *Revista de Medicina Clínica Condes* , Vol.20 No. 6 pág. 849-859.

Garrido Calvo. (2001). Quemaduras. *Archivos de cirugía general y digestiva* , 15 feb.

Gloria M. Bulecher, B. H. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona. España: Elsevier.

Henderson, V. A. (1994). *LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA Una definición y sus reflexiones en la práctica, la investigación y la educación REFLEXIONES 25 AÑOS DESPUES*. Madrid, España: Interamericana McGraw Hill.

Herederó, S. (2004). *Metodología Básica de Investigación en Enfermería*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Ivette, M. (s.f.). La Gestión de Enfermería desde la dimensión del cuidado. *Scielo*.

Iyer, P. (1997). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Barcelona: McGraw-Hill.

Iwanyk Paulina, S. C. (2008). Tratamiento inicial de quemaduras. *Conexion pediátrica*, (1). 1.1-5.

Janet, W. & Griffith, C. P. (1993). *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. . España: Manual Moderno.

Jimenez, M. J. (s.f.). *Atención al paciente pediátrico quemado en un servicio de Urgencias*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de <https://secure.anecipn.org/nuevaweb/congresos/archivo/badajozXXVI/dia2/2.-D/Atencion-paciente-pediatrico-quemado.pdf>

Kenneth, B. (24 de Marzo de 2010). *Definiendo la musicoterapia*. Recuperado el 15 de Junio de 2012, de musicoterapia.kernablogs: http://www.terapiacorporal.cl/link/donde_hay_vida_hay_sonido.pdf

Kozier, B. & Glenora, E. (2001). *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 5ta ed.* Madrid. España: McGraw-Hill Interamericana.

Ledesma, M. d. (2004). *Fundamentos de enfermería*. México, D.F.: Limusa.

Lips, W. (15 de Octubre de 2007). *Atencion Espiritual. Presentación*. Chile.

Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Lorenzo, F. (2008). *Cuidados enfermeros en la Unidad de quemados*. España: Vértice.

Luis Rodrigo, M. T. C. F. (1998). *DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA*. Barcelona, España: Masson, S.A.

Maldonado Sandoval, J. N. (2009). *Planificación de Enfermería*. Trujillo, Perú: Trujillo

Marylynn, E. & Doenges, M.F. (2008). *PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA* 7ma ed. México: McGrawHill Interamericana.

Merino, J. J. (s.f.). *Atención al paciente pediátrico quemado en el servicio de urgencias*. Badajoz, España. Recuperado el 14 de Octubre de 2011

Moorhead, S. J. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: Elsevier.

Moran, V. & Mendoza, L. (2006). *PROCESO DE ENFERMERÍA Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE*. México, D.F.: Trillas.

Mosby. (2005). *Diccionario Mosby Pocket Medicina, enfermería y ciencias de la salud*. Madrid, España: Elsevier.

Murrini, A. (1999). Manejo inicial del paciente quemado pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*. (97). 5. 337-341.

NANDA INTERNACIONAL . (2009). *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2009-2011*. Barcelona, España: Elsevier.

Paredes, J. A. (2004). *Manual práctico para enfermería*. España: MAD,SL.

Patiño, F. (s.f.). Manejo de las quemaduras eléctricas . Bogotá, Colombia.

Phaneuf, M. (1993). *CUIDADOS DE ENFERMERÍA El proceso de atención de enfermería*. Madrid: Interamericana de España McGraw-Hill.

Pérez Boluda M, L. M. (Febrero de 2006). Guía de actuación ante el paciente quemado. Málaga, España.

Píriz, C. (2008). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Elsevier.

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. (Marzo de 2000). Manejo del paciente quemado . Andalucía, España.

Riopelle, L. G. (1997). *Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Robles, V. M. (2006). *PROCESO DE ENFERMERÍA Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE*. México: Trillas.

Salleras, L. (1990). *Educación Sanitaria*. Madrid: Calero.

Sciaraffia, C., (2005). *Cirugía Plástica Esencial*. 1ra. ed. Ed. Universidad de Chile. Santiago

Terrón, R., Campos, M., Castro, & Metro, M. . (2010). Diseño de un programa de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental dirigido a pacientes ingresados en la unidad de quemados y sus familiares. *Bibliotecas las casas, Fundacion Index* , 6 (3).

Tomey, A. M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier .

Utili, F. (s.f.). *Lesiones eléctricas*. Recuperado el 10 de Marzo de 2012, de urgenciauc.com:

http://www.urgenciauc.com/profesion/pdf/lesiones_electricas.pdf

5.1 ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y FIGURAS

CUADRO	CONTENIDO	PÁG.
1	Taxonomía II de la NANDA.....	43
2	Características de las intervenciones.....	46
3	Criterios de priorización.....	48
4	Características de la redacción de las intervenciones.....	56
5	Criterios de priorización para las intervenciones.....	70
6	Formas de evaluación.....	83
7	Métodos de evaluación del proceso y el resultado.....	84
8	Independencia y dependencia del Adulto.....	93
9	Independencia y dependencia del niño.....	93
10	Fuentes de dificultad según el modelo filosófico de Virginia Henderson.....	96
11	Supuestos principales de Virginia Henderson.....	101
12	Postulados de la propuesta Filosófica de Virginia Henderson..	102
13	Valores del modelo de Virginia Henderson.....	103
14	Agentes productores de quemaduras.....	126
15	Mecanismo de producción de las quemaduras.....	127
16	La gravedad de la quemadura.....	133
17	Diagnóstico de la gravedad.....	133
18	Esquema de Parkland modificado 1er día (para menores de 10kg).....	138
19	Esquema de Galveston modificado 1er día (mayores de 10 y menores de 30 kg).....	138
20	Esquema Parkland tradicional primeras 24 horas (Adultos y niños mayores de 30 kg).....	139
21	Listado de necesidades y sus diagnósticos	162
22	Proceso de construcción de diagnósticos.....	165
GRÁFICAS		
1	Continuum independencia-dependencia.....	94
2	Relación entre la duración y el grado de dependencia	95
3	Relación del proceso de atención de enfermería con la propuesta filosófica de Virginia Henderson.....	144
FIGURAS		
1	Valores de los segmentos corporales de Lund-Browder.....	131
2	Grados de las quemaduras.....	132
3	Grado y capa dérmica lesionada por la quemadura.....	132
	..	

6. ANEXOS

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
EN ESTADO CRÍTICO

Instructivo

El instrumento para valoración de las necesidades básicas en el niño y adolescente en estado crítico está basado en conceptos del modelo de Virginia Henderson . Contiene IX apartados que continuación se describen:

I. Ficha de identificación

II. Antecedentes de la estructura familiar y los factores de riesgo que influyeron en el estado de salud del niño

III. Información mínima necesaria que los familiares del niño deben conocer durante la hospitalización

IV. Antecedentes de salud del niño, así como los factores de riesgo individuales que influyeron en el estado de salud actual.

V. Síntesis de la exploración física

VI. Valoración de las necesidades básicas prioritarias. En cada una de ellas se recaba la información pertinente para el análisis de los signos subjetivos y objetivos, los factores de riesgo en interacción con las necesidades que constituyen la base de datos para la redacción de los diagnósticos de enfermería, todo lo cual orienta a la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de la enfermera especialista.

VII. En este apartado se registra el control de líquidos. Mediante las fórmulas el alumno realizará el balance por cada 24 horas.

VIII. En el aspecto de medicamentos el alumno podrá adquirir habilidad y destreza en la dilución y administración de medicamentos

IX. Se fomenta la comunicación con el equipo multidisciplinario de salud y en los datos relevantes se incluye información sobre las necesidades psicosociales y espirituales del niño y adolescente en estado crítico.

Nota: Por cada pasantía en los cuidados intensivos, será entregada una valoración al tutor clínico, además del instrumento de evaluación semanal de la práctica, que en conjunto constituyen el 60 % de la calificación del programa de Atención de Enfermería II.

Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
EN ESTADO CRÍTICO

I. Identificación

Nombre: _____ Edad _____ Sexo: _____

Fecha de ingreso al hospital: _____: Ingreso a la Unidad de cuidados Intensivos: _____

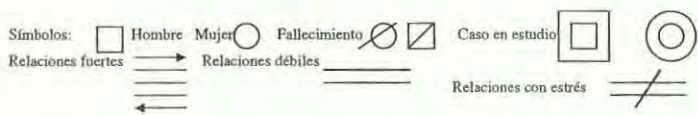
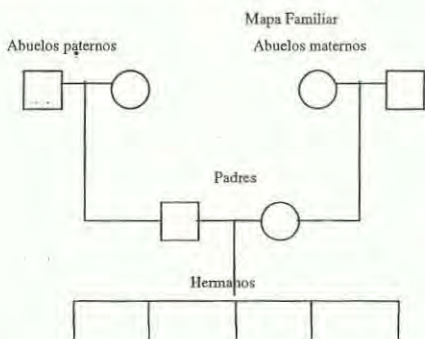
Días de estancia: _____ Nombre de la madre: _____

Domicilio: _____ Procedencia: _____

Diagnóstico Médico: _____

Motivo de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos: _____

II. Antecedentes familiares; estructura familiar:



Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

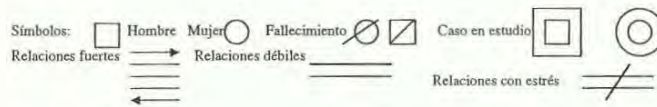
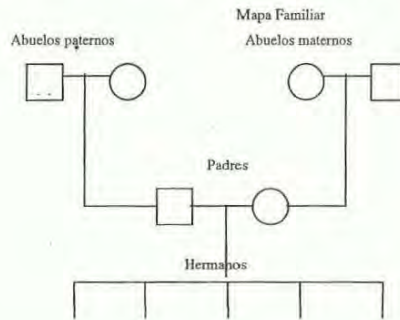
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
EN ESTADO CRÍTICO

I. Identificación

Nombre: _____ Edad _____ Sexo: _____
Fecha de ingreso al hospital: _____; Ingreso a la Unidad de cuidados Intensivos: _____
Días de estancia: _____ Nombre de la madre: _____
Domicilio: _____ Procedencia: _____
Diagnóstico Médico: _____
Motivo de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos: _____

II. Antecedentes familiares; estructura familiar:



Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

Descripción de la estructura familiar incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los miembros de la familia así como las relaciones afectivas:

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Edo. salud

Características de la vivienda: _____

III. Orientación de la familia durante la hospitalización: horario de visita _____ Sala de espera _____
normas sobre la permanencia en el servicio: _____ Informe sobre el estado de salud: _____ Horario de
cafetería: _____ Servicios religiosos _____

IV. Antecedentes del problema de salud actual: posibles factores de riesgo que influyeron en el inicio del
problema
actual: _____

V. Síntesis de la exploración física: _____

VI. Valoración de las necesidades Básicas

1. Oxigenación: Tipo de respiración: frecuencia: _____ Eupnea: _____ Taquipnea _____

Apnea: _____ Cheynestokes _____ Resp. Biot: _____ Kussmaul: _____ Ruidos respiratorios anormales: _____

Tipo de ruidos respiratorios	Localización	Duración inspiración/espiración	Tono e intensidad
Matidez			
Hipersensibilidad			
Aumentados			
Disminuidos			
Anfórica			
Pectoriloquia			
Roncus			
Sibilancias			
Otros			

Secreciones de vías respiratorias:

Tipo	Cantidad	Consistencia	color y olor
Orales			
Nasales			
Tubo endotraqueal			

Hemodinámico y respiratorio:

Hora	Piel	T	FC	FR	PA	PVC	PIC	Fio ²	PIM	Mod Via	Peep	Sat	PH/PO ₂	PCO ₂ /HCO ₃	EB/Oxi	C0 ₂ T/C0 ₂	Kirb					

Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

	Hipoxia		
--	---------	--	--

Estudios realizados: _____

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

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

2. Nutrición

Manifestaciones de deficiencia: Peso _____ perímetro abdominal _____ Exploración del abdomen:

Fecha/ hora	Exploración	Localización	Comentario
	Auscultación		
	Peristaltismo: Presente Ausente Débil		
	Percusión: Matidez Timpanismo		
	Palpación: Blando Duro		
	Tono muscular		
	Sensibilidad al tacto		
	Masas, hernias , reflejos y dolor		

Tipo de alimentación oral _____ Forzada: _____ Nutrición parenteral

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

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

3. Eliminación

Características de la orina:

Fecha/hora	cantidad	Color	Olor	Densidad	Labstix

Descripción de genitales y esfínteres: femeninos o masculinos:

Estudios de laboratorio y gabinete: _____

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

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

Eliminación de heces:

Elaboró Mtra. Magdalena Franco O.

Examen de la región anal: escriba una X en el espacio correspondiente a la información que se solicita:

Exploración: inflamación: rubor ardor marcas de rascado erupciones anormales
protuberancias parásitos prurito Tono rectal Tumores

Fecha/hora Cantidad	Consistencia	Color	Olor	Estomas digestivos

Estudios de laboratorio: _____

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

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

4. Termorregulación y tegumentos

Temperatura bucal _____ rectal _____ axilar Control de hipotermia _____
 Control de hipertermia _____ Temperatura de la cuna o incubadora: _____
 Tegumentos: mucosa oral; color _____ limpia _____ húmeda _____ dientes _____
 Nariz: _____ Uñas; forma _____ limpieza _____ coloración _____
 Piel: heridas _____ Cicatrices _____ Petequias _____ Rañs _____
 _____ otros _____

Interacción de la necesidad de termorregulación y protección de tegumentos no satisfechas con otras necesidades:

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

 Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

5. Movimiento y postura

Función cerebral:

Sistema musculoesquelético; Hipertrofia _____ Atrofia _____ Flacidez _____ Distrofia
 _____ Anquilosis _____ Escaras _____ Tono muscular espasticidad
 _____ Arcos de movimiento: _____

Movimientos:

Fasciculaciones _____ Temblores _____ Ataxia _____ Atetosis _____ Espasmos _____
 Espasticidad _____ rigidez _____

Postura: _____

Reflejos:

Fecha/hora	Tipo de reflejo	Normal	Anormal
	Bicipital		
	Tricipital		
	Rotuliano		
	Aquiliano		
	Burdinski		
	Babinski (plantar)		
	Glúteo		
	Abdominal		
	Otros		

Escala de Glasgow para la valoración del coma

Niños mayores		Modificada para lactantes	
Actividad	Respuesta	Actividad	Respuesta
Apertura de ojos	4	Apertura de ojos	4
Espontánea verbal	3	Espontánea Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo	5
Confuso	4	Irritable	4
palabras inadecuadas	3	Llanto con dolor	3
Sonidos inespecíficos	2	Quejido con el dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motora		Motora	
Obedece órdenes	6	Mov. Espontáneos	6
Localiza el dolor	5	Retirada al Tocar	5
Retirada al dolor	4	Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1

Reactividad de la pupila: derecha _____ Pupila izquierda _____ Estudios realizados _____

Código para la reactividad de la pupila: +, ++,+++

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

Necesidad	manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

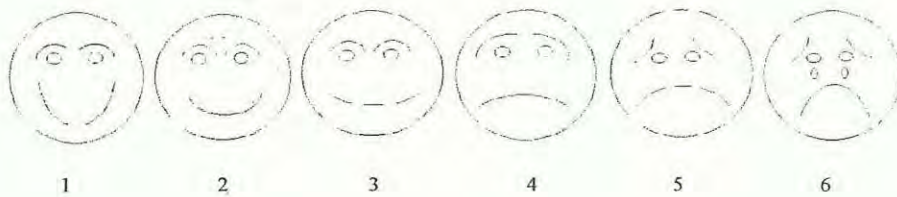
Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha / Hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

Evaluación del dolor

Escala de caras



6.- Evitar los peligros

Factores de riesgos físicos

Fecha / Hora	Catéter	Lumen	Herida	Drenes	Sitio

Factores de riesgo Psicosociales: _____

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

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por las fuentes de la dificultad

Diagnósticos de enfermería: _____

Objetivos: _____

Plan de intervención:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

HOJA DE REPORTE DIARIO



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería Infantil
Sede Hospital Infantil de México Federico Gómez

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre de la alumno: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____
Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

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

Otros:

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

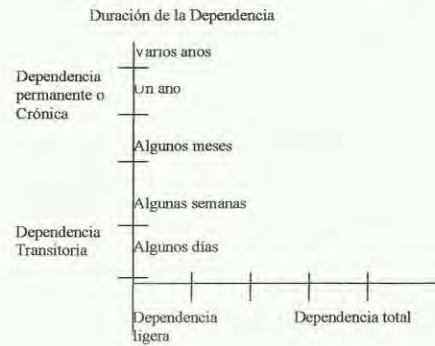
Ayuda:

Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

Comentarios:



El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén

Grado de Dependencia

**D
E
P
E
N
D
E
N
C
I
A**

**I
N
D
E
P
E
N
D
E
N
C
I
A**



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

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

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

Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades

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

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Consentimiento Informado para Estudio de Caso

Yo _____ declaro libre y voluntariamente
aceptar que mi hijo (a) _____ participe
en el **Estudio de Caso** _____

cuyo Objetivo principal es: _____

Y que los procedimientos de Enfermería que se realizarán me han sido explicados
ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con
garantía de recibir respuestas y aclaraciones en cualquier momento. Los
procedimientos consisten en: _____

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

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

Nombre del responsable del estudio de caso: _____

Firma

Nombre del padre o tutor _____

Firma

Testigos

Nombre _____

Firma _____

Domicilio _____

Nombre _____

Firma _____

Domicilio _____

León, Guanajuato a ____ de _____