



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



ESTUDIO DE CASO

"DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA EN UN
ADOLESCENTE MASCULINO CON OSTEOARTRITIS DE FÉMUR DISTAL
IZQUIERDO"

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

Presenta:
L.E.O. YOLANDA CASTILLO DURÁN

Asesor:

E.E.I MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

JUNIO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE:
DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
INTRODUCCIÓN

	Pág.
OBJETIVOS	1
I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
1.1 Antecedentes (Estudios relacionados)	2
1.2 Proceso de Atención de Enfermería	12
1.3 Teoría de Virginia Henderson	47
1.4 Consideraciones Éticas del cuidado	75
1.5 Osteoartrosis como factor de Dependencia	87
II. METODOLOGÍA	
2.1 Descripción del caso en estudio	93
2.2 Métodos e Instrumentos	95
2.3 Proceso de Diagnóstico	103
2.4 Proceso de planeación	113
2.5 Proceso de Ejecución y Evaluación	114
2.6 Plan de alta	187
III. Conclusiones y sugerencias	190
IV. Bibliografía	191
V. Anexos	
1. Historia Clínica	
2. Hoja de Reporte Diario	
3. Hoja de consentimiento informado	
4. Tríptico	

INTRODUCCIÓN

La enfermería se fue perfilando a través del tiempo, generando conocimientos basados en el método científico, evidenciado en el proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de Modelos y Teorías, donde destaca Virginia Henderson, quién afirma que para lograr la independencia de un individuo y llevarlo a un estado óptimo de salud, se deben satisfacer sus 14 necesidades básicas, de no hacerlo, se presenta un estado de dependencia, causado por diversos factores: físicos, psicológicos y ambientales.

En la especialidad de Enfermería Infantil, se utilizó como herramienta el Proceso de Atención de Enfermería y la aplicación de la Teoría de Virginia Henderson, que en conjunto permiten administrar los cuidados enfermeros en forma planeada e individualizada, centrados en las respuestas únicas del paciente pediátrico; como es el caso, de un adolescente con dependencia en la necesidad de movimiento y postura, como factor de la dependencia osteoartritis de fémur distal izquierda a consecuencia de una artritis séptica al nacimiento. Para realizar lo anterior en el primer capítulo se integran los artículos que llevarán estas dos estructuras, además de la valoración global continua del estado independiente o dependiente del paciente, tras la autorización por escrito de los padres en una carta de consentimiento informado.

En el segundo capítulo se empleó la valoración de enfermería, con énfasis en la exploración física general y focalizada a través de un instrumento de recolección de datos, proporcionados por el paciente y el cuidador primario, el método clínico (inspección, palpación, percusión y auscultación). El tercer capítulo se culminó con un plan de intervenciones de enfermería. Con este método se organizan los cuidados, optimizan los recursos y mejoran la educación del paciente y familia, considerando los aspectos éticos y legales que sustentan la práctica profesional. Por consiguiente, es labor de la enfermera asumir su responsabilidad para identificar los problemas, validar continuamente su función, perfeccionar los métodos que utiliza y reafirmar la efectividad de los cuidados.

La evaluación de los cuidados se centró prioritariamente en la medición de los objetivos y la satisfacción de las necesidades básicas del adolescente.

DEDICATORIA

Doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino recorrido....

A César... mi esposo fiel y sincero...

A mis hijas, por ser mi fuerza y templanza...

A mi madre, por su amor y apoyo...

A la vida.... Por lo aprendido...

AGRADECIMIENTO

Gracias de todo corazón a mi Tutora la Maestra Maricela Cruz Jiménez, por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento para la realización de este Estudio de Caso. Ha hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A mi Esposo la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que lograra terminar la Especialidad. Gracias por el apoyo moral, su amor, cariño y comprensión.

A mis hijas por ser mi fuerza, por comprender mi ausencia y el no dedicar mi tiempo completo para su cuidado.

Doy gracias por contar con el apoyo de alguien tan especial: Agustín, que colaboró conmigo en cada momento para la realización de este trabajo. **Gracias AGUS sin ti esto no hubiera sido posible.** De igual manera a sus padres y hermanas que estuvieron muy al pendiente para su pronta recuperación.

OBJETIVOS:

General

- Elaborar un estudio de caso en el cual se aplique el Proceso de Atención de Enfermería y la propuesta Teórica de Virginia Henderson a un adolescente masculino con dependencia en la necesidad de Movimiento y Postura, por osteoartritis de fémur izquierdo, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Específicos

- Realizar la valoración focalizada de un adolescente masculino con dependencia en la necesidad de movimiento y postura.
- Elaborar Diagnósticos de Enfermería derivado de las fuentes de la dificultad que se hallan detectado durante la etapa de valoración.
- Planear las acciones a realizar con el paciente y su familia en el área de hospitalización y en el hogar.
- Evaluar las intervenciones que se realizaron en el la etapa de ejecución, para evaluar el éxito de la atención prestada.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios de caso en el área pediátrica, encontrando un total de 12 artículos, en ellos se aplicó la Teoría de Virginia Henderson y al Proceso de Atención de Enfermería. A continuación se analizan los estudios revisados:

El primer estudio lo realizaron en el año 2009, en el Hospital Universitario Virgen de Arrixaca, Murcia, España a una Recién Nacida prematura de 27 semanas de gestación, 420 grs. de peso, como resultado de un retardo en el crecimiento uterino severo a consecuencia de preeclampsia materna, ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; durante su estancia desarrollaron un plan de Atención de Enfermería estandarizado basado en el Modelo de las necesidades de Virginia Henderson con el cual satisfacen las necesidades físicas y afectivas de los padres e hija, empleando los Diagnósticos NANDA y los patrones funcionales. El plan de cuidados está estructurado con los diagnósticos, intervenciones y objetivos dirigidos al neonato en donde especifican los resultados logrados como el destete efectivo del respirador y apoyo de oxígeno en puntas nasales en su domicilio, la succión efectiva, ausencia de infección, etc. En la discusión hacen referencia que el uso de plan de cuidados ha dado como fruto la continua valoración empleando las 14 necesidades del Modelo de Henderson en el crecimiento y desarrollo de la niña que actualmente cuenta con dos años de edad, además de que está en constante revisión, añadiendo nuevos aspectos y técnicas de Enfermería basándose en las evidencias científicas¹.

¹Pastor R. J.D, Pastor B. M.M, López G. V., Cotes T.M.I, Mellado E. J, Jara C. J. (2009)
"Recién Nacido prematuro: a propósito de un caso" Hospital Universitario Virgen de Arrixaca, Murcia, España.
Vol. 4 p.p 255-259

Sierra Pacheco trata a un lactante menor de 3 meses de edad, sexo masculino, originario y residente del estado de Hidalgo, ingresando el 17 de Marzo 2005 al servicio de Cardio-Pediatria en el Instituto Nacional de Pediatria, posoperado de Coartectomia con seccion y sutura del conducto arterioso, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomia NANDA. La metodologia se focaliza en la valoracion, donde jerarquizan las 14 necesidades del Modelo de Virginia Henderson, incluyendo las caracteristicas fisicas del paciente en cada una de ellas, posteriormente en la atencion del plan de cuidados introducen objetivo, intervenciones y evaluacion. Como conclusion el autor fundamentó, que la enfermera desempeña un papel indispensable en el cuidado del paciente pediátrico dirigido al éxito de su tratamiento y que el plan de intervenciones es una herramienta básica para jerarquizar las necesidades del niño y proporcionarle una atención de calidad y calidez. En cuanto al paciente resolvió satisfactoriamente el problema cardiaco aunque la estancia hospitalaria del niño fue prolongada debido a las complicaciones que comprometieron su estado de salud, por lo que se dificulta el manejo del equipo multidisciplinario para alcanzar todos los objetivos.²

En el Instituto Nacional de Cardiología, año 2006, Cruz y Martínez presentan un caso sobre un lactante menor, con Diagnóstico Médico de Cardiopatía congénita cianógena por ventrículo único, utilizando la teoría de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, abordando un marco conceptual donde define la fisiopatología de la enfermedad, en el caso clínico detallan los datos objetivos y subjetivos del paciente, para efectuar la planeación de la atención, elaborando diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades, planificando así los cuidados específicos para cubrirlas. En la valoración focalizada desglosan los datos de dependencia de las 5 necesidades afectadas (oxigenación, nutrición, movimiento y postura, termorregulación, evitar peligros y riesgos), en el plan de intervenciones mencionan el Diagnóstico de enfermería, objetivo, intervenciones y evaluación.

² Sierra P. M. (2006) "Paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena", Revista Mexicana de Enfermería cardiológica Núm. 1, Vol.14, pp.16-23.

En las conclusiones refieren que la estancia hospitalaria de la niña fue de 10 días, recuperada la función respiratoria es egresada, reingresando sin lograr su recuperación, fallece finalmente. Confirman que a través del plan de cuidados se logra optimizar las actividades para satisfacer al máximo sus necesidades, además de brindar apoyo a los familiares para una mejor aceptación al tratamiento y pronóstico médico.³

El siguiente artículo, es un plan correspondiente a un niño con cardiopatía congénita, utilizaron NANDA, NIC, NOC, donde detallan que el plan de cuidados fue realizado a un lactante menor de 8 meses de edad, en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca (corrección de defecto de canal Auriculo-Ventricular Completo), en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) durante las primeras horas de vida, empleando la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías antes citadas. Las necesidades las desglosaron en forma jerárquica con manifestaciones de independencia, manifestaciones de dependencia, datos a considerar y exploración física. Emplearon los diagnósticos de Enfermería, objetivos, intervenciones de enfermería (NIC) resultados enfermeros (NOC). Concluyendo que el conocimiento enfermero facilita la mejora de los cuidados, así como la toma de decisiones y que el desarrollo de los planes de cuidado estandarizados con el uso de herramientas contribuyen a la aplicación práctica y simplificada del Proceso de Atención Enfermería.⁴

³ Cruz L.L.M, Enf. Martínez P.G. (2006) "Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianogena por ventrículo único" Revista Mexica de Enfermería Cardiológica Vol. 14 Núm. 2. Mayo -. pp. 56-61.

⁴ Alonso F. S, Ros E.M T. (2008) "Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC, NOC." Enfermería en cardiología No 44/2^ocuatrimestre, p.p 33-36.

Ferrer y García, realizaron un estudio a una lactante menor de 11 meses hospitalizada, en la unidad de lactantes del Hospital Teresa Herrera Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, con Diagnóstico Médico de Coartación Aortica, Ductus Arterioso y Síndrome de Down. En la metodología usaron la Valoración de las Necesidades según el Modelo de Virginia Henderson, determinando los diagnósticos Enfermeros con la taxonomía NANDA, y el programa informático de la Gestión asistencial de cuidados de Enfermería línea abierta (GACELA). Hacen mucho hincapié en la *relación de ayuda* que forma parte de aspectos como: acogida, actitud y respuesta empática, escucha activa, autenticidad, congruencia, y confrontación, lo anterior aplicado en forma conjunta dentro del Proceso de Atención de Enfermería. El plan individualizado de los cuidados contiene los Diagnósticos de Enfermería con sus factores relacionados, los objetivos y las actividades. Hace alusión a que el trabajo se realizó en equipo con los Terapeutas ocupacionales (Psicólogo, Trabajadora Social, Médicos y Enfermeras). Las autoras concluyen que la importancia de relación de ayuda o interrelación enfermera-paciente es parte fundamental de la práctica clínica de Enfermería y que esta relación-ayuda debe ser practicado desde la formación, finalizando con: “El que necesita ayuda y el que la da, trabajan juntos”.⁵

A continuación Solís, habla de un lactante menor de 1 año 4 meses de edad originario del Distrito Federal atendido en la unidad de urgencias el 18 de Septiembre, con Diagnóstico Médico de Bronquiolitis. La autora utilizó el modelo conceptual de las 14 necesidades propuesto por Virginia Henderson, en la valoración de enfermería jerarquiza las necesidades según el grado de dependencia e independencia, en el plan de cuidados enfatiza la necesidad afectada, fuente de la necesidad, grado de dependencia, datos subjetivos, objetivos, diagnostico de enfermería, intervención y fundamentación.

⁵ Ferrer P. A, García S. R, Barreiro B. J.M. (2003) “El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica” Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. 1er semestre año VII, no 13, p.p 52-62.

Concluye que el Proceso de Atención a Enfermería puede planearse de acuerdo a la alteración que presenta el niño y que el mejor Modelo es el de Virginia Henderson.⁶

El siguiente caso hace referencia al cuidado de Enfermería a un preescolar de 4 años 6 meses con alteración en la necesidad de Seguridad y Protección, con Diagnóstico Médico de VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida), internado en el servicio de Infectología de el Hospital Infantil de México Federico Gómez, las autoras aplicaron los conceptos básicos de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. La decisión de realizar el plan de cuidados a éste paciente fue por la atención especializada que requería, ya que carece de una familia y sus cuidadores secundarios eran el personal de una casa hogar que atiende niños con este problema de salud. Teniendo como propósito del estudio, aplicar la filosofía de Virginia Henderson a través del P.A.E., e identificar las necesidades básicas, estableciendo Diagnósticos de Enfermería, manifestando el grado de independencia o dependencia, así como las fuentes de dificultad y grado de dependencia, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos, emocionales y sociológicos del paciente. Estructuraron los diagnósticos con el formato P.E.S. y el sistema de notación NANDA, realizaron 11 diagnósticos reales, cada uno con sus intervenciones, diseñando por último un plan de alta.

El principal elemento utilizado fue la valoración, las necesidades específicas que detectaron en forma jerárquica en este paciente fueron desglosadas en su totalidad, con descripción en forma particular con la exploración física, mostrando en cada una los factores relacionados, el objetivo, las fuentes de dificultad, nivel y grado de dependencia y prioridad, culminando con su respectiva evaluación. Como conclusiones determinaron que la forma conjunta de la filosofía de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería les permitió que los cuidados brindados al niño fueran en forma continua, haciendo énfasis en la valoración de Enfermería para la obtención de datos particulares a cada necesidad.

⁶ Solís M. M. E. (2008), "Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación" Desarrollo científico de enfermería Vol. 16 Num.9, p.p. 414-417

También consideraron que el entorno no afectivo y la ausencia de los padres afectaron en forma directa y en forma principal la necesidad de seguridad y protección, siendo esta de forma psicosocial y de orden físico la alteración en la primera barra de protección (la piel). Concluyeron que no existe compromiso por parte del personal de salud y los cuidadores secundarios para el compromiso de ayudar a quien lo necesita con alto sentido humano y ético. Finalmente expresaron la dificultad para el seguimiento, pues los problemas de dependencia se resolverían a un largo plazo.⁷

El siguiente plan de cuidados se llevo a cabo en Noviembre de 1999, a una preescolar de 5 años de edad con diagnóstico médico de colecistitis y pancreatitis en relación con un quiste de colédoco, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en Barcelona España. El objetivo principal fue la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado hacia la niña y sus padres así como la independencia de la madre del equipo asistencial, utilizaron para este propósito el Proceso de Atención de Enfermería incluyendo las necesidades del modelo de Virginia Henderson, además de la taxonomía NANDA, emplearon en la valoración la situación del paciente, la valoración por necesidades, omitiendo las que presentan manifestaciones de dependencia, centrándose en los problemas que requieren implicación especial de enfermería, identificando en forma jerárquica cada objetivo y actividades. Confirman que se lograron las metas en el plan de cuidados de enfermería, así como la disminución de ansiedad de los padres y la autonomía de la madre en los cuidados de la niña. Concluyendo que las actividades de enfermería requieren de una acción rápida y eficiente incluyendo a los padres en la planificación de los cuidados; con respecto a la paciente citan que se lograron los objetivos, así como la confianza de la madre para desempeñar el rol de cuidadora.⁸

⁷ Franco O. M, Benítez T. A, (2001) "Proceso del cuidado a un preescolar con VIH" Hospital Infantil de México Federico Gómez. Revista Universitaria Vol.1, Año1, No. 3, p.p 13-23

⁸ Partera L. M. C, Molina P. F, Gesti S. S, Begoña C. S. (2003) "Atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre" Enfermería Clínica 13(5), Corporación Sanitara Parc Tauli en Barcelona España, p.p 313-320

El Proceso de Atención de Enfermería presentado por Mass y Dorantes fue aplicado a una adolescente de 13 años que cursó con un embarazo de 27 semanas de gestación, basado en las manifestaciones de dependencia y de independencia más relevantes encontradas, mediante el razonamiento reflexivo y el juicio clínico fundamentado en la teoría de Virginia Henderson. La metodología empleada fue la valoración que orientó a los datos objetivos y subjetivos el diagnóstico donde se identificó la fuente de dificultad así como los diagnósticos reales o de salud, la planificación guiada por el modo de intervención para determinar los objetivos y las prioridades, la selección de intervenciones para la elección de las actividades, de ejecución para el rol de la enfermera y la evaluación que dicta el curso de la posterior actuación, utilizando la taxonomía NANDA, NIC Y NOC. En la organización de datos, las autoras incluyeron las manifestaciones de dependencia e independencia, necesidades involucradas e identificación del problema, en la planificación de los cuidados incorpora el problema identificado (NANDA), resultados esperados (NOC), intervenciones (NIC) y fundamentación. En las conclusiones manifiestan que se observa una interrelación precisa de los supuestos de Henderson en su modelo de la definición de Enfermería en cada una de sus etapas, en el Proceso de Atención de Enfermería y la Taxonomía NANDA.⁹ Sánchez, en el 2001 realizó un plan de cuidados a un adolescente masculino de 13 años de edad, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la especialidad de Pediatría, publicado en el Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI, con Diagnóstico Médico de Desplazamiento Epifisiario Femoral Bilateral, encontrándose alterada la necesidad de movimiento y postura, de acuerdo con el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. La autora aplicó el Proceso de Atención de Enfermería, previa autorización de consentimiento informado en forma escrita a los padres.

⁹ Maas G. L, Dorantes C. P. (2010) "Proceso de Enfermería en adolescente embarazada con el referente teórico de Virginia Henderson" Universidad Autónoma del Carmen. Desarrollo científico de Enfermería. Vol.18 Num.3, p.p. 131-134.

En la valoración continua confirmó el estado de Independencia y Dependencia del paciente, basada en la historia clínica y exploración física focalizada a través de instrumentos de colección de datos, la tabla de niveles de continuum independencia-dependencia de Phaneuf y finalmente el plan de intervenciones de Enfermería. Realizó 13 seguimientos del paciente, 9 en hospitalización y cuatro en la consulta externa. El plan de cuidados de Enfermería fue derivado de la necesidad de movimiento y postura, hacen mención en cada diagnóstico el grado de dependencia encontrado y las acciones de enfermería para disminuir uno o dos grados según el mismo. En la discusión aborda que el objetivo fue el de identificar las necesidades básicas del adolescente, que la conjunción de la teoría de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería favoreció el análisis y la priorización de los cuidados. La autora concluyo que la metodología antes citada es sin duda un aspecto que cambia la práctica tradicional de Enfermería.¹⁰

El siguiente plan de cuidados fue a un adolescente de 14 años de edad con diagnóstico médico de Tetralogía de Fallot y síndrome deleción del cromosoma 22q11, en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, la autora se basó en el modelo de Virginia Henderson, elaborando un plan de cuidados de las principales necesidades humanas alteradas con los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA. Se basó en la valoración del estado de salud del paciente causas, dependencias en el nivel de relación y el plan de cuidado enfermero. Las necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson las valoró de acuerdo a la exploración física focalizada, desglosando las características del paciente, posteriormente realizó el plan de intervenciones de enfermería, jerarquizando los diagnósticos, incluyendo objetivo, estado de salud con factores de dependencia e independencia, así como las fuentes de dificultad, nivel de relación, intervenciones y evaluación.

¹⁰ Sánchez L. V. (2001) "Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura" Hospital de Pediatría Centro Medico Nacional Siglo XXI, Revista de Enfermería IMSS; 9(2), p.p 91-96.

Hizo énfasis en que el personal de enfermería debe tener el compromiso profesional de conocer los signos y síntomas que presenta este tipo de paciente para proporcionar una atención de calidad para lograr la independencia de la persona. Concluyo que es importante que la Enfermera identifique los datos subjetivos y objetivos del paciente para otorgar una atención de calidad y calidez.¹¹

Por último Mariano realizó un plan de cuidados a una adolescente de 11 años de edad con Lupus Eritematoso Sistémico y amputación bilateral pélvica, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Utilizó los conceptos básicos de Virginia Henderson, las 14 necesidades y el Proceso de Atención de Enfermería, la colección de datos la obtuvo de la paciente, familiares, expediente clínico y personal de salud. Metodológicamente utilizó para el caso clínico: la Historia clínica de Enfermería, carta de consentimiento informado, esquemas gráficos de continuum independencia-dependencia y para la redacción de los diagnósticos de Enfermería el formato PES y la taxonomía NANDA. Realizó 17 seguimientos, detectó 13 necesidades en dependencia y una en dependencia, 13 diagnósticos reales, 11 de riesgo y uno de salud, mostrando solo la necesidad de movimiento y postura. En el plan de Atención colocó el Diagnóstico, objetivo y la intervención. Como resultados especificó que se cumplió el objetivo planeado ya que pudo realizar las actividades planificadas, menciona que la necesidad mencionada se encontraba en el nivel 5 de dependencia y lograron disminuirla a 2, ya que la adolescente se movilizaba trasladándose de la cama a la silla de ruedas con facilidad. La autora concluyo que se debe contar con habilidad y destreza para la aplicación de la relación de la teoría de Virginia Henderson y el P.A.E, ya que es de gran provecho, y la importancia de incluir a la familia en toda circunstancia.¹²

¹¹ Mondragón R. A. (2010) "Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11", Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2010.Vol. 18, Núm. 3 pp. 82-86.

¹² Mariano S. N. (2008) "Atención especializada de enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica", Hospital Infantil de México Federico Gómez Desarrollo científico de Enfermería.vol 16, No 6. P.p 276-279.

En la mayoría de los estudios de caso la utilización de un Modelo conceptual presenta diversas ventajas, tanto para el paciente o persona, como para la organización en el cuidado y sobre todo para la identidad profesional de la Enfermera. El Modelo de Virginia Henderson permite jerarquizar los cuidados basándose en las 14 necesidades básicas y la necesidad de progresar a un mayor bienestar y a una mayor independencia poniendo en claro la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario, en cuanto al Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento estructurado y personalizado dirigido al mayor bienestar, que cuenta con etapas ordenadas en forma lógica, que es eficaz si se tienen los conocimientos y el espíritu de la enfermera para aplicarlo.

En el análisis de cada artículo revisado se llegó a la conclusión de que la relación que existe entre el Proceso de Atención de Enfermería y la Teoría de Virginia Henderson van de la mano y que se van fusionando conforme avanza la atención del paciente, al detectar los grados de independencia y dependencia, el quehacer que tiene la Enfermera, el jerarquizar cada una de las 14 necesidades y sobre todo el sentido que se le da para orientar a unos objetivos claros, con responsabilidad en forma sistemática y precisa.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso distinto, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: (valoración, planificación, ejecución y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.¹³ El proceso de Enfermería es el resultado para sistematizar los cuidados con el propósito de hallar un método que permitiera estimar la calidad de las intervenciones de los profesionales de enfermería.

El Proceso Enfermero es sistemático, dinámico, humanístico y centrado en los objetivos (orientado a los resultados). Es imprescindible para una buena práctica, ayuda a pensar de manera crítica en el entorno clínico. Sus cinco pasos – Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación- se solapan y están relacionados. La exactitud de cada uno de ellos depende de que se disponga de una información real, relativamente completa y del usuario. El proceso enfermero pretende mantener la salud potenciando la independencia, la sensación de bienestar y la capacidad para funcionar, independientemente de la presencia de enfermedades o discapacidades. ¹⁴

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

¹³ Iyer, Taptich, Bernochi-Losey 1997. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Tercera Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Pág.9.

¹⁴ Alfaro –LeFevre 2003 Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. 5ta. Edición Ed. Elsevier Masson Pág. 6,32.

¹⁵ Phaneuf M.1999 La planificación de los cuidados enfermeros Primera Edición, Ed. Interamericana Pág.55.

La base del PAE es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Aplicación del método científico a la práctica asistencial, las etapas desde el punto de vista práctico se superponen, y requiere por parte del profesional una interacción con el individuo además de conocimientos básicos que suponen el marco ideal para la valoración de las competencias:

- Capacidad técnica: Capacidad que el profesional tiene para conocer las características específicas del paciente que estamos tratando así como las técnicas terapéuticas para su tratamiento.
- Capacidad intelectual: Capacidad que el profesional tiene para hacer interpretaciones a partir de unos datos aplicando el conocimiento, realizar inferencias y capacidad para marcar objetivos y establecer estrategias terapéuticas desde la individualidad y la colectividad del paciente y comunidad. De la misma manera se introducen elementos de comparación de datos para identificar las áreas de mejora y renovar de forma continua la atención del paciente adecuándola a cada situación.
- Capacidad de relación: Capacidad del profesional para establecer una relación terapéutica y conocer las técnicas de comunicación más adecuada en cada momento.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

- Tiene una finalidad
- Es sistemático
- Dinámico
- Interactivo
- Flexible
- Tiene una base teórica

Objetivo

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

Finalidad del proceso:

- Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería.
- Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona.
- Descubrir y maximizar los recursos de la persona, tanto los personales como los externos.
- Planificar intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.
- Coordinar el trabajo del equipo indicando lo que hay que hacer y quien lo debe de hacer.
- Asegurar la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las situaciones.

Las ventajas profesionales del proceso de cuidados son:

- Pone de manifiesto la contribución de la Enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- Contribuye al desarrollo de todo un abanico de conocimientos propios de los cuidados de Enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.
- Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo.

El proceso de Atención de Enfermería como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Alfaro propone el siguiente cuadro, en donde se abordan las características del Proceso de Atención de Enfermería.¹⁶

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
Valoración	Recogida continua de datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir a estos.
Diagnóstico	Análisis de los datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas de salud reales y potenciales.
Planificación	Determinar los resultados deseados (objetivos específicos) e identificar las intervenciones para lograr los resultados.
Ejecución	Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.
Evaluación	Determinar en que grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.

¹⁶ Alfaro. Op Cit.Pág.6.

VALORACIÓN

Concepto

La valoración es la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería. Es un Proceso organizado y sistemático de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las diferentes necesidades de la persona, identificar de este modo sus problemas, conocer sus recursos personales y planificar las intervenciones que puedan ayudarla.¹⁷

La finalidad de la valoración es establecer una base de datos relativa a las necesidades percibidas, problemas de salud y respuesta a estos problemas, experiencias relacionadas, prácticas sanitarias, objetivos, valores, estilo de vida y expectativas del sistema sanitario que tiene el cliente. La información contenida en esta base de datos constituye el fundamento para desarrollar los diagnósticos enfermeros y el plan de cuidados individualizado, que es evaluado y perfeccionado según sea necesario durante el tiempo que la enfermera presta cuidados a un cliente.¹⁸ Existen diversos tipos de valoración, de acuerdo al fin que se propongan o a las condiciones de salud del paciente.

Tipos principales de valoración:

- **VALORACIÓN INICIAL:** Se realiza durante el primer contacto de la persona con el servicio de salud, puede ser al momento de su ingreso o también cuando el profesional de enfermería ingresa a su turno. Establece una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones. Se realiza Propósito
- **VALORACIÓN FOCALIZADA:** Se realiza Durante los cuidados de Enfermería y es un proceso progresivo integrado. Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior Identificar problema nuevo o que pasaron desapercibidos. Propósito.

¹⁷ Phaneuf M. Op Cit. Pág. 76.

¹⁸ Potter/Perry, 1996. Fundamentos de Enfermería Vol. 1, Ed. Marcout/Océano, España. Pág.: 302.

- VALORACIÓN URGENTE: Se realiza Propósito. Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica de la persona, se Identifican problemas que amenazan la vida
- VALORACIÓN DESPUÉS DE UN TIEMPO: Se realiza Propósito. Varios meses después de la valoración inicial comparar la evolución de la persona con los datos basales obtenidos anteriormente

Fuentes de información

Durante la fase de valoración los datos se obtienen de distintas fuentes, se clasifican como primarias o secundarias.

1. Fuente Primaria: Persona (prioritaria) La persona comparte percepciones y sentimientos sobre su estado de salud.
 - Factores que impiden la obtención de datos de la persona son: alteraciones de la conciencia, dificultades del lenguaje, capacidad mental limitada, elevado nivel de ansiedad, experiencias negativas con otros profesionales de salud, nivel sociocultural.
2. Fuente secundaria: Familiares, Miembros del equipo de salud, Registros clínicos.
 - Los datos se obtienen de los miembros de la familia y personas del entorno inmediato de la persona, miembros del equipo de salud y los registros clínicos.
 - Se utiliza cuando por la situación de la persona, ésta no puede proporcionar la información necesaria, o bien se precisan otros datos adicionales para aclarar o validar datos aportados por ella.
 - No hay que olvidar el derecho a la intimidad y confidencialidad cuando se obtiene información bien a través de una fuente primaria o secundaria.
 - El derecho de la persona a la reserva de información debe ser respetado.

3. Registros clínicos. Aportan datos actuales e históricos constituidos por:
- Datos demográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión.
 - Informes médicos: anamnesis, notas de evolución, terapéutica, etc.
 - Informes de otros profesionales de salud: nutricionista, fisioterapeuta, asistente social.
 - Exámenes de laboratorio.
 - Procedimientos diagnósticos.

Método de recolección de datos

Entrevista, observación y exploración física.

Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios para el diagnóstico de enfermería y la planificación de cuidados.

1. LA ENTREVISTA

Definición:

Es un proceso complejo que requiere de capacidades de comunicación e interacción. Es un modelo de comunicación iniciado para un fin específico y centrado en un área de contenido específica.¹⁹

Objetivos:

- Facilitar la relación con la persona creando una oportunidad para el dialogo.
- Adquirir información específica necesaria para el diagnostico y la planificación.
- Permite conocer de forma directa la percepción que tiene la persona de su situación de salud.
- Permite que la persona reciba información y participe en la identificación de problemas.

¹⁹ Iyer. Op Cit. Pág.54

Clasificación de la entrevista

- Entrevista Dirigida, Entrevista no Dirigida

Entrevista dirigida

- Es estructurada y proporciona información específica
- La enfermera establece la finalidad de la entrevista y la dirige
- La persona responde las preguntas pero no tiene la posibilidad de preguntar o comentar sus inquietudes.
- Se utiliza al llenar el formato de enfermería de la historia o en una situación de emergencia.

Entrevista no dirigida

- La enfermera crea una relación de comprensión, de entendimiento
- Permite que la persona dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la conversación.
- Se realiza para resolver problemas, asesorar y evaluar las intervenciones de enfermería.

Segmentos de la entrevista:

- Introducción: es la fase introductoria, profesional de enfermería y cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica.
- Cuerpo: se enfoca el dialogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios.
- Cierre: en esta fase se prepara al paciente para terminar la entrevista.

2. OBSERVACIÓN.

Observar es conseguir datos mediante el uso de los cinco sentidos. Es una actividad consciente y deliberada, que se desarrolla mediante el esfuerzo y aprovechamiento organizado, necesitándose práctica y disciplina para alcanzar habilidad.

- Se adquiere información sobre la persona, familiares, el entorno y la interacción entre estas tres variables.

- Es un elemento fundamental en el trabajo de enfermería.
- Se inicia desde el primer encuentro con la persona y continúa a través de la relación enfermera-persona.
- Involucra, selecciona, organiza e interpreta los datos para identificar problemas en la persona.

Datos obtenidos mediante la observación a través de los sentidos

- Sentido de la vista, aspecto general, cambios en la coloración de la piel, cantidades, higiene, posiciones, varices, mutilaciones, signos de malestar, etc.
- Sentido de la audición: ruidos corporales y tono de voz.
- Sentido del tacto, temperatura, inflamaciones, humedad de la piel, fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso, lesiones palpables (masas, nódulos).
- Sentido del olfato: olor de productos de desecho, olor de la sangre, olor corporal, etc.

La información obtenida por los sentidos puede ser un indicador positivo o negativo dependiendo de las circunstancias y del estado de la persona.

3. LA EXPLORACIÓN FÍSICA

- Es un método sistemático de recolección de datos.
- Se utilizan los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto.
- Técnicas:

Inspección: es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Palpación: el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto.

Percusión: consiste en golpear un objeto contra otro, produciendo vibración y consiguientemente ondas sonoras.

Auscultación: consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio.

Objetivos

- Definir datos básicos para establecer los Diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados.
- Evaluar el progreso de los problemas de salud de la persona.

Tipos de datos

- **Datos subjetivos:** se obtienen del cliente, la familia, los allegados, los miembros del equipo sanitario y las anotaciones de las historias.
- **Datos objetivos:** se obtienen por medio de la exploración física los resultados de las pruebas diagnosticas o de laboratorio, la literatura medica y la enfermera pertinente.
- **Datos históricos:** consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado.
- **Datos actuales:** se refieren a acontecimientos que están sucediendo en ese momento.

Técnicas para la recolección de datos:

La recolección de datos es más eficaz cuando utilizan al mismo tiempo técnicas de comunicación hablada y no hablada para obtener los datos.

Técnicas verbales: anamnesis, reflexión y declaraciones complementarias.

1. La **anamnesis** permite al profesional de enfermería obtener información del cliente, aclarar percepciones de las respuestas del cliente y confirmar otros datos subjetivos y objetivos. Las preguntas pueden ser:
 - Preguntas abiertas: para conseguir respuestas de mas de una o dos palabras.
 - Preguntas cerradas: que limiten las respuestas del cliente a una o dos palabras, como sí o no.
 - Preguntas sesgadas: para obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.
 - Preguntas guiadas: supone la referencia de una respuesta particular.

- Preguntas intencionadas: lo que se quiere evaluar.
2. La **reflexión** consiste en repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente según su percepción. La repetición anima al cliente a continuar comentando una determinada área de contenido.
 3. Las **declaraciones complementarias** animan al cliente a continuar hablando durante el proceso de recogida de datos.

Técnicas no habladas: los métodos no hablados pueden también facilitar o potenciar la comunicación durante la recogida de datos. Los componentes no hablados mas frecuentes son la expresión de la cara, la postura corporal, el contacto, la voz, el silencio y la escucha atenta.

Validación de la información:

Consiste en un doble examen o inspección de los datos para corroborar si estos son exactos y objetivos, esto significa volver a valorar a la persona, consultar al familiar y a otros miembros del equipo multidisciplinario.

La validación de los datos permite a la enfermera:

- Asegurarse que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Evitar conclusiones precipitadas.
- Evitar tomar decisiones equivocadas al identificar los problemas.

Organización de los datos:

El registro de los datos del cliente forma parte importante del proceso de enfermería por las siguientes razones:

- Establece un mecanismo para la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria.

- Facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente.
- Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia al cliente en forma individual.
- Forma un mecanismo legal permanente de la asistencia prestada al cliente.
- Proporciona la base para la investigación en enfermería

DIAGNÓSTICO

Concepto

El diagnóstico es un enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Sirven de base para elegir las intervenciones de cuidados encaminadas a la consecución de los resultados que son responsabilidad de la enfermera.²⁰

Después de haber obtenido la información se procede a elaborar los diagnósticos de enfermería.

Normas para ayudar a desarrollar diagnósticos redactados correctamente:

1. Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de la enfermera.
2. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Redactar los diagnósticos sin juicios de valor.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
8. Explicar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
9. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

²⁰ Phaneuf. Op Cit. Pág.132.

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

- Recogida incorrecta o incompleta de datos. Factores que pueden interferir:
 - a. Problemas de comunicación.
 - b. Ocultación de información.
 - c. Distracciones o interrupciones.
- Interpretación incorrecta de datos. Errores que pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos:
 - a. La utilización de solo un indicio o una observación para hacer deducciones prematuras.
 - b. Permitir que prejuicios o predisposiciones personales influyan en la interpretación de datos.
- Falta de conocimientos clínicos. Desarrollar un juicio antes de reunir o considerar toda la información importante.
 - a. Prejuicios personales.
 - b. Falta de conocimiento clínico o de experiencia.

Los diagnósticos de enfermería:

- No son diagnósticos médicos.
- No es la prueba diagnóstica
- No es el tratamiento médico o quirúrgico.
- No es el equipo.
- No es una simple etiqueta conceptual.
- No es una declaración del problema de la enfermera con el paciente.
- No es una meta de enfermería
- No es un simple síntoma.

Errores potenciales en la redacción de diagnósticos de enfermería:

- Incluir más de una relación en la cláusula descriptiva.
- Incluir juicios de valor.

- Establecer la misma respuesta varias veces cuando hay más de una etiología para una respuesta.
- Elaborar una declaración legalmente no aconsejable.

Tipos y componentes

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:²¹

- *Diagnóstico Real*: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Consta de tres partes, formato PES:

P	Problema +
E	Etiología, factores causales o contribuyentes +
S	Signos/síntomas. Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- *Diagnóstico de Alto Riesgo*: describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.

Se escribe sólo con dos partes, formato PE:

P	Problema +
E	Etiología/causa factor de riesgo.

²¹ Iyer. Op Cit. Pág.95.

- *De salud o de bienestar:* es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Son enunciados de una parte.

Contiene sólo la denominación y no contienen factores relacionados.

- *Posible:* se basan en reconocer cuando los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica. Es decir, cuando durante la valoración detecta claves que podrían indicar su presencia, pero faltan datos que permitan afirmarla o negarla con certeza.

Deseo de lograr un nivel más alto de funcionamiento en un área específica

- *De Síndrome:*

Usado cuando un grupo de diagnósticos de enfermería son observados juntos.

Clasificación según la NANDA

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el **diagnóstico de enfermería**. Fue fundada en **1982** para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International.²²

²² NANDA International 2009 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011, Ed. Elsevier. España.

Los DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA 2009-2011.

Se clasifican en Dominio

1. Promoción de la salud.
2. Nutrición.
3. Eliminación e intercambio.
4. Actividad/Reposo.
5. Percepción/Cognición.
6. Auto percepción.
7. Rol/Relaciones.
8. Sexualidad.
9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
10. Principios vitales.
11. Seguridad/Protección.
12. Confort.
13. Crecimiento /Desarrollo.

La NANDA es la principal organización para el desarrollo y perfeccionamiento de los términos para los diagnósticos enfermeros. La NANDA actualiza oficialmente sus listados cada 2 años, algunos de los diagnósticos de la lista han sido pocos estudiados y usados, mientras otros han sido ampliamente estudiados y usados.²³

La mayoría de etiquetas diagnosticas de la NANDA tienen tres componentes:

- **Título (etiqueta) y definición.** Una descripción concisa del problema.

Características definitorias. Grupo de signos y síntomas frecuentemente asociados ese diagnóstico. (Los diagnósticos de riesgo no tienen características definitorias por que se aplican a personas que están en riesgo de desarrollarlos. Por lo consiguiente, no hay signos ni síntomas evidentes).

²³ Alfaro. Op. Cit. Pág. 106 a 108.

- **Factores de riesgo (relacionados).** Factores que pueden causar o contribuir al problema.

Diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles.

Reconocer los diagnósticos enfermeros reales, de riesgo y posibles requiere, que compare los datos de la valoración de la persona con la definición, características definitorias y factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos cuya existencia sospecha. Las siguientes reglas le ayudaran a identificar los diagnósticos reales, de riesgo y posibles en la lista de la NANDA.

REGLA ⇨ Diagnóstico real: Los datos de la persona contienen evidencias de signos y síntomas o características definitorias del diagnostico

REGLA ⇨ Diagnósticos de riesgo: Los datos de la persona contienen evidencias de los factores relacionados (de riesgo) del diagnostico, pero hay de evidencias de las características definitorias. (Si hubiera evidencias de características definitorias, seria un diagnóstico real, no de riesgo.)

REGLA ⇨ Diagnóstico posible: Los datos de la persona no indican la presencia de características definitorias o factores relacionados del diagnostico, pero su intuición le dice que el diagnostico puede estar presente (p.ej., posible afrontamiento inefectivo)

Diagnósticos de salud

Los diagnósticos de salud se basan en reconocer cuando los clientes sanos indican un deseo de lograr un nivel mas alto de funcionamiento en un área especifica (p. ej., “Quisiera ser un padre mejor” puede llevarla a formular el diagnóstico de disposición para mejorar el rol parental).

Síndromes diagnósticos

Actualmente en la NANDA sólo hay dos síndromes diagnósticos (síndrome de desuso y síndrome traumático de violación). El síndrome diagnóstico se usa cuando el diagnóstico esta asociado con un grupo de otros diagnósticos.

Comparación de los diagnósticos enfermeros, reales, de riesgo y posibles			
Tipo de diagnóstico	¿Hay síntomas y Signos?	¿ Hay factores Etiológicos o Contribuyentes?	Responsabilidades enfermeras
Diagnóstico real Ejemplo: estreñimiento r/c ingesta pobre en residuos y líquidos evidenciado por heces duras y secas.	Si	Si	controlar los signos y síntomas para determinar la mejora o deterioro de la situación. Identificar intervenciones para eliminar o reducir la causa del problema.
Diagnóstico de riesgo Ejemplo: riesgo de estreñimiento r/c ingesta pobre en residuos y líquidos.	No	Si	Hacer valoraciones focalizadas diarias para determinar si han aparecido signos y síntomas que conviertan el Problema de riesgo en real. Identificar intervenciones Para prevenir, reducir o Eliminar los factores de riesgo.

Diagnostico posible Ejemplo: posible estreñimiento	No estoy segura	No estoy segura	reunir mas datos para clarificar las claves vagas y determinar si realmente hay signos y síntomas o factores de riesgo.
--------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

r/c, relacionada con.

Adaptada con permiso de Carpenito, L. (1985). Notas de un trabajo no publicado.

PLANEACIÓN

Concepto

Esta tercera etapa del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, lo cual lleva a la toma de decisiones y la resolución de problemas. 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.²⁴

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

En la planeación intervienen el profesional de enfermería, el paciente, las personas de apoyo y otros cuidadores.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

²⁴. Iyer. Op Cit. Pág.95.

De acuerdo con el tipo de diagnóstico enfermero se plantean las acciones de la planificación de los cuidados de enfermería:

En el diagnóstico enfermero real los objetivos van encaminados a reducir o eliminar factores contribuyentes, promover mayor nivel de bienestar y controlar el estado de salud; en el diagnóstico enfermero de alto riesgo los objetivos se encaminan a reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir que se produzca el problema y controlar el inicio del mismo; en el diagnóstico enfermero posible los objetivos se enfocan en recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico, y en los diagnósticos enfermeros de bienestar el objetivo se dirige a enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

3. Selección de las intervenciones y actividades de enfermería. Son las acciones que el profesional de enfermería planea para alcanzar los objetivos y lograr las metas del cuidado.

Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y compartimentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.

4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.

5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.

6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.

7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

Tipos

- Inicial: cuando se tiene el primer contacto con el paciente.
- Continua: el seguimiento que toma la compañera.
- Alta: para verificar que todo este bien.

La planificación del proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. *Establecimiento de prioridades.* Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería. El mecanismo habitual es la jerarquía de las necesidades humanas, desarrollada por Maslow (1943)

- Necesidad de supervivencia.
- Necesidad de estimulación.
- Seguridad
- Amor y pertinencia
- Estima
- Autorrealización

2. *Redacción de objetivos.* Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del Proceso de Enfermería.

Su propósito es el definir la forma en que el profesional de enfermería y el cliente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida.

- Los objetivos se obtienen del diagnóstico de enfermería.
- Los objetivos se documentan como metas mensurables.
- Los objetivos se formulan de forma conjunta con el cliente y los prestadores del cuidado, cuando sea posible.
- Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actuales y potenciales del cliente.
- Los objetivos son realizables en relación con los recursos al alcance del cliente.
- Los objetivos incluyen un cálculo de tiempo para su realización.
- Los objetivos marcan la dirección para la continuidad de la asistencia.

3. *Desarrollo de intervenciones de Enfermería.* Son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

4. *Documentación del plan.* Guía escrita que organiza la información.

Actividades

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

Tipos de intervenciones de enfermería:

- Interdependientes. Actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dietistas, terapeutas, técnicos y médicos.

- Independientes. Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico.
- Dependientes. La enfermera interviene llevando a cabo las ordenes escritas por el médico.

Características de las intervenciones:

- El plan es individualizado según el estado o las necesidades del cliente.
- El plan se desarrolla con el cliente, sus seres queridos y los prestadores de atención sanitaria, cuando este indicado.
- El plan refleja la práctica actual de la enfermería.
- El plan esta documentado.
- El plan asegura la continuidad de la atención.

Para crear un plan de cuidados, la enfermera utiliza actividades de pensamiento crítico para desarrollar los objetivos y los resultados esperados que sean relevantes para las necesidades del cliente que se ponen de manifiesto en la base de datos de la valoración y los diagnósticos enfermeros.²⁵

Los objetivos centrados en el cliente son específicos y medibles, diseñados para reflejar el más alto bienestar posible e independencia en función del cliente. Los objetivos no deberían buscar solamente la satisfacción de las necesidades inmediatas del cliente, sino que deberían también conllevar un esfuerzo hacia la prevención y la rehabilitación. Se desarrollan dos tipos de objetivos para el cliente, a corto plazo y a largo plazo, según la naturaleza de las necesidades y los problemas del cliente, y el tipo de servicios enfermeros prestados.

²⁵ Potter. Op Cit. Pág.: 338.

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que se formulen objetivos centrados en la persona cuidada. Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados: mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones: se necesita saber qué se pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación: tener un marco temporal específico para hacer las cosas y ponerlas en marcha.

Principios de los objetivos centrados en el cliente

Los objetivos centrados en el paciente se fijan en los resultados deseados del tratamiento y los beneficios que el paciente obtiene de los cuidados enfermeros.

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros.

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

Los objetivos a largo plazo describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan. El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.

- Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el paciente después de realizar una intervención.

- Determinar los objetivos requiere que, sencillamente, invierta el problema. Por ejemplo, si la persona tiene tal problema, el resultado deseado es que la persona no tenga ese problema (o por lo menos que se reduzca).
- Los objetivos describen cómo serán las cosas cuando el problema esté corregido o controlado.
- Para desarrollar un objetivo muy específico, formular un objetivo más amplio y luego añadir los datos (indicadores) que demostrarán que el objetivo se ha logrado. Esto ayuda a controlar los progresos del paciente.
- A veces los indicadores de los problemas del paciente ya han sido desarrollados en los planes de cuidados estándar. Determinar cuidadosamente si tales indicadores son apropiados para el caso específico de su paciente. Los planes de cuidados estándar son guías que generalmente, pero no siempre, se aplican a la situación individual del usuario.
- Cerciorarse de que los objetivos y los indicadores son medibles. Considerar los siguientes cinco **componentes para formular objetivos muy específicos** que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.
 - 1) **Sujeto:** ¿quién se espera que alcance el resultado (el paciente o uno de sus progenitores)?
 - 2) **Verbo:** ¿qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo?
 - 3) **Condición:** ¿en qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción?
 - 4) **Criterios de ejecución:** ¿en qué grado va a realizar la acción?
 - 5) **Momento para lograrlo:** ¿cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?
 - Usar verbos mensurables: verbos que describan exactamente lo que se espera ver u oír cuando se haya alcanzado el objetivo.

- Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tales como:
 - a) Dominio afectivo: objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores.
 - b) Dominio cognitivo: objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
 - c) Dominio psicomotor: objetivos que tratan de habilidades psicomotoras.

Existen siete criterios para la redacción de objetivos y resultados esperados.

- 1) Factores centrados en el cliente. Estas formulaciones reflejan la conducta y las respuestas del cliente como resultado de intervenciones enfermeras.
- 2) Factores singulares. Cada objetivo y resultado esperado debe estar dirigido solo a una respuesta de conducta. Esta singularidad proporciona un método más preciso para evaluar la respuesta del cliente a la acción enfermera.
- 3) Factores observables. La enfermería está presionada para demostrar objetivamente la efectividad de las intervenciones enfermeras en la salud del cliente.
- 4) Factores medibles. Los objetivos y resultados esperados se escriben para que la enfermera tenga un modelo a partir del cual medir la respuesta del cliente al cuidado enfermero.
- 5) Factores limitados por el tiempo. El límite de tiempo para cada objetivo y resultado esperado indica cuando debería ocurrir la respuesta esperada.
- 6) Factores mutuos. La formulación mutua de objetivos y resultados esperados asegura que el cliente y la enfermera estén de acuerdo en la orientación y los límites del tiempo de cuidados.
- 7) Factores realistas. Para establecer objetivos realistas, la enfermera, a través de la valoración, debe conocer los recursos de la institución sanitaria, de la familia y del cliente; el potencial fisiológico, emocional, cognitivo y sociocultural del cliente.

Tipos de planes:

El formato del plan de cuidados enfermeros varía de un entorno sanitario a otro.

- **Planes de cuidados institucionales:** son documentos concisos que pasan a formar parte de la historia médica del cliente.
- **Planes de cuidados computarizados:** el uso de ordenadores y la necesidad de organizar eficazmente el tiempo que la enfermera ha originado planes de cuidados estandarizados.
- **Planes de cuidados de los estudiantes:** los estudiantes de enfermería aprenden a escribir y a utilizar un plan de cuidados enfermero como parte de su formación.
- **Planes de cuidados en entornos comunitarios:** En estos entornos la enfermera debe completar una valoración más amplia de la comunidad, el hogar y la familia.

Clasificación (NIC)

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), presenta toda la gama de intervenciones de enfermería, de medicina general a todas las áreas de especialidad. Desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad de Iowa, esta herramienta clínica estandariza y define la base de conocimientos para los programas y práctica de enfermería, se comunica la naturaleza de la enfermería, y facilita la selección adecuada de las intervenciones de enfermería para enfermeras, incluyendo enfermeras practicantes, estudiantes de enfermería, los administradores de enfermería, y personal docente.²⁶

- Incluye 514 etiquetas basadas en la investigación la intervención de enfermería para proporcionar la estandarización de las intervenciones de enfermería se esperaba.
- Presenta para cada intervención: una definición, una lista de las actividades de la enfermera hace para implementar la intervención, y las referencias.

²⁶ Bulechek G.M. 2009 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5a ED, Editorial Elsevier.

- Incluye toda la gama de intervenciones de enfermería - fisiológicos y psicosociales, el tratamiento de la enfermedad y la prevención, promoción de la salud individual, grupal, familiar y comunitaria, atención directa e indirecta, y las intervenciones individuales como colectivas - para su uso en todas las prácticas y contextos educativos.
- Cuenta con una sección de enlaces que las intervenciones de los diagnósticos NANDA NIC para promover la toma de decisiones clínicas.
- Incluye ejemplos de aplicación en la práctica y los entornos educativos.
- Ofrece intervenciones de especialidades básicas en 43 especialidades.

Se subdivide en 7 áreas

- Área 1. Fisiológica: básica.
- Área 2. Fisiológica: compleja
- Área 3. Conductual
- Área 4. Seguridad
- Área 5. Familia
- Área 6. Sistema urinario
- Área 7. comunidad

Prioridades

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados es doble. Primero, proporcionar una guía para las intervenciones individualizadas y segundo, formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones. El elemento tiempo depende de la naturaleza del problema, la etiología, el estado general del cliente y el establecimiento del tratamiento.

- Alta prioridad: dimensiones psicológicas y fisiológicas.
- Prioridad intermedia: necesidades que no amenazan la vida, ejemplo, eliminación, descanso y sueño.
- Baja prioridad: necesidades que afecten su futuro bienestar.

EJECUCIÓN

Concepto

Es el comienzo del plan de cuidados de Enfermería para conseguir objetivos concretos.²⁷

En esta etapa se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados para que el cliente pueda alcanzar los objetivos establecidos.

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Reducir los riesgos.
3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las categorías enfermeras pueden clasificarse en:

- Intervenciones de cuidados directos. Acciones realizadas mediante interacción directa con los pacientes.

- Intervenciones de cuidados indirectos. Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de pacientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar.

Considerar tanto las intervenciones directas como las indirectas ayuda a justificar el tiempo de las enfermeras. Si se fija únicamente en lo que la enfermera hace al paciente, pasa por alto una gran cantidad de tiempo que se dedica a otras actividades enfermeras cruciales.

²⁷ Iyer. Op Cit. Pág.95.

La determinación de intervenciones específicas requiere de responder a cuatro preguntas claves:

1. ¿Qué puede hacerse para prevenir o minimizar el riesgo o las causas de este problema?
2. ¿Qué puede hacerse para minimizar el problema?
3. ¿Cómo puedo adaptar las intervenciones para lograr los objetivos esperados en esta persona en concreto?
4. ¿Qué probabilidades hay de que aparezcan respuestas adversas a las intervenciones y qué podemos hacer para reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de respuestas beneficiosas?

Pasos

La ejecución lleva a cabo 3 etapas:

1. *Preparación.* Exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería, exige el uso del razonamiento crítico.
 - Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
 - Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
 - Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas
 - Proporciona los recursos necesarios.
 - Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.
2. *Intervención:* diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente.
 - Refuerzo de las cualidades.
 - Ayuda en las actividades de la vida diaria.
 - Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.

- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
 - Educación.
 - Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.
3. *Documentación.* La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa.
- Graficas narrativas. La información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos.
 - Las graficas orientadas hacia el problema. La información esta enfocada en los problemas del cliente, es integrada y registrada utilizando un formato constante.
 - Graficas por excepción. Sistema de documentación para reducir la cantidad de tiempo gastado en la documentación.
 - Registros computarizados. Utilizar ordenadores para tener notas perfectamente legibles.

Sistema de prestación de cuidados

1. Asignación por tareas. Las responsabilidades de enfermería se dividen por tareas y son realizadas por diversos niveles de profesionales de enfermería.
2. Enfermería de equipo. 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.
3. Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones. Enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un cliente o un grupo de clientes.
4. Control de casos. Es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnostico del cliente.

5. Atención enfocada al paciente. Intervención al 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.

EVALUACIÓN

Concepto

Es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y métodos definidos, es una actividad deliberada y progresiva, que comprende al paciente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud.²⁸

Pasos

La evaluación tiene como finalidad principal asegurar unos cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones a la vista de los resultados. Se debe:

- Verificar la consecución de los objetivos.
- Tratar de averiguar lo que podría mejorarse.
- Rectificar el curso de la acción.
- Asegurar cuidados de calidad.

Etapas del proceso de evaluación:

- Observación y recogida de datos
- Medida del progreso realizado para alcanzar el objetivo.
- Juicio sobre la consecución o la no consecución del objetivo.

²⁸ Christensen Paula 1993 Proceso de Atención de Enfermería, Ed. El manual Moderno, S.A.de C.V. Pág.: 193

Estructura, proceso y resultado:

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 (pasada), como se muestra en el siguiente cuadro:

Formas de evaluación.

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
PROPOSITO 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 sobre hospitales	Escala de clasificación de competencia de enfermería.	Sistema Wisconsin Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorias	Escala de calidad de cuidados de enfermería.	
FUENTES DE DATOS Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de enfermería.	<i>Concurrente</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La grafica contiene la evidencia de las acciones de enfermería realizadas.	<i>Concurrente</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.

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

Christensen 1993 Proceso de Atención de Enfermería, Ed. El manual Moderno, S.A.de C.V. Pág.: 195

Clasificación (NOC)

Nursing Outcomes Classification (NOC) presenta u terminologías estandarizadas y medidas para la enfermería, resultados de los pacientes que se derivan de las intervenciones de enfermería. La amplitud de los resultados, y la inclusión de indicadores específicos que se pueden utilizar para evaluar y clasificar al paciente en relación con el logro de resultados.²⁹

- Incluye 330 etiquetas basadas en la investigación de resultados para proporcionar la estandarización de los resultados del paciente espera.
- Presenta para cada resultado: una definición, una lista de indicadores, y medidas para facilitar la aplicación clínica.
- Proporciona vínculos entre los resultados NOC y NANDA diagnósticos de enfermería para promover la toma de decisiones clínicas.
- Organiza los resultados NOC en un marco conceptual con una clasificación codificada para facilitar la localización de un resultado.
- Incluye ejemplos de aplicación en la práctica y los entornos educativos.
- Proporciona vínculos con los patrones funcionales de salud de Gordon.
- 76 resultados recientemente aprobados: 70 para pacientes y cuidadores de la familia, tres resultados a nivel familiar, y 3 los resultados a nivel comunitario.

²⁹ Moorhead S. 2005 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ra Edición. ED. Elsevier.

- Resultados de la investigación a partir de 10 sitios clínicos que prueban la fiabilidad y la validez de los resultados.
- Contenido más amplio que abarca la configuración de la comunidad, lo que refleja el cambio en la prestación de asistencia sanitaria.
- Los resultados principales de áreas de especialidad de Enfermería con intervenciones básicas para 41 especialidades de enfermería.
- Una columna adicional en la escala de la sección de medición de los resultados con N / A para ayudar a las enfermeras documentar los indicadores de resultados específicos que no se aplican a sus pacientes.

La (NOC) es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del (NOC), que describen la respuesta deseada del cliente:

- La salud funcional.
- La salud psicológica.
- Salud sicosocial.
- Conocimiento de la salud y comportamiento.
- Percepción de salud.
- Salud de la familia.
- Salud de la comunidad.

1.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos meta paradigáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.³⁰

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

³⁰ Kerouac 2005 El pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona, España Pág. 23-58

Orientación centrada en la salud pública

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.¹

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el Metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como *Henderson, Hall y Watson* suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V. Henderson, H. Peplau y D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del Metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.³¹

³¹ Idem

- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestas por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del Metaparadigma de la siguiente manera:³²

³² Idem

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud".

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz".

Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."

CONSIDERACIONES GENERALES

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

Virginia Henderson elaboró su modelo conceptual debido a su deseo de clarificar la función de las enfermeras. Para ello y basándose en las teorías sobre necesidades y desarrollo humano descritas por autores como A. Maslow, E. Ericsson y J. Piaget, desarrolló un modelo conceptual basado en 14 necesidades básicas.

Desde la perspectiva de la teorizante, la disciplina de enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para satisfacer cualquiera de las necesidades básicas de las personas, lo que da lugar a estados de dependencia y de falta de autonomía.³³

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte. Su primera publicación fue la revisión del *textbook of the Principles and Practice of Nursing*. En el que ella incorpora algunas ideas propias.³⁴

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas y la salud como núcleo para la acción de enfermería pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

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

³³ Meza 2005 La construcción del conocimiento en enfermería: pasado, presente y futuro. Tesis Maestría. San José: Universidad de Costa Rica

³⁴ Marriener T, 1999 "Modelos y Teorías de Enfermería", cuarta Edición, Editorial Harcorrt, pág. 99.

Conceptos principales:

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Virginia Henderson definió:

- **Enfermería:**

En términos funcionales: "la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que le facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible".³⁵

- **Persona :**

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

³⁵ Idem.

- **Entorno :**

El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

- **Salud :**

La capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de Enfermería. “La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción vital en sus mas altas cotas”.

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

- PERSONA Necesidades básicas.
- SALUD Independencia, Dependencia, Causas de la dificultad o problema.
- ROL PROFESIONAL Cuidados básicos de Enfermería, Relación con el equipo de salud.
- ENTORNO Factores ambientales, Factores socioculturales.

- **Necesidad:**

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.³⁶ Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona, ya que tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

³⁶ Idem.

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.³⁷

1. Oxigenación:

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos.

2. Nutrición e Hidratación:

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

³⁷ Phaneuf M. Op Cit. Pág. 32 a 42.

3. Eliminación:

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. Comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

4. Movimiento y Postura:

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

5. Descanso y Sueño:

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6. Usar prendas de vestir adecuado:

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del coro y de los gustos personales.

7. Termorregulación:

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8. Higiene:

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

9. Comunicación:

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

10. Seguridad y Protección:

Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

11. Vivir según sus creencias y valores: Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del

bien y la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. Trabajar y Realizarse:

Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útiles a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13. Recreación:

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

14. Aprendizaje:

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Independencia

El equilibrio fisiológico y psicológico que la persona debe alcanzar para la satisfacción de sus necesidades por medio de acciones o comportamientos que el mismo realiza(o que otros hacen por el de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, por ejemplo el niño).³⁸

³⁸ Phaneuf. Op Cit. Pág. 29.

El concepto de **independencia** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

En este nivel óptimo se desarrolla el potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Para mantener un equilibrio 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 o comportamientos adecuados que el mismo realiza** (o que otros hacen por el de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, por ejemplo, el niño), es **independiente**.

Dependencia

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”.³⁹

Si, por causa de otras dificultades, el cliente **es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por si mismo acciones adecuadas que le permiten alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente**.

³⁹ Phaneuf. Op Cit. Pág. 30.

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.

La independencia y la dependencia en el niño.

INDEPENDENCIA

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 encuentre.

DEPENDENCIA

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

Fuente: Phaneuf M.1999 La planificación de los cuidados enfermeros Primera Edición, Ed. Interamericana Pág.30.

CONTINUUM INDEPENDENCIA- DEPENDENCIA

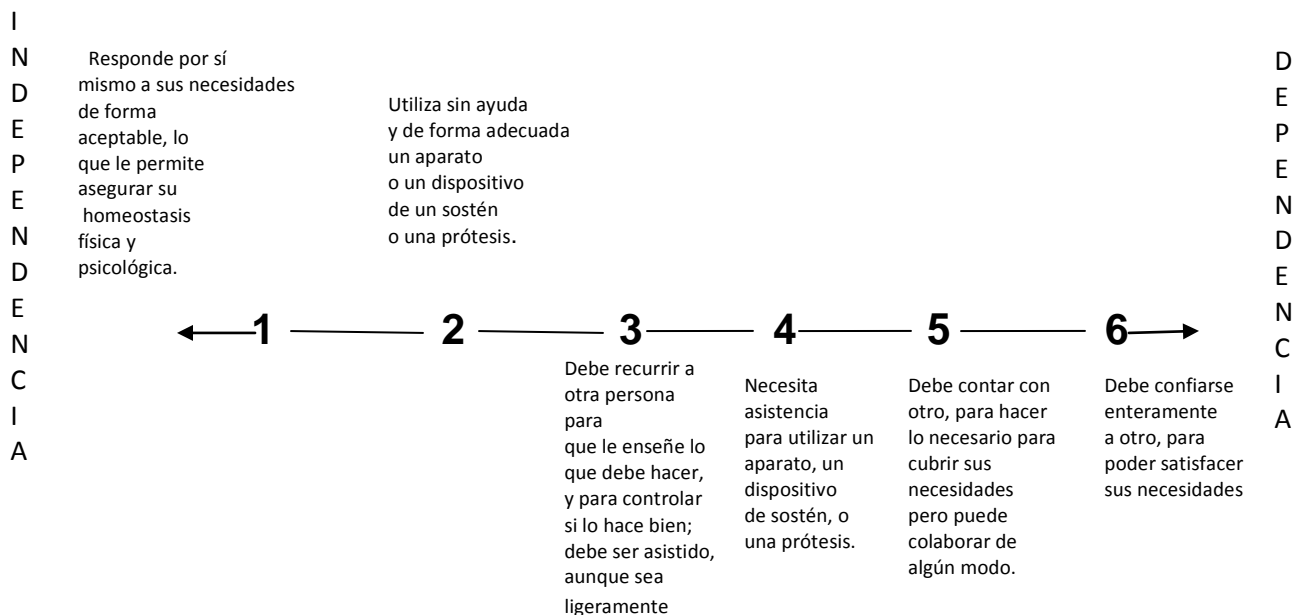
La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia 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 si mismo.⁴⁰

⁴⁰ Phaneuf. Op Cit. Pág. 30.

Estos niveles se enuncian así:

1. El cliente es independiente si responde por si mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
2. Es independiente si utiliza –sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y, de este modo, lograr satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que lo enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada Cuando ha de recurrir a la asistencia de la otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aun mayor cuando ha de contar con una persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, por que es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Continuum independenciam-dependencia



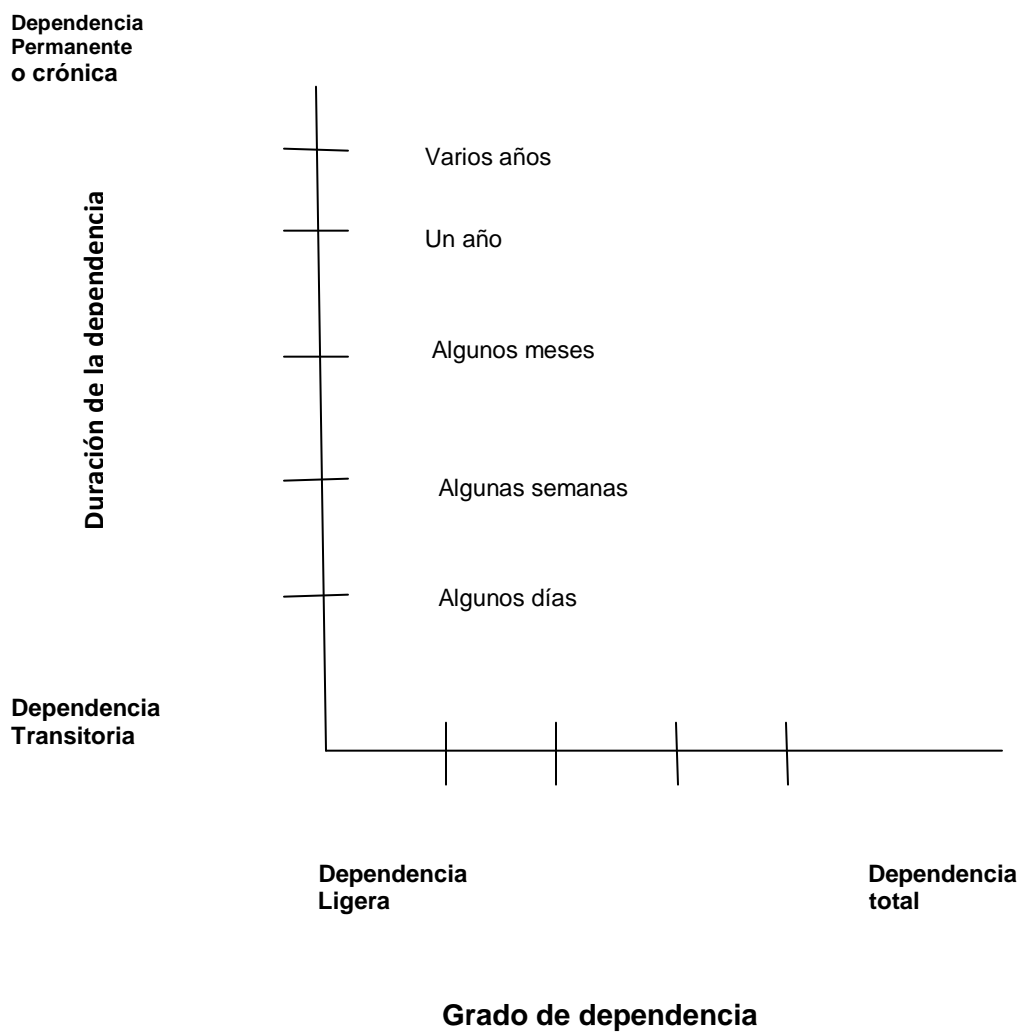
Fuente: Phaneuf 1993. Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana

GRAFICA DE TIEMPO Y DURACIÓN

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 permanente⁴¹

⁴¹ Phaneuf. Op Cit. Pág. 32.

Gráfico que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.



Fuente: Phaneuf 1993. Cuidados de Enfermería El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid España. Mc Graw Hill Interamericana

Tipos de dependencia y niveles de prevención

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.⁴²

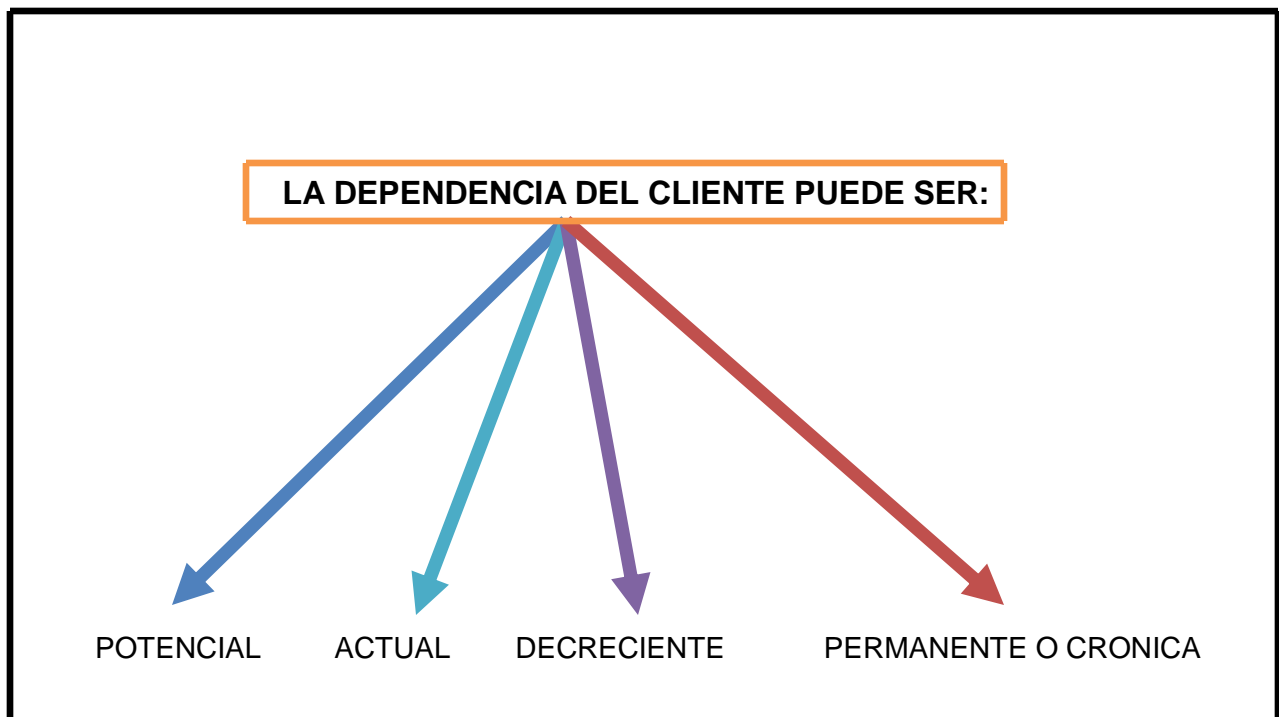
Este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención mencionados anteriormente, es decir prevención primaria, secundaria y terciaria. Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente por ejemplo: el cliente subalimentado o deshidratado, cuya inmovilidad puede causar fácilmente úlceras por presión una acción preventiva apropiada puede evitar, en este caso, el problema de dependencia.

Sin embargo, cuando el problema ya está instalado, nos encontramos ante una dependencia actual y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Por otra parte, cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayuda al cliente a recuperar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

⁴² Phaneuf. Op Cit. Pág. 33.

Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, por el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en estos momentos en permanente o crónica. Es el caso de un parapléjico que para determinadas necesidades, puede llegar a un grado elevado de autonomía, pero para desplazarse debe siempre, de una cierta forma, contar con la ayuda de alguien. El rol de la enfermera consiste en este caso en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por si mismo, y en ayudarle a adaptarse a sus limitaciones.⁴³



Elaboró: Lic. Enf. Castillo Durán Yolanda.

⁴³ Phaneuf Op Cit. Pág. 34

Fuentes de dificultad

FALTA DE CONOCIMIENTO:

- La persona no ha adquirido conocimientos para manejar sus cuidados de salud.
- Desconoce los recursos y las limitaciones

FALTA DE FUERZA:

- Física: **“poder hacer”** fuerza y tono muscular, capacidad psicomotriz y fuerza peristáltica.
- Psíquica: **“por que”** capacidad sensorial e intelectual.

FALTA DE VOLUNTAD:

- Querer realizar acciones para recuperar, mantener o aumentar la independencia.⁴⁴

Estas fuentes de la dificultad se manifiestan en los siguientes planos:

DE ORDEN FISICO:

Comprenden cualquier impedimento físico, de naturaleza intrínseca o extrínseca, que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales.

- **INTRÍNSECAS:** Del propio individuo. Factores: orgánicos, genéticos y fisiológicos.
- **EXTRINSECAS:** Agentes exteriores, en contacto con el organismo que dañan el desarrollo normal de sus funciones.

⁴⁴ Phaneuf Op Cit. Pág. 34.

DE ORDEN PSICOLÓGICO:

Perturban el equilibrio de sus necesidades y están relacionadas con:

- inteligencia
- pensamiento
- estado de conciencia
- sentimientos
- estrés
- ansiedad
- etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad situaciones de crisis

DE ORDEN SOCIOLÓGICO:

Por naturaleza, el hombre debe vivir en sociedad para satisfacer sus necesidades fundamentales

- plano relacional y cultural
- plano económico
- plano ambiental

REPERCUSIONES DE ORDEN ESPIRITUAL:

Se refiere a las dimensiones superiores del ser.

- espíritu
- sentido moral
- valores
- práctica religiosa

INSUFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS:

El hecho de estar mal informado sobre su salud, su realidad personal, familiar o del entorno puede constituir para el cliente una fuente de dificultad importante, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

- conocimiento de si mismo
- conocimiento de la salud y de la enfermedad
- conocimiento de los otros conocimiento del medio físico y social

Postulados

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente 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.⁴⁵

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con 14 necesidades.
- Cuando una necesidad no esta satisfecha el individuo no es un todo completo e independiente.

Valores

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.⁴⁶

⁴⁵ Phaneuf. Op Cit. Pág. 36.

⁴⁶ Marriener. Op. Cit. Pág: 103

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

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

Afirmaciones teóricas

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

La enfermera como sustituto del paciente:

- La enfermera es un sustituto de carencias del paciente debido a su falta de voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente:

- La enfermera ayuda a recuperar su independencia.

La enfermera como compañía del paciente:

- Supervisa, educa al paciente en su propio cuidado

RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

- La enfermera tiene una función especial diferente al de los médicos.
- Su trabajo es independiente
- Existe una relación entre uno y otro dentro del trabajo.

RELACIÓN ENFERMERA-EQUIPO DE SALUD

- La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otro profesional de la salud.
- Todos se ayudan mutuamente para completar el programa del cuidado del paciente.

Supuestos

SUPUESTOS PRINCIPALES DEL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla, y desear ser independiente en cuestiones de salud”. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o de comodidad, del cual nos hacemos mas conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible. Cuando el individuo aprecia de gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.⁴⁷

⁴⁷ Marriener. Op Cit. Pág: 103.

“Cada individuo es una totalidad compleja (un ser biopsicosocial) que requiere satisfacer necesidades fundamentales”. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer primero estas, para poder acceder a las demás áreas.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. El termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

RELACION EXISTENTE ENTRE LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La relación entre el modelo de Virginia Henderson y el proceso de Atención de Enfermería permite utilizar las ideas de V. Henderson a la práctica de enfermería a través de proceso.

El siguiente esquema se define de la siguiente manera:

La enfermera tiene valores éticos y humanísticos para asistir a la persona en relación a las 14 necesidades básicas tomando en cuenta el entorno así como sus factores biofisiológicos, psicológicos espirituales.

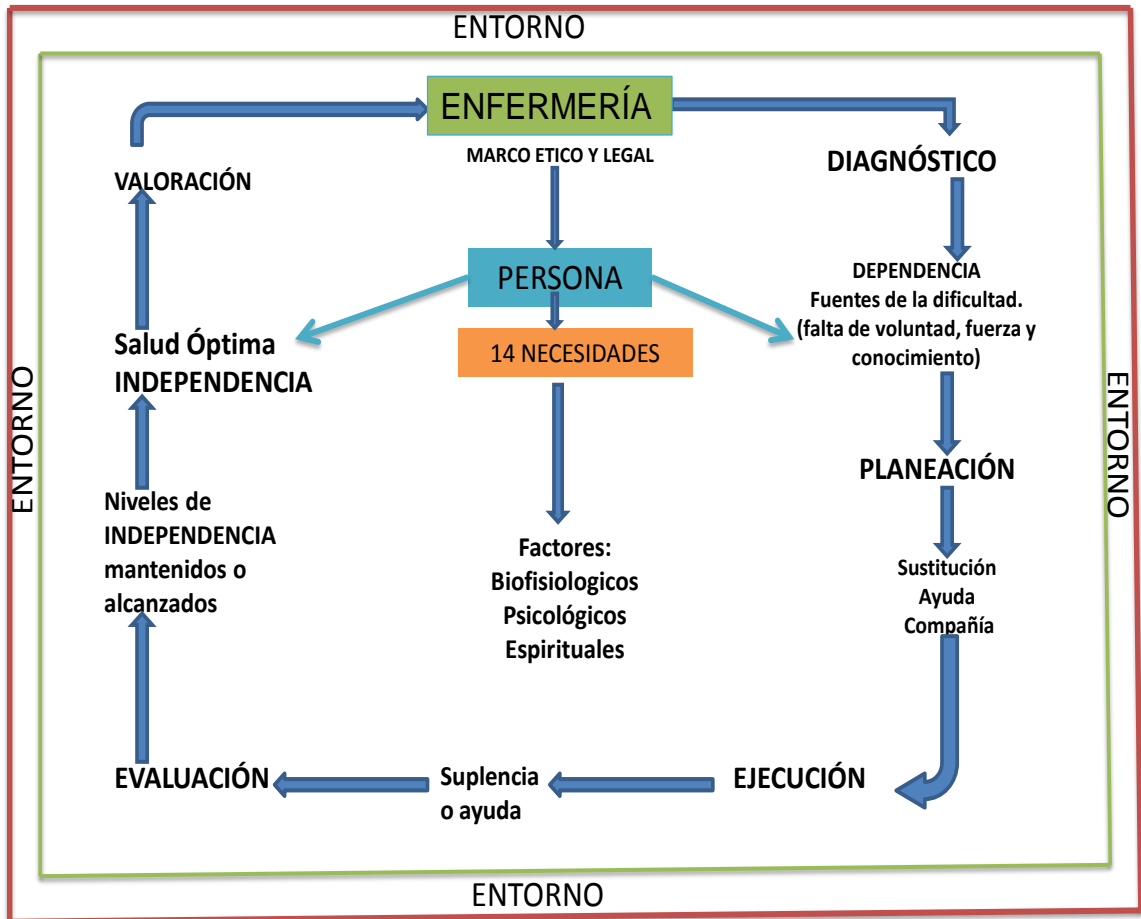
A partir de aquí se aplica el Proceso de Atención de Enfermería en donde en la etapa de la VALORACIÓN sirve de guía en la recolección de datos, el análisis y síntesis de los mismos, donde se vera el grado de dependencia e independencia en cada una de las 14 necesidades y las respuestas humanas.

En el DIAGNÓSTICO se determinan las causas de dificultad en la satisfacción de esas necesidades y la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas ,en la PLANEACIÓN se formulan los objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la EJECUCIÓN se determina la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado, y en la EVALUACIÓN se determinan los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados y ayudarle a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos para lograr un nivel optimo de salud. ⁴⁸

⁴⁸ Fernández 1993 El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, España. Pág 1-10.

ESQUEMA 1

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Elaboró: Lic. Enf. Castillo Durán Yolanda.

1.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL CUIDADO

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.⁴⁹

FUENTES DE LA ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales. Entre ellas tenemos:

- **Normas Jurídicas.** Se basan en el cumplimiento del conjunto de normas o reglas de conducta de carácter obligatorio que regulan las actividades de los individuos en su convivencia social
- **Normas Morales.** La enfermera (o) como profesional debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional
- **Normas de Trato Social.** Las enfermeras (os) deben coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de salud en la atención al individuo, cumpliendo las normas establecidas por la sociedad

Es importante mencionar que las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista de Enfermería se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.⁵⁰

⁴⁹ Balderas 1998 Ética de Enfermería Editorial McGraw-Hill Interamericana. México Pág: 118 a 125

⁵⁰ Rumbold 2000 Ética en Enfermería, Tercera Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. Pág: 52

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS EN MÉXICO

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). Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. 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.⁵¹

⁵¹ Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2001 Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, D.F. Pág: 5 a 27

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

- 1.** Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.** Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3.** Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.** Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.** Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.** Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.** Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8.** Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.** Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.** Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁵²

⁵² Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001 Secretaría de Salud. Pág 28.

PRINCIPIOS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

La ética profesional se basa en cuatro principios, los cuales provienen de la bioética.

- Principio de Beneficencia
- Principio de Autonomía.
- Principio de Justicia.
- Principio de No-Maleficencia.

Los principios: “Son imperativos de tipo general que nos orientan acerca de qué hay de bueno y realizable en una acción y de malo y evitable en otras”. Es un imperativo universal que prescribe determinadas acciones “en razón de determinadas características descriptivas que siempre que se den y en igualdad de circunstancias... obligan a actuar obedeciendo a ese principio universal”.⁵³

Los principios quedan justificados desde tres perspectivas filosóficas.

- 1.- La empirista: Los principios nos sirven porque son generalizaciones de prudencia adquirida a lo largo de muchas generaciones. La experiencia moral.
- 2.- El racionalismo Trascendental: “Los principios son aquellas proposiciones que necesariamente hay que dar por supuestas para que sea posible y tenga sentido cualquier experiencia y cualquier planteamiento ético”.
- 3.- Son derivados del telos de la vida humana.

Principio de beneficencia

“Hacer bien una actividad y hacer el bien a otros mediante una actividad bien hecha”. Esta formulación es válida para todo profesional, pues con su actividad profesional debe hacer el bien, eso es lo primero y principal que con su actividad logre realizar el bien (el fin) o los bienes (fines) a los que dicha actividad esta constitutivamente encaminada.

⁵³ Hortal. 2001. Ética de las profesiones. Editorial Descleé. Bilbao. Pág. 92 -135.

Cuando alcanzamos la finalidad propia de nuestro quehacer profesional logramos hacer el bien al cliente o usuario, así como a la sociedad en la que ejercemos nuestra profesión.

El bien se predica de muchas formas, es contextual, no relativo. El bien es objetivo. Debe reconocerse a partir de la actividad misma. Refiriéndonos al bien moral diremos que buenas son en sentido moral aquellas acciones y personas que en cada caso son alabadas en sentido moral y no meramente pre-moral”.

El bien moral está circunscrito en una Vida Buena, valiosa y digna en las virtudes. En sentido moral nos referimos a todos los actos que conforman una vida que puede ser aprobada como modelo, no sólo en un aspecto sino como en el conjunto de su vida, como una vida profundamente humana.

Algunos criterios que nos ayudan a lograr este principio.

- La preocupación por el “otro”, si esto no es así nos deshumanizamos.
- La búsqueda de bienes en nuestra profesión se debe balancear con otros de nuestra vida privada y lograr un proyecto de vida. Intentar crear una vida que merezca ser vivida por; con y para otros.

Principios de autonomía

Este principio surge en la sociedad moderna, la cual es una sociedad en donde cada día se va generando la libertad y la conciencia. Después de la revolución francesa, se vive en una sociedad democrática y pluralista. Algunos filósofos representantes de este principio son Locke y Kant.

Principio de Autonomía

- “ Todo ser humano es autónomo nadie nos puede imponer nada”
- Nuestra sociedad considera que la autonomía es el mayor bien, por esta razón es llamado un Hiperbien, da lugar a valoraciones fuertes.
- Cada uno es dueño de sí mismo, de su capacidad de trabajo y de sus propiedades, puede hacer con ellas lo que quiera mientras no imponga coactivamente nada a nadie.
- Es decir todos los hombres tenemos los mismos derechos e igual dignidad. Los hombres no tenemos precio sino dignidad.

- La autonomía: Cada hombre es su propio legislador.

Este principio dentro de la ética profesional dice: “el cliente o usuario de los servicios profesionales es persona, sujeto de derechos. Su opinión, sus convicciones sus derechos merecen ser respetados y hay que informarle debidamente para poder contar con su consentimiento para llevar a cabo cualquier actuación profesional que le afecte”.⁵⁴

Es decir no se trata sólo de hacer el bien sino en hacerlo desde la interior implicación con el bien en sí, que es la persona humana.

Relaciones entre beneficencia y autonomía

- ✓ Entre estos principios hay zonas de conflicto pero no son opuestos.
- ✓ Es fácil caer en el paternalismo porque el cliente, no sabe y no puede y sin embargo necesita o desea. El riesgo es que el profesional elige por nosotros por “nuestro bien” y no tomar en cuenta nuestra opinión. Este tipo de relación es Asimétrica, ya que lo considera como un mero destinatario.
- ✓ En la relación profesional –cliente no debe haber abusos.
- ✓ Algunos autores distinguen entre paternalismo débil y paternalismo fuerte. El primero se refiere a la acción para proteger a las personas contra sus propias acciones esencialmente no autónomas. El paternalismo fuerte son las acciones para beneficiar a una persona aunque sus decisiones sean arriesgadas pero voluntarias y autónomas. Este tipo de paternalismo es injustificado.
- ✓ Sólo apelando a la autonomía se puede dar una relación simétrica. “El cliente o usuario es una persona, sujeto de derechos, su opinión, sus convicciones y sus derechos merecen ser respetados”.⁵⁵
- ✓ En el ámbito de los adultos nadie puede imponer nada, ni nadie puede no respetar las decisiones del otro.

^{54,55} Idem

La autonomía

- Es deber de un profesional promover la libertad y la dignidad humana.
- El cliente tiene el derecho de buscar al mejor profesional para que le ayude a resolver su problema de la mejor manera.
- La autonomía, no es hacer lo que quiera. La autonomía que se vive es la compartida.
- Cuando logramos una relación simétrica entre ambos principios promovemos la vida ética en nuestra profesión, en nuestra empresa es decir en las instituciones existentes en nuestra sociedad. La actuación profesional debe promover la vida buena en nuestra sociedad.

Consentimiento informado

Es un acuerdo de un paciente de aceptar un curso de tratamiento o procedimiento después de haber recibido una información completa sobre él, lo que incluye las ventajas y los riesgos del tratamiento por un proveedor de atención sanitaria.

Existen dos tipos de consentimiento: expreso e implícito. El consentimiento expreso puede ser un acuerdo oral o escrito. El consentimiento implícito existe cuando la conducta no verbal del individuo indica el acuerdo. La obtención de conocimiento informado para tratamientos médicos y quirúrgicos es responsabilidad de la persona que va a realizar el procedimiento.⁵⁶

Existen tres elementos principales del conocimiento informado:

- Debe darse voluntariamente
- Debe otorgarse por parte de un paciente o individuo con la capacidad y competencia de comprenderlo
- El paciente o individuo debe recibir cierta información para ser capaz en último término de tomar de tomar la decisión.

⁵⁶ Idem

El Consentimiento Informado específicamente, está contemplado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica en el Artículo 29, 80 - 83 y lo publica a través de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1- 1998,14 del expediente clínico (NOM 168), definiendo al Consentimiento Bajo Información (consentimiento) como “los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepte, bajo información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.”⁵⁷

Artículo 29, del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios refiere que: “Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico”.⁵⁸

Artículo 80, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios, nos dice que: “En todo hospital y siempre que el estado del **paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada** para practicarle, con fines de **diagnósticos terapéuticos**, los **procedimientos médicos quirúrgicos** necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma” Esta autorización inicial, no excluye la necesidad de recabar después, la correspondiente a cada procedimiento **que entrañe un alto riesgo para el paciente.**⁵⁹

Artículo 81. “En caso de **urgencia** o cuando **el paciente** se encuentre en estado de **incapacidad** transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el **familiar más cercano** en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su **tutor o representante legal**, una vez informado del carácter de la autorización.”⁶⁰

^{57,58,59,60} NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html.

2o. Párrafo del Art. 81. Cuando no sea posible obtener la autorización por **incapacidad del paciente y ausencia de la persona** a que se refiere el párrafo que antecede, los **médicos autorizados** del hospital de que se trate, **previa valoración** del caso y **con el acuerdo de por lo menos dos de ellos**, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Principio de justicia

Para definirlo es necesario tener una concepción de lo que es una sociedad justa y libre, es decir una sociedad buena. Una “concepción global y articulada de lo que cada cual es aporta y recibe de la sociedad en los distintos ámbitos en los que vive convive y actúa”. En otras palabras hay que contextualizar a la justicia (país, internacional) y ligarlo a la distribución de recursos con los que la sociedad cuenta.⁶¹

La justicia

- Es en donde se plasma el ideal de la vida ética.
- Un profesional es injusto cuando es incompetente o negligente y con su acción le causa daño a un cliente o usuario.
- Justo es: Dar a cada quien lo que le corresponde.
- Existen algunas reglas que nos han de ayudar a lograrlo:
- Ser hombre (art. 1 de los derechos humanos). Persona con dignidad, su autonomía hay alejar los males y daños. Es necesario promocionar a la persona humana.

⁶¹ Hortal. 2001 Op Cit. Pág 102

Por el contrato. Que acompaña las relaciones con el profesional- cliente. En este tipo de relaciones es importante establecer un contrato (implícito o explícito). El profesional contrae obligaciones que debe cumplir y el usuario o cliente adquiere derechos que hay que respetar.

- ✓ Por el mérito contraído, en razón de lo que ha hecho, del esfuerzo o trabajo realizado.
- ✓ Por participación proporcional, en las cargas y beneficios que a todos atañen.
- ✓ Por ley establecida por la autoridad competente.

Asimismo con respecto a la ética profesional el principio de justicia se refiere a: la obligación de todo profesional de lograr captar y esforzarse por llevar a la práctica el sentido social de nuestra profesión. Como profesionales debemos cumplir un compromiso con la sociedad, hacer el bien. Por lo tanto, el principio de justicia obliga al profesional a enmarcarse dentro de una ética social, si esto no es así, entonces la ética profesional es un mero idealismo.

Llevar a cabo una profesión, no significa tener un espacio neutro en la sociedad. El principio de justicia tiene relación con los bienes y servicios que el profesional brinda a la sociedad.

Para concluir diremos que lo justo es:

- ✓ respetar la dignidad de la persona.
- ✓ Contribuir al bien común.
- ✓ Establecer de manera clara los derechos y deberes de cada una de las partes.
- ✓ Utilizar los Códigos éticos de la empresa en donde prestamos nuestros servicios o el código ético de nuestra profesión.

Principio de no-maleficencia.

Se ha enunciado: “Ante todo no hacer daño”. Hipócrates afirmó: “Ayudar o al menos no hacer daño”. Santo Tomás afirmó: “El bien hay que hacerlo y el mal hay que evitarlo”.⁶²

- ✓ “No hacer daño”
- ✓ Relaciones entre el bien y el mal.

El principio de beneficencia y el de no-maleficencia no son idénticos, ni simétricos. Para hacer el bien hay que hacer algo y para no hacer daño basta con no hacer nada. No es lo mismo hacer el bien que no hacer nada.

Para hacer el bien se necesita del consentimiento del otro, en cambio para no hacer mal no se necesita contar con el consentimiento del otro.

El bien es relativo, en cambio el mal es absoluto. Es decir el bien se puede hacer de muchas maneras, en cambio el mal es preceptivo y obligatorio el no hacerlo.

Para no hacer daño sólo se requiere de ser conciencia de nuestra responsabilidad y de las consecuencias de nuestras acciones como profesionales.

⁶² Hortal. 2001 Op Cit. Pág 102

DECÁLOGO DE ENFERMERÍA

- 1.- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.⁶³
- 2.- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- 3.- Mantener la relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y preferencia política.
- 4.- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos de 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.

⁶³ Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, Op Cit.200, Pág 19.

1.5 OSTEOARTRITIS COMO FACTOR DE DEPENDENCIA

Osteoartritis o artrosis (OA), la forma más común de artritis de la rodilla. La OA suele ser una enfermedad degenerativa lentamente progresiva en que gasta gradualmente el cartílago de la articulación.⁶⁴

Epidemiología y factores de riesgo:

Las infecciones más comunes del sistema músculo esquelético en pediatría y en nuestro medio son la artritis séptica y la osteomielitis (la artritis séptica es más frecuente durante los dos primeros años de la vida y la osteomielitis en los mayores de 5 años), ambas consideradas como urgencias médico-quirúrgicas ya que si no son detectadas en etapas tempranas presentan complicaciones que dejan secuelas permanentes con deformidad e incapacidad de las articulaciones o huesos involucrados.⁶⁵

La vía más frecuente de llegada del germen a la articulación es la hematógena, siendo en menor proporción la inoculación directa o por contigüidad. Una vez que el germen se encuentra en la membrana sinovial inicia su reproducción de tal forma que en un período de 24 a 48 horas se produce derrame intraarticular que inicialmente corresponde a un trasudado para posteriormente pasar a ser un exudado con cuenta de leucocitos polimorfonucleares hasta de 50,000 por milímetro cúbico, disminución de la glucosa y elevación de las proteínas en el líquido sinovial. Si continúa evolucionando y sin tratamiento hay formación franca de material purulento pudiéndose luxar la articulación afectada; en un período de 7 días se daña el cartílago articular y puede haber infiltración al hueso adyacente llegando a lesionarse incluso el cartílago de crecimiento, presentándose el llamado complejo de osteoartritis.

⁶⁴ Andreu J.L. February 98. Osteoarthritis in older adults. Journal of the American Society .Vol. 46 Num. 2. p. 216-223.

⁶⁵ López-Sosa. 2000 Artritis séptica en pediatría. Rev Mex Ortop Traum; 14(5): Sep.-Oct: 408-412 Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Ciudad de México

En los menores de 18 meses existen vasos transfisarios que comunican a la metáfisis con la epífisis, cuando el foco infeccioso primario es metafisario el germen causal pasa hacia la epífisis y se manifiesta clínicamente como un cuadro de osteoartritis, en los niños mayores ya no existen estos vasos por lo que el foco metafisario se disemina por la diáfisis al resto del hueso provocando una osteomielitis. En otras localizaciones donde parte de la metáfisis es intraarticular, este foco se rompe hacia la articulación formándose también el complejo de osteoartritis

La artritis séptica es una urgencia médico- quirúrgica donde el diagnóstico temprano evita complicaciones y/o secuelas. Se estudiaron 160 casos con artritis séptica. El grupo de edad donde predominó fue en los menores de 2 años, la articulación más afectada fue la rodilla (43%), el *Staphylococcus aureus* se aisló en todos los grupos de edad; en los menores de 2 años es el *H. influenzae* y las enterobacterias en los recién nacidos. El aumento en la velocidad de sedimentación globular y la positividad en la proteína C reactiva apoyan el diagnóstico. El tratamiento inicial con antibiótico es intravenoso. El diagnóstico se confirma con artrocentesis y se valora realizar artrotomía. Se presentaron 43.5% de complicaciones donde el 92% tenían más de 7 días de evolución, lo cual realza la importancia de un diagnóstico temprano.⁶⁶

A consecuencia de este problema existen 16 casos de osteoartritis por secuela, en el lapso del año 2000 a Noviembre del 2011 en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Clasificación:

PRIMARIA O IDIOPÁTICA: Es secundaria a alguna anomalía anatómica con incongruencia articular y degeneración cartilaginosa.

1. Osteoartritis generalizada.
2. Osteoartritis inflamatoria erosiva.

⁶⁶ López-Sosa. 2000 Op Cit. Pág 408-412

SECUNDARIA: Se produce en respuesta a algún factor sistémico o local subyacente.

1. Traumática: Aguda y crónica.
2. Otras afecciones articulares.
 - Local:
 - a. Fractura antigua.
 - b. Necrosis aséptica.
 - c. Infección aguda o crónica.

 - Difusa:
 - a. Artritis reumatoide.
 - b. Hemartrosis asociada a discrasias sanguíneas.

Síntomas de Artrosis

- Dolor articular: Dolor al movimiento y dolor en reposo.
- Rigidez matutina menor de 15 minutos y rigidez post-reposo.
- Limitación articular. Disminución de la fuerza muscular.
- Crepitación a la movilización. Inestabilidad articular.
- Deformidad articular: Nódulos de heberden, de buchar, genovaro o genoalgo.⁶⁷
- Mínimo derrame sinovial o sinovitis. Atrofia o hipotrofia muscular.
- Alteración en la marcha y discapacidad en las actividades de la vida diaria

Laboratorio: Análisis de laboratorio son normales.

El estudio del líquido sinovial con anormalidades mínimas con aumento ligero de las células.

⁶⁷ Sharman L. 1999 Nov. Pathogenesis of osteoarthritis. Approches to specific therapy. Orthop.:28. P 8-10

Gabinete: Hallazgos radiológicos:

- Disminución del espacio articular o colapso articular.
- Formación de osteofitos y de quistes subcondrales.
- Esclerosis subcondral y Desviación articular.

Criterios diagnósticos:

Examen físico que enfoca en la marcha, el arco de movimiento en la extremidad, y la sensibilidad o edema de la articulación. Los rayos-X típicamente muestran una pérdida de espacio en la articulación de la rodilla afectada. Pruebas de sangre y otras pruebas especiales tales como Imágenes por Resonancia Magnética.⁶⁸

Clasificación funcional:

- I Completa
- II Adecuada para las actividades normales. A pesar de la sintomatología.
- III Limitada. A pocas tareas de ocupación o actividades normales.
- IV Incapacidad en gran parte o totalmente a sus actividades.

Clasificación radiológica:

- I Disminución del espacio interarticular femorotibial interno o externo.
- II Disminución del espacio interarticular y esclerosis subcondral.
- III Disminución del espacio, esclerosis subcondral y osteofitos marginales.
- IV Disminución del espacio, esclerosis subcondral, osteofitos, quistes subcondrales y/o Hundimiento cupuliforme.

⁶⁸ Wells R 2003. The Clinical efficacy of low-powe laser therapy on pain and function in cervical osteoarthritis. Clin Rheumatol 01; 20(3) p.181-4

Tratamiento:

El tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario con medicina interna o reumatología, ortopedia, medicina de rehabilitación, psicología, orientador vocacional y dietología.⁶⁹

Tratamiento médico con base de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Tratamiento de rehabilitación:

Enfocado a problemas y alcanzar metas:

- Disminución del dolor.
- Mejorar arcos de movimiento.
- Mejorar fuerza muscular.
- Corrección postural.
- Evitar deformidades.
- Alineación y estabilidad articular con ortésis y férulas.
- Reeduación de la marcha con asistencias.
- Medidas de protección articular y de conservación de la energía.
- Reducción ponderal.

Alcanzando la máxima capacidad física del paciente, el tratamiento rehabilitatorio emplea agentes físicos, mecánicos y ejercicio terapéutico.

1. calor superficial

- Compresas frías en etapas agudas.
- Compresas húmedas calientes.
- Parafina.
- R: Infrarrojos.
- Hidroterapia: tina de remolino, tanque terapéutico y tinas de hubbard.

2. calor profundo

- Ultrasonido.
- Diatermia.

⁶⁹ Idem

3. corrientes analgésicas

- Corrientes diadinámicas.
- Corrientes interferenciales.
- Rayo láser y AINEs.

4. ejercicio terapéutico

- Ejercicios pasivos, activo-asistidos y activos.
- Ejercicios de estiramiento.
- Ejercicio de fortalecimiento.

5. reeducación de la marcha y equilibrio

6. terapia ocupacional

- Valoración de las actividades de la vida diaria.
- Actividades tendientes a mejorar arcos de movimiento, fuerza y pinzas.
- Realización de órtesis y férulas.

Tratamiento Quirúrgico

Tratamiento quirúrgico con limpiezas articulares. Osteotomías de alineación y artroplastias.

- Cirugía artroscópica utiliza tecnología de fibra óptica para permitir que el cirujano pueda ver adentro de la articulación y limpiarla de partículas o reparar cartílago desgarrado.
- Una osteotomía corta la espinilla (tibia) o el fémur para mejorar la alineación de la articulación de la rodilla.
- Una artroplastia total o parcial de la rodilla reemplaza el cartílago severamente dañado de la articulación de la rodilla con metal y plástico.
- Injertar el cartílago es posible para algunas rodillas con limitada o contenida pérdida de cartílago debida a trauma o artritis.

POSIBLES COMPLICACIONES:

- Fracturas por caídas frecuentes.
- Desviación en valgo o varo con osteotomías correctoras.

II. METODOLOGÍA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

Se trata de Agustín Salvador adolescente de sexo de masculino de 14 a 1/12 años de edad, con Dx. Médico de Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, mas colocador de elongador con seis clavos, internado en el servicio de Ortopedia en la cama 334, proviene del Municipio de Cuautitlán Izcalli, estado de México, proviene de una familia nuclear, integrada por 5 integrantes, incluyendo el paciente, religión católica. Padre de 54 años, Licenciado en Pedagogía, empleado como subdirector de escuela primaria estatal, con diabetes mellitus desde hace 9 años con tratamiento médico, madre de 41 años, Licenciada en Pedagogía, empleada en primaria estatal como profesora de cuarto año, aparentemente sana, hermanas de 12 y 11 años, cursando 2do. Secundaria y 6to. primaria respectivamente, aparentemente sanas, ambos padres se rotan el cuidado del paciente en la hospitalización. Habitan en casa prestada, tipo departamento, con techo de loza, piso de cemento con loseta, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios como agua, luz, teléfono, drenaje, baño dentro del domicilio, cuenta con 2 recamaras, baño, cocina, sala y lavado, el padre es el encargado de los gastos de la familia, los medios de trasporte disponibles de la localidad son metro, autobús, tren suburbano, el tiempo que hacen de su casa al centro de salud más cercano es de 20 minutos y de su casa a esta institución 3 horas.

Dentro de sus antecedentes personales: producto de la primera gesta, embarazo planeado, deseado, control prenatal regular a partir del segundo mes, sin complicaciones, tomó ácido fólico y fumarato ferroso.

Obtenido a las 42 SDG por vía abdominal por presentar arresto en el descenso, peso al nacimiento de 3.000 gr. No llora ni respira, es ingresado a la Terapia Intensiva Neonatal.

Requirió ventilación mecánica fase III por 10 días, no maniobras de resucitación cardiopulmonar, sostén cefálico 2/12, sonrisa social 2/12, sedestacion 6/12, bipedestación 9/12, deambulación 10/12, control anal y vesical 15/12.

Inicia padecimiento al mes de vida al presentar llanto a la movilización de rodilla izquierda, acompañado de edema importante y eritema en la zona, diagnosticado como artritis séptica, como tratamiento aplicaron antibioticoterapia por 14 días y aplicación de férula, ocasionando como complicación deformidad angular, así como osteoartritis y asimetría de miembro pélvico izquierdo. A los tres meses de vida en el ISSEMYM diagnostican fractura de rotula y dan como tratamiento colocación de aparato de yeso.

A los diez meses de vida al iniciar la deambulación, observan rodilla en valgo y acortamiento en miembro pélvico izquierdo de 2 cms. Por lo que es referido a esta institución, colocan prótesis para enderezar la rodilla con cambio cada seis meses, a los 5 años es intervenido quirúrgicamente para colocación de grapas de blount en tibia proximal izquierda, como tratamiento uso de plantilla de 1.5 cms. de alto y plataforma de 2.5 cms. en zapato izquierdo. El 2 de Octubre del presente año es internado nuevamente para colocación de elongador con cabezal y seis clavos en rodilla izquierda por secuela de osteoartritis debido a artritis séptica, es egresado el 14 de Octubre sin complicaciones, se adiestra al padre sobre el manejo del elongador y es citado a consulta externa el 17 de Octubre.

En la consulta externa corroboran el correcto manejo del elongador, el cual debe ser de 1 mm por día, lo ejecuta el padre con la ayuda de dos llaves, revisan la herida quirúrgica, la cual esta libre de infección, citan nuevamente el 21 de Octubre en donde revisan que el tratamiento con el elongador sea efectivo, el 18 de Noviembre nuevamente es citado a consulta externa, donde expresa el padre

que en casa se zafó el cabezal de los tornillos y el mismo lo recoloca, al revisar, los médicos encargados deciden someterlo nuevamente a cirugía para reacomodo de cabezal.

Se interna nuevamente el 22 de Noviembre en la sala de Ortopedia cama 338, para intervenirlo el día 23 de Noviembre de Reacomodo cabezal de elongador, sin complicaciones, egresándose el viernes 25 de Noviembre.

Citan a revisión a consulta externa el 8 de Diciembre, donde revaloran la efectividad del elongador y los milímetros avanzados por día así como la integridad de la piel de la herida quirúrgica, citándolo nuevamente para el 26 de Diciembre para toma de placa de rayos X.

A la observación general, se trata de un paciente de 14 años 1/12 fenotípicamente masculino, con edad igual a la cronológica, integro, endomórfico, bien conformado, se encuentra en su unidad acostado en su cama, actitud forzada, sin facies característica, palidez generalizada, hidratado, sin movimientos anormales, acceso venoso periférico permeable en miembro torácico izquierdo con solución glucosada al 5% , extremidades superiores íntegras, miembro pélvico izquierdo con herida quirúrgica en cara medial de rodilla, con elongador con cabezal y seis clavos, edema de +++ en periferia con vendaje, sangrado mínimo, no presenta marcha, limpio, viste pijama del hospital sin pantalón, cubierto con una sábana, interactúa con el medio, alerta y cooperador.

2.2 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Para la realización de este caso se tomó en cuenta la colaboración voluntaria del paciente y se solicitó la autorización por escrito del padre o tutor en una carta de consentimiento informado. Se utilizó en este estudio de caso las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia, Henderson, en conjunto con el Proceso de Atención de Enfermería. La recolección de la información fue a través de fuentes primarias (adolescente) y secundarias (madre, expediente clínico, personal de

salud). Se realizó 1 valoración exhaustiva a través de la exploración física general y varias localizadas a través de un instrumento de recolección de datos (Historia Clínica en niño de 13 a 18 años. Ver anexo), en donde se valoró los datos demográficos, la familia, antecedentes personales y cada una de las necesidades básicas como: alimentación, eliminación, oxigenación, reposo y sueño, vestido, termorregulación, movilidad, comunicación, higiene, recreación, religión (valores y creencias), seguridad y protección, aprendizaje y realización, en donde se aplicaron una serie de preguntas de fácil comprensión para el adolescente y la madre.

En el análisis de cada necesidad se realizó de acuerdo a los indicadores de independencia-dependencia, y se dio seguimiento de cada necesidad para detectar el grado en que se encontraba. (Hoja de reporte diario. Ver anexo).

Para establecer el grado de dependencia se utilizó una tabla de niveles llamados continuum independencia/dependencia según criterios de Phaneuf. De estos seis niveles que marcan el continuum, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia. Se manejó también una hoja de reporte diario en la cual destacan los datos subjetivos, objetivos, la observación general, la exploración física de la necesidad, el tipo de relación, las fuentes de la dificultad, diagnóstico de enfermería y las 2 gráficas de Phaneuf, para determinar duración y grado de la dependencia, que permitió identificar que 13 necesidades del adolescente están en dependencia y 1 en riesgo. (Consentimiento informado. Ver anexo)

Análisis de las necesidades de dependencia

MOVIMIENTO Y POSTURA

El paciente refiere que curso con artritis séptica en rodilla izquierda al nacimiento, dejándole secuelas y que hasta la fecha ha tenido tratamiento médico, es diestro, antes de su cirugía usaba talonera y aumento en el zapato izquierdo, debido a un acortamiento del mismo miembro de 4.5 cms, la postura que adoptaba al caminar

era de puntas para equilibrar el balanceo, realiza ejercicio con pesas con mancuerna, corría mucho y practicaba natación, no adopta una posición en especial al estar sentado, se sienta normal, actualmente no presenta marcha, tiene completa su cartilla de vacunación.

Agustín tiene extremidades inferiores con discrepancia, se inspecciona el miembro pélvico izquierdo que es la extremidad afectada encontrándose: dolor tipo punzante, acortamiento de 4.5 cms., rodilla en varo, con limitación en los arcos de movimiento, herida quirúrgica con secreción serohemática en cara medial de rodilla, con seis clavos y cabezal en cara externa, fuerza muscular grado 0 (sin evidencia de movimiento), edema +++, se coloca nuevamente vendaje después de la valoración. Escala de valoración de caras de 6.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

El paciente refiere que las enfermedades que ha padecido son gripa, diarrea, varicela y su problema de la pierna que lo tiene desde que nació, las únicas personas a las que consultan son médicos y enfermeras, en su casa lo visitan sus amigos y familiares, no es alérgico hasta el momento a algún medicamento, los medicamentos que tiene en casa es solo paracetamol, el cual ingiere por vía oral cuando tiene dolor en la pierna, le preocupa la forma en que su cuerpo responderá al tratamiento con los clavos y el elongador, en la hospitalización se siente seguro, su cama tiene barandales y se apoya del trapesio para poder enderezarse, aunque le gustaría estar mejor en su cama, ahora que está enfermo se siente débil y no puede realizar sus actividades, no ha estado en contacto con personas que padezcan alguna enfermedad contagiosa y su cartilla de vacunación está completa.

El paciente tiene la herida quirúrgica limpia con ligera secreción serohemática, en cara medial de rodilla, con vendaje limpio, catéter venoso periférico en miembro torácico izquierdo con solución glucosada al 5%.

Biometria hematica: SERIE BLANCA; leucocitos 8.80, neutrofilos 60.00, bandas 0, linfocitos 34, monocitos 6, eosinofilos 0, basofilos 0, blastos 0. SERIE ROJA: eritrocitos 6.19, plaquetas 178.00.

ELIMINACIÓN

El paciente afirma que últimamente ha presentado dificultades para evacuar, no esta acostumbrado y se le complica evacuar en el cómodo, padece un poco de estreñimiento y mejora al tomar más agua, las características de las mismas son color café, duras y secas, evacua 1 vez cada tercer día, con pujo y tenesmo, habitualmente la sudoracion es abundante, orina sin dolor o dificultad 10 veces al dia en forma aproximada, cantidad regular, color amarillo clara. Toma regularmente 2 litros de agua, consume dieta blanda, laxante, precizamente por el estreñimiento.

Paciente con abdomen plano, blando depresible con dolor en flanco izquierdo, sonido mate por presencia de heces fecales en región iliaca, sin viceromegalias, peristalsis presente ligeramente disminuida, sin irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes normales en los cuatro cuadrantes, sonido plano en región de hipocondrio y flanco derecho, sonido timpánico en las demás estructuras abdominales, expresa padecer de estreñimiento, evacua 1 vez cada tercer día, las características de las mismas son color café, duras y secas, ademas de pujo y tenesmo.

OXIGENACIÓN

El paciente refiere que son esporadicas las infecciones respiratorias, de 2 a 3 veces por año. La vivienda es tipo departamento la cual la refiere fría. No ha tenido contacto recientes con personas con enfermedades contagiosas. No fuma, su padre lo hace fuera de la vivienda. Esquema de vacunacion completo. Al realizar ejercicio no presenta dificultades para respirar. Afirma no tener disnea de esfuerzo, fatiga, tos o dificultad respiratoria. No ha padecido asma, bronquitis o algún tipo de alergia.

Con el paciente en decúbito dorsal se percute en forma de greca el tórax anterior en los espacios intercostales y sentado en el tórax posterior encontrándose un sonido claro pulmonar, ambos campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, presencia de estertores gruesos crepitantes en ambos hemitórax, ruidos cardiacos rítmicos con buen ritmo, tono e intensidad, murmullo vesicular normal, uñas rosadas. Presenta accesos de tos provocados en forma continua para poder expulsar las secreciones pulmonares.

NUTRICIÓN E HIDRATACION

El paciente conoce los grupos de alimentos en el plato del buen comer y la jarra del buen beber, refiere tener un buen apetito, sus horarios de alimentos son regularmente a las 6 am que se levanta para la escuela, a las 4 de la tarde y a las 9 pm. El lugar donde come es en el comedor en compañía de sus padres y hermanas, le gusta tomar agua simple aproximadamente 2 litros al día y en ocasiones refrescos, le gusta el pescado y tambien los pastelitos, lo que no le gusta de los alimentos son las vísceras y los cueros. No ha tenido alguna reacción alérgica a algún alimento, sus emociones y estados de ánimo interfieren en su alimentación y más ahora que esta hospitalizado y que no va a poder caminar, afirma que no le da hambre. La cantidad de alimentos que acostumbra en un día son: cereales en las tres comidas, frutas en forma libre, doble de ración en las comidas, vegetales en las comidas y en ocasiones en la cena, carne en la comida y aveces por la cena, embutidos y huevo en el desayuno y en el lonch.

El adolescente refiere que sus emociones y estados de ánimo interfieren en su alimentación y mas ahora que esta hospitalizado y que no va a poder caminar, se encuentra pálido y adinámico. **IMC:** $53 (1.62)^2=20.3$ corresponde al peso normal Dieta Blanda laxante, abundantes liquidos.

Biometria hemática: serie roja, 6.19, hemoglobina 18.70, hematocrito 55.8, plaquetas 178. Glucosa de 92 mg/hg.

TERMORREGULACIÓN

Vive en casa tipo departamento, en donde el clima es templado, refiere que cuando le da fiebre la controla con medios físicos y paracetamol, una tableta de 500 mgs en una sola dosis, afirma que se da cuenta que tiene fiebre porque se siente caliente, no se cubre con mucha ropa ya que se siente acalorado, solo acaso una sudadera cuando hace frío.

El paciente tiene la piel integra, fría, se corrobora temperatura axilar de 35.5 °C sin escoriaciones, ligeramente áspera, hidratada, no presenta diaforesis, pilo erección por terminar su baño de esponja, se mantiene cubierto.

SUEÑO Y DESCANSO

Duerme aproximadamente 8 horas, acostumbra antes de dormir hacer ejercicio, se acuesta aproximadamente a las 10 de la noche, se levanta a las 6 de la mañana para ir a la escuela, refiere dormir bien, a veces se despierta por la madrugada, de 2 a 3 veces, pero se vuelve a dormir, no sufre de pesadillas y no es sonámbulo.

Refiere que a partir de su cirugía no duerme como antes, le despiertan los ruidos, la luz, las actividades del personal multidisciplinario, el llanto de los pacientes y el cansancio de mantener la misma posición, duerme siestas en el día de 1 hasta tres horas. No utiliza algún medicamento para dormir y que a partir de su hospitalización tarda en conciliar el sueño.

Paciente consiente, sin ojeras, se muestra cansado, acababa de despertar de una siesta de 2 horas, con bostezos continuos, no pudo dormir por la noche, debido al medio ambiente hospitalario, aparte le cansa la posición forzada que debe de adoptar.

COMUNICACIÓN

El paciente refiere que escucha bien, no ha tenido antecedentes de otitis o traumatismos en el oído o problemas de audición, no usa aparatos que se escuchen con audifonos, escucha la televisión a un volumen normal, en

ocaciones sube el volumen cuando escucha alguna música que le guste, ha tenido varios cuadros gripales simples de infecciones respiratorias sin complicaciones, habla perfectamente, pronuncia correctamente las palabras, no tiene problemas visual, no usa lentes, cursa tercer año de secundaria con promedio de 9.

El paciente verbaliza que su familia y amigos tienen múltiples actividades y no platican con él como antes de que se mantuviera en cama.

REALIZACIÓN

Agustín afirma que está contento con su aspecto personal, que le hacen burla sus compañeros de escuela por su problema de acortamiento de su miembro pélvico, pero que no le importa y no hace caso, conoce los cambios físicos que curren a su edad y etapa de desarrollo, que no afectan su forma de ser por estar hospitalizado. Le gusta que lo traten igual que a sus dos hermanas y no diferente solo porque es hombre, le gusta estar con su familia, son muy unidos y se apoyan en los problemas, le gusta ir a la escuela y tener amigos.

Es animado y no pierde la esperanza de realizar sus funciones y actividades cotidianas a las que realizaba en forma normal, expresa ansiedad e incertidumbre por sus condiciones actuales, pero a pesar de ello, su estado de ánimo es alegre, perseverante y tiene buen aprovechamiento escolar, actualmente no asiste a la escuela.

RECREACIÓN

Algunas de sus actividades favoritas de Agustín son leer y jugar videojuegos, le gustan las colecciones de: revistas, conchas de mar, semillas; le gustan los animales de todas las especies, pero como vive en departamento no le permiten tener uno, tiene varios amigos y amigas con los que sale fines de semana, ya sea al cine o al deportivo a jugar fútbol y al parque, la televisión solo la mira dos horas a día, sus programas favoritos son los documentales, series como Malcom, Discovery Chanel y los Simpson.

Ahora que el paciente tiene que mantener la postura forzada, expresa que se aburre mucho, se apoya en los codos para alcanzar a ver la televisión, pero se cansa, sus familiares le obsequiaron un tetrax que tiene varios juegos y niveles de dificultad, con el que pasa la mayor parte del tiempo, pero también le aburre, verbaliza que ya desea estar en casa.

VESTIDO Y DESVESTIDO

La ropa que le gusta usar es playeras, pantalones de mezclilla y ropa deportiva, refiere que para él no tiene algún significado la ropa que usa, sin embargo, la ropa que usa ahora en su hospitalización es adecuada, solo se pone la bata, no usa el pantalón por su problema en el miembro pélvico, antes podía vestirse solo, ahora tienen que ayudarlo.

El paciente requiere de apoyo para poder realizar esta actividad por si mismo, ya que le cuesta un poco de trabajo mantener el equilibrio en la posición sentada, tiene que apoyarse en una mano para poder meterse la manga de la extremidad contraria, y no puede sujetarse la pijama.

APRENDIZAJE

Estudia el tercer año de secundaria con buen aprovechamiento, anteriormente fue hospitalizado en cirugía ambulatoria a la edad de 9 años. Le gusta leer y ver reportajes de animales, le gustaria saber mas sobre Física y Química, no utiliza lentes o algun aparato auditivo; sin embargo ahora que tiene que afrontar este problema de limitación por su tratamiento desconoce como llevar a cabo sus actividades.

El adolescente desconoce como llevar su tratamiento, manifiesta que desea aprender a cuidar de su cuerpo en esta fase que está pasando y conocer sus limitaciones en cuanto a su movimiento.

Cabe señalar que no asiste a la escuela desde el 8 de Octubre del 2011, por lo que esta en riesgo de repetir el ciclo escolar, actualmente cursa tercer año de secundaria.

Análisis de las necesidades de riesgo

CREENCIAS Y VALORES

Agustín asiste en forma regular a la iglesia, refiere que es autodidacta en la espiritualidad, de la muerte piensa que es algo que nos va a pasar a todos y que la enfermedad es para superarla. La madre comenta que son católicos, que tienen su fe muy firme en Dios y en él confían para salir adelante. Infunden valores a su hijo desde muy pequeño, y eso a repercutido en su forma de ser, ya que es muy respetuoso, tolerante y honesto.

2.3 PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Para la redacción de los diagnósticos reales fue utilizado el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas), para los de riesgo PE (Problema, Etiología/causa factor de riesgo), así como la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) versión 2009-2011.

Los diagnósticos de enfermería realizados en las necesidades del paciente fueron jerarquizados: trece reales y uno de riesgo.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Nombre Venegas Díaz Agustín Salvador **Registro** 747181 **Edad** 14 años 2/12 **Peso** 53 Kg. **Talla** 1.62 cms.

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
08 10 11	MOVIMIENTO Y POSTURA	Dependencia en la movilidad física R/C disminución de la fuerza física en miembro inferior izquierdo M/P tono muscular disminuido y fuerza muscular grado 0 (sin evidencia de movimiento).	Falta de fuerza	Total de algunos meses y nivel 6.	Directa/ Independiente Directa/ Interdependiente	Intermedia	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
08 10 11	SEGURIDAD Y PROTECCION	Potencial de infección local y/o sistémica R/C proceso quirúrgico.	Falta de conocimiento.	Total de algunas semanas, nivel 5.	Directa/ Independiente	Alta	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
08 10 11	HIGIENE	Dependencia en la higiene (lavado de manos) R/C falta de conocimientos para realizar esta actividad M/P verbalización de no saber como realizar este procedimiento en su cama.	Falta de fuerza.	Ligera de algunos días, nivel 3.	Directa/ Independiente	Intermedia	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado , Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
11 10 11	ELIMINACIÓN	<p> Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 2: Función gastrointestinal Estreñimiento R/C actividad física insuficiente M/P evacuaciones poco frecuentes, dolor abdominal y eliminación de heces duras y secas </p>	Falta de fuerza.	Ligera de algunos días, nivel 3.	Directa/ Independiente	Intermedia	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermedad	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
11 10 11	OXIGENACIÓN	<p> Dominio 4: Actividad / reposo Clase 4: Respuesta cardiovascular /pulmonar Patrón respiratorio ineficaz R/C acumulo de secesiones pulmonares M/P estertores gruesos crepitantes y accesos de tos provocados, con salida de secesiones blancas espesas. </p>	Falta de fuerza.	Ligera de algunos días, nivel 3.	Directa/ Independiente	Alta	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermedad	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
11 10 11	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<p> Dominio 3: Nutrición Clase 1: Ingestión Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C falta de voluntad para ingerir los alimentos M/P falta de apetito y palidez. </p>	Falta de voluntad.	Ligera de algunos días nivel 3.	Directa/ Independiente	Alta	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado , Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
12 10 11	TERMORREGULACIÓN	Alteración del bienestar R/C disminución de la temperatura corporal (35.5°C) M/P pilo erección y piel fría.	Falta de fuerza.	Ligera de algunas horas nivel 3.	Directa/ Independiente	Intermedia	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado , Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
12 10 11	DESCANSO Y SUEÑO	Dependencia en la necesidad de descanso y sueño R/C medio ambiente hospitalario (ruido, luz, actividades del personal multidisciplinario) M/P verbalización de cansancio.	Falta de voluntad	Ligera de algunos días nivel 4.	Directa/ Independiente	Intermedia	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
12 10 11	COMUNICACIÓN	<p>Domino 5: Percepción / cognición</p> <p>Clase 2: Comunicación</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal R/C</p> <p>falta de relación con personas significativas (mamá, papá y hermanas)</p> <p>M/P verbalización de disminución de la comunicación efectiva por parte de la familia.</p>	Falta de voluntad	Ligera de algunos días, nivel 5.	Directa/ Independiente	Baja	Corto plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
25 11 11	REALIZACIÓN	Alteración de la realización R/C de esperanza de realizar sus funciones y actividades cotidianas M/P verbalización de sentir ansiedad e incertidumbre por su estado actual.	Falta de fuerza	Ligera de algunas semanas, nivel 5.	Directa/ Independiente	Baja	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
25 11 11	RECREACIÓN	Alteración en la recreación R/C de conocimientos acerca de las diferentes actividades que puede realizar en la hospitalización M/P aburrimiento y monotonía.	Falta de conocimientos	Ligera de algunas semanas, nivel 3.	Directa/ Independiente	Baja	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
25 11 11	VESTIDO Y DESVESTIDO	Dependencia en el vestido y desvestido R/C disminución de la fuerza para realizar esta actividad por si mismo M/P no poder colocarse la pijama y no poder sujetarse la misma.	Falta de fuerza	Ligera de algunas semanas, nivel 3.	Directa/ Independiente	Baja	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado, Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
25 11 11	APRENDIZAJE	Alteración en el aprendizaje R/C conocimientos deficientes sobre su cuidado y tratamiento M/P verbalización de no saber como llevar a cabo su tratamiento.	Falta de conocimientos	Ligera de algunas semanas, nivel 4.	Directa/ Independiente	Baja	Largo plazo

Fecha de identificación	Necesidad	Diagnostico de enfermería	Fuente de la dificultad	Grado , Duración y Nivel de Dependencia	Tipo de intervención	Tipo de prioridad	Fecha de resolución
25 11 11	CREENCIAS Y VALORES	Dominio 10: Principios vitales/ protección Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción Riesgo de deterioro de la religiosidad R/C falta de conocimiento acerca de cómo reforzar su fe.	Falta de conocimientos	Ligera de algunas semanas, nivel 1.	Directa/ Independiente	Baja	Largo plazo

2.4 PROCESO DE PLANEACIÓN

Para este estudio de caso se diseñó un diagnóstico de Enfermería por cada una de las catorce necesidades básicas, así como un plan de intervenciones, cabe mencionar que en la necesidad afectada se realizaron dos diagnósticos, debido al grado de dependencia en que se encontraba el paciente. Los objetivos fueron trazados a corto y largo plazo de acuerdo a la selección de las intervenciones.

La Taxonomía utilizada para este fin fue la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), el cual se organiza y estructura en tres niveles: 7 campos (numerados del 1 al 7), cada campo incluye clases (a las que tienen asignadas letras por orden alfabético) y grupos de intervenciones relacionadas (cada uno con un código único de cuatro dígitos), en donde me base para la realización de las intervenciones directas e indirectas, clasificándolas en independientes y dependientes, las cuales llevan una fundamentación basada en principios científicos.

Para poder realizar lo anterior, elegí realizar un plan de intervenciones descriptivo, en donde se detalla en forma ordenada, los datos generales del paciente, diagnóstico médico, la necesidad afectada, diagnóstico de enfermería, fecha en la que se identifica la necesidad, nivel y grado de dependencia, prioridad, rol de la enfermera, objetivo, tipo de estrategias con fundamento científico, descripción del procedimiento, en cada caso que lo requiera y por último la evaluación, en donde se valora la estructura, el proceso y el resultado de los objetivos planteados.

2.5 PROCESO DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Dependencia en la movilidad física R/C disminución de la fuerza física en miembro inferior izquierdo M/P tono muscular disminuido y fuerza muscular grado 0 (sin evidencia de movimiento).

Fecha de identificación: 08 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Total de algunos meses y nivel 6.

Prioridad: Intermedia

Objetivo:

El paciente mejorará la movilidad física mediante un plan de ejercicios pasivos, durante su estancia hospitalaria.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1</p> <p>Valorar la Necesidad de MOVIMIENTO Y POSTURA diariamente. (1F-1800) TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Exploración física.<ul style="list-style-type: none">• Alineación corporal• Postura• Alineación sentado Aspecto y movilidad de las articulaciones• Masa y fuerza muscular• Tolerancia a la actividad• Problemas relacionados con la inmovilidad• Capacidad y limitación de movimientos• Edema• Dolor en las extremidades• Fatiga generalizada➤ Inspección, palpación, percusión y auscultación.➤ Determinar nivel y grado de la dependencia.➤ Determinar rol de enfermería.	<p>No 1</p> <p>La valoración del movimiento y postura en un paciente incluye la historia de Enfermería y la exploración física de la alineación corporal, de la marcha, del aspecto y movilidad de las articulaciones, de la capacidad y limitación de movimientos, de la masa y fuerza muscular, de la tolerancia al ejercicio, de la forma física y de los problemas relacionados con la inmovilidad, la exploración y la historia son fuentes importantes de información sobre las discapacidades que afectan al sistema musculo esquelético. (Kozier 1999)</p>



ESTRATEGIA No. 2

Planear con Rehabilitación y la familia una terapia de ejercicios pasivos, específicos para mejorar o restablecer el movimiento del miembro inferior izquierdo. (1A-0226)

TIPO: DIRECTA E INTERDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. (NIC-1A-0226,01)
- Determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento. (NIC-1A-0226,03)
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia. (NIC-1A-0226,05)
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio. (NIC-1A-0226,06)
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. (NIC-1A-0226,01)

Ejercicios pasivos:

Asegurarse que el paciente entiende la razón de hacer los ejercicios.

1. Utilizar mecanismos corporales

No. 2

Los músculos no utilizados sufren atrofia, perdiendo la mayoría de su fuerza y de su función normal. Los ejercicios pasivos evitan las contracturas y la atrofia muscular, manteniendo el tono muscular y la actividad articular.

Estos ejercicios sirven para que las articulaciones se mantengan flexibles y tan saludables como sea posible. Sin los ejercicios, la flexibilidad y el riego sanguíneo de las articulaciones pueden disminuir, haciendo que éstas se vuelvan rígidas.

(Kozier 1999)

Fundamentación (ejercicios pasivos)

Los ejercicios pasivos son realizados por la Enfermera, en el paciente que no puede realizarlos

buenos cuando se proporcionen los ejercicios, para evitar la fatiga muscular o lesionar los músculos de la enfermera y paciente.

2. Exponer solo el miembro que se va a ejercitar, para evitar aturdir al paciente.
3. Sujetar las articulaciones y miembros del paciente, según sea necesario para prevenir lastimar o lesionar el músculo, esto se hace cogiendo la articulación en la palma de la mano o acuñando el miembro a lo largo del antebrazo. Si la articulación le duele, el miembro se sujeta por las áreas musculares de encima y debajo de la articulación.
4. Utilizar un punto de apoyo firme y confortable cuando se maneja un miembro.
5. Mover las partes del cuerpo suave, despacio y rítmicamente. Los movimientos espasmódicos causan malestar y la posibilidad de lesiones. Los movimientos rápidos pueden causar malestar y la posibilidad de lesiones. Los movimientos rápidos pueden causar espasticidad (espasmos) o rigidez (dureza o tirantez) en algunos pacientes.
6. Evitar mover o forzar una parte del cuerpo por encima del grado de movimiento existente en el paciente. Esto puede producir daño, dolor o lesión muscular.
7. Si se padece espasticidad muscular durante los movimientos, pararlos temporalmente, pero continuar presionando suave y lentamente sobre dicha parte hasta que el músculo se relaje, después seguir con el movimiento.
8. Si se presenta una contractura, presionar de forma firme y lenta sin producir dolor para ensanchar las fibras musculares.
9. Si padece rigidez, presionar contra la dureza y continuar el ejercicio

por sí mismo. La meta es alcanzar el mayor movimiento posible. Se ejecuta cada movimiento tres veces a lo más que tolere el paciente. Utilizando la mecánica corporal.

Precauciones: Si el paciente presenta debilidad o limitaciones debido a su enfermedad o a lesiones, los ejercicios deben incluir el mayor número de actividades posibles, pero sin amenazar la movilidad actual.

(Kozier 1999)

lentamente.

10. La pierna y la cadera deben ser flexionadas hacia fuera y hacia dentro, en rotación y en abducción y aducción. El tobillo debe ser flexionado hacia el dorso, invertido y evertido. También en flexión plantar. Los dedos deben ser flexionados e hiperextendidos.



- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación durante la actividad motora. (NIC-1A-0226,08)
- Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada periodo de ejercicios. (NIC-1A-0226,20)
- Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente. (NIC-1A-0226,25)
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal. (NIC-1A-0226,31)
- Vigilar la función respiratoria y cardíaca durante y posterior al ejercicio.

ESTRATEGIA No. 3

Proporcionar un ambiente confortable, posterior a la realización de ejercicios pasivos.(1E-6482)

No. 3

La manipulación ambiental del entorno, permite una comodidad óptima, que le permite al paciente relajarse. Es un resultado holístico

TIPO: INDIRECTA E INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
(NIC-1E-6482,07)
- Colocar al paciente en una posición cómoda. (NIC-1E-6482,11)
- Determinar las fuentes de incomodidad, verificando vendajes mojados o constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
(NIC-1E-6482,10)
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad, utilizando principios de alineación corporal.
(NIC-1E-6482,18)
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos.
(NIC-1E-6482,20)

ESTRATEGIA No. 4

Evitar las lesiones personales por caídas durante la hospitalización.

TIPO: INDIRECTA E INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Reevaluar al paciente para detectar la presencia de factores de riesgo.
- Documentar y comunicar los factores de riesgo y la susceptibilidad del paciente; poner signos de alerta al lado de la cama, y en la historia clínica del paciente, de acuerdo a la normativa de la institución.
- Colocar la cama con las barandillas laterales elevadas.
- Mantener los objetos de uso frecuente al alcance de la mano.
- Enseñar a los familiares que las barandillas de la cama siempre tienen que estar elevadas al momento en que dejen solo al paciente.

que involucra a la persona entera, es dinámico y fortalece la situación actual del cuidado específico de la salud del paciente.

No. 4

Una estrategia para minimizar el número de caídas, es el uso de instrumentos de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de caídas. Es necesario hacer una valoración inicial al ingreso donde se registre todos los factores de riesgo relacionados con caídas. De esta valoración extraeremos los datos para aplicar la escala de valoración del riesgo, sin olvidar otros factores de riesgo involucrados, no incluidos en la escala, que sean predictivos de caídas, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias, así mismo fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales y favorecer la participación del paciente y familia.

(Kozier 1999)

Evaluación

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a través de la realización de los ejercicios efectuados logró tener más movilidad en el miembro afectado, verbaliza que le ayudó para moverse más en la cama, sin embargo se fatiga y se siente adolorido, al término del programa y desea descansar. Al medir la fuerza muscular, aumenta a 3/5 al término de su hospitalización. Se realizaron un total de 6 sesiones de terapia de ejercicios con duración de 1 hora.

Al establecer el diagnóstico se ubicó en nivel 6 de dependencia, con las intervenciones se mantuvo en nivel 5. Aproximadamente a los 6 meses mas tarde, ya presenta marcha claudicante con apoyo de muletas, queda pendiente su resolución a la marcha total del paciente.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
 "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Potencial de infección local y/o sistémica R/C proceso quirúrgico.

Fecha de identificación: 08 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Total de algunas semanas, nivel 5.

Prioridad: Alta.

Objetivo:	
El paciente no presentara datos de infección, mediante la implementación de medidas preventivas durante la hospitalización.	
ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de SEGURIDAD Y PROTECCIÓN diariamente.</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exploración física. ➤ Determinar los factores que afectan la seguridad del paciente, 	<p>No. 1</p> <p>La capacidad de los pacientes para protegerse a si mismos, pueden estar afectados por diferentes factores. El profesional de enfermería debe valorar cada uno de estos factores al planificar los cuidados o enseñar a los pacientes a llevar a cabo su propia</p>

<p>tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estilo de vida • Estado de movilidad • Alteraciones de la percepción sensorial • Nivel de conciencia • Capacidad para comunicarse • Conocimiento de las precauciones de seguridad <p>➤ Inspección y palpación.</p> <p>ESTRATEGIA No. 2 Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. (4V-6540)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instruir al paciente acerca de la técnica correcta de lavado de manos. (NIC -4V- 6540,10) ➤ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. (NIC -4V- 6540,11) ➤ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados al paciente. (NIC -4V- 6540,12) ➤ Poner en práctica las precauciones universales. (NIC -4V- 6540,13) ➤ Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas periféricas. (NIC -4V- 6540,19) ➤ Garantizar una manipulación aséptica de la línea intravenosa. (NIC -4V- 6540,23) ➤ Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. (NIC -4V- 6540,24) ➤ Administrar terapia de antibióticos. (NIC -4V- 6540,31) 	<p>protección.</p> <p>(Kozier 1999)</p> <p>No. 2 El paciente está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. La posibilidad de exposición conducente a infección depende, en parte, de las características de los microorganismos, incluso la resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca y la cantidad de material infeccioso (inóculo). Los microorganismos están en todas partes, sin embargo muchos de ellos pueden causar infecciones en las personas susceptibles. Los microorganismos que causan infecciones pueden originarse en los propios pacientes (fuente endógena), o en el medio ambiente del hospital (fuente exógena). (Kozier 1999)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1 gramo IV C/24 horas diluido en 50 ml de sol. Glucosada 5% por 3 días. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar un tríptico para instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos. (NIC -4V- 6540,34) <ul style="list-style-type: none"> • Dolor o hipersensibilidad. • Tumefacción. • Rubor o calor local. • La herida quirúrgica ha sido abierta • Drenaje purulento de la incisión • Absceso ➤ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. (NIC -4V- 6540,35) <p>ESTRATEGIA No. 3 Protección contra las infecciones. (4V- 6550)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. (NIC -4V- 6550,01) ➤ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. (NIC -4V- 6550,02) ➤ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel. (NIC -4V- 6550,09) ➤ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección. (NIC -4V- 6550,21) ➤ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. (NIC -4V- 6550,22) 	<p>Fundamentación (Ceftriaxona)</p> <p>La acción bactericida de la ceftriaxona se debe a la inhibición de la síntesis de la pared celular. La ceftriaxona presenta in vitro un amplio espectro de acción contra microorganismos gramnegativos y grampositivos, es altamente estable frente a la mayoría de las bacterias β-lactamasas (tanto penicilinasas como cefalosporinasas) gramnegativas y grampositivas. (PLM 2010)</p> <p>No. 3</p> <p>Las enfermedades infecciosas son por lo general, provocadas por microorganismos que invaden el organismo y se multiplican. La invasión se inicia, habitualmente mediante la adherencia a las células de la persona afectada. Este proceso es muy específico e implica acoplamiento entre la célula humana. El que éste permanezca cerca del punto de invasión o bien se extienda a puntos lejanos depende de factores como la producción de toxinas, enzimas u otras sustancias. Algunos microorganismos cuentan con mecanismos para bloquear los sistemas de defensa del cuerpo, pueden ser capaces de interferir en la producción de linfocitos T, otros tienen cubiertas externas que impiden su ingestión por los glóbulos blancos produciendo sustancias químicas que contrarrestan los anticuerpos. (Kozier 1999)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ESTRATEGIA No. 4

Prevención de la infección de la herida quirúrgica en fémur distal izquierdo. (2L-3660)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. (NIC -2L- 3660,03)
- Cuidar el sitio de incisión. (NIC -2L- 3660,08)
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. (NIC -2L- 3660,11)
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. (NIC -2L- 3660,13)
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. (NIC -2L- 3660,14)
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. (NIC -2L- 3660,15)
- Comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. (NIC -2L- 3660,16)
- Colocar de manera que se evite presionar la herida. (NIC -2L- 3660,17)
- Cambiar de posición al paciente si lo requiere. (NIC -2L- 3660,18)
- Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidado de la herida. (NIC -2L- 3660,25)
- Enseñar al paciente y a familia los signos y síntomas de infección. (NIC -2L- 3660,27)
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. (NIC -2L- 3660,28)

No. 4

La gran mayoría de las infecciones de la herida quirúrgica se producen durante el tiempo de la

Intervención. Así, la implantación de los gérmenes en la herida quirúrgica se realizaría a partir de estas fuentes presentes durante la intervención. Estas fuentes potenciales se localizan en: propio paciente (Microorganismos de la propia flora cutánea), personal sanitario y entorno quirúrgico.

Las medidas de prevención van encaminadas a disminuir el aporte de gérmenes tanto por parte del paciente (preparación del campo y profilaxis antibiótica) como desde el personal sanitario, material y ambiente (lavado de manos quirúrgico, lavado y procesado de material, normas de uso de antisépticos y desinfectantes y medidas para control ambiental).

(Kozier 1999)



Evaluación

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente y la familia no solo aprenden a identificar los signos de infección, también aprenden a reconocer datos de alarma en la herida quirúrgica y los cuidados que deben de llevar a cabo para minimizar los contagios tanto en la hospitalización, como en el hogar.

Al establecer el diagnóstico se ubico en nivel 5 de dependencia, con las intervenciones se mantuvo en nivel 3. La orientación específica que se dio al paciente y al familiar, lo que permitió a largo plazo resolver este diagnóstico y mantener la piel íntegra.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino
Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia
Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos
Valoración focalizada de la Necesidad de: HIGIENE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Dependencia en la higiene (lavado de manos) R/C falta de conocimientos para realizar esta actividad M/P verbalización de no saber como realizar este procedimiento en su cama.

Fecha de identificación: 08 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 3.

Prioridad: Intermedia

Objetivo:	
El adolescente mejorará su higiene de manos mediante la enseñanza de medidas higiénicas al cabo de dos sesiones.	
ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de HIGIENE diariamente. (1F-1800) TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:	No. 1 El mantenimiento de la higiene es importante para la comodidad, seguridad y bienestar del paciente por lo que una evaluación constante proporciona una situación dinámica de equilibrio y

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer su cuidado independiente. (NIC -1F- 1800,01) ➤ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal. (NIC-1F- 1800,02) ➤ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su cuidado. (NIC-1F- 1800,03) ➤ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. (NIC-1F- 1800,07) ➤ Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,08) ➤ Enseñar a los padres a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,09) 	<p>bienestar. La valoración de enfermería en esta necesidad debe ser continua, para evaluar las condiciones en que se encuentra el paciente, ya que puede haber limitaciones físicas que impidan llevar a cabo sus cuidados higiénicos.</p> <p style="text-align: right;">(Potter 2001)</p>
<p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Enseñar el procedimiento de lavado de manos.(1S-5606)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer la credibilidad del educador. (NIC-1S-5606,O2) ➤ Valorar el nivel de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. (NIC-1S-5606,O4) ➤ Valorar las capacidades /incapacidades psicomotoras y afectivas. (NIC-1S-5606,O6) ➤ Proporcionar un ambiente que conduzca el aprendizaje. (NIC-1S-5606,18) ➤ Instruir al paciente, cuando 	<p>No 2.</p> <p>La enseñanza en el procedimiento de lavado de manos, da a conocer al paciente una medida básica, simple y fundamental, para prevenir las infecciones, ya que las manos es el vehículo más importante para la transmisión de microorganismos.</p> <p style="text-align: right;">(Rosales 2004)</p>

corresponda.

(NIC-1S-5606,19)

- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. (NIC-1S-5606,23)
- Incluir a la familia, si es posible. (NIC-1S-5606,27)

PROCEDIMIENTO:

Tiempo: 20 segundos

1. Retirar o subirse el reloj sobre la muñeca, si tienes mangas largas súbelas hasta el codo.
2. Colócate frente al lavamanos.
3. Otra persona deje correr el agua hasta el final del procedimiento.
4. Mojar bien las manos y muñecas.
5. Aplica jabón antiséptico en las manos.
6. Junta las manos, frótelas haciendo movimientos de rotación.
7. Entrelaza las manos y frota los espacios interdigitales, haciendo movimientos hacia arriba y hacia abajo.
8. Fricciona las yemas de los dedos, de una mano con la otra para lavar las uñas.
9. Frota las muñecas.
10. Enjuaga bien las manos bajo el chorro de agua teniendo presente tenerlas en declive (más bajas que los codos) con el fin de que el agua escurra hacia la punta de los dedos.
11. Secate bien con toalla de papel desechable desde la punta de los dedos hacia la muñeca, sin volver atrás.





ESTRATEGIA No. 3

Preguntar al paciente el procedimiento de lavado de manos.
(1S-5606)

TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. (NIC-1S-5606,11)
- Valorar el aprendizaje del paciente. (NIC-1S-5606,13)
- Instruir al paciente cuando corresponda. (NIC-1S-5606,19)
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede. (NIC-1S-5606,22)
- Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces. (NIC-1S-5606,24)

No 3.

El repasar la enseñanza proporciona una oportunidad al paciente para preguntar y asimilar la información y facilitar la resolución del problema, además de que es eficaz para utilizar las fortalezas del paciente, para afrontar la situación actual.

(Doenges 2008)

Evaluación:

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos y la enseñanza.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a pesar del problema que tiene para incorporarse, debido a su cirugía de rodilla, realizó la técnica sin complicaciones, repitiéndome el procedimiento posteriormente en forma demostrativa, lo que llevo al cumplimiento de los objetivos.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y un nivel 3, al realizar las intervenciones el paciente aprendió el procedimiento, pero continua con un nivel 3 de independencia, ya que debe de ser asistido para realizarlo.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Estreñimiento R/C actividad física insuficiente M/P evacuaciones poco frecuentes, dolor abdominal y eliminación de heces duras y secas.

Fecha de identificación: 11 Octubre 2011

Grado duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 3.

Prioridad: Intermedia

Objetivo: El paciente no presentara datos de estreñimiento, por medio de acciones de Enfermería que favorezcan la eliminación intestinal diariamente.	
ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de ELIMINACIÓN diariamente. (1F-1800) TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exploración física. ➤ Determinar los factores que afectan la eliminación intestinal: 	No. 1 La eliminación de los productos de desecho de la digestión del organismo es esencial para la salud, por lo que es importante que se valore el paciente en forma frecuente la existencia de problemas de eliminación intestinal. <div style="text-align: right;">(Kozier 1999)</div>

<ul style="list-style-type: none"> • Dieta • Actividad • Factores psicológicos • Estilo de vida • Medicamentos • Procedimientos diagnósticos • Anestesia y cirugía • Cuadros patológicos • Irritantes • Dolor • Estreñimiento <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspección, palpación, percusión y auscultación. ➤ Determinar nivel y grado de la dependencia. ➤ Determinar rol de enfermería. ➤ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer su cuidado independiente. (NIC -1F- 1800,01) ➤ Observar la necesidad por parte del paciente de medidas de adaptación para la eliminación intestinal.(NIC-1F- 1800,02) ➤ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su cuidado. (NIC-1F- 1800,03) ➤ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. (NIC-1F- 1800,07) ➤ Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,08) ➤ Enseñar a los padres a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,09) 	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ESTRATEGIA No. 2

Realizar acciones para el manejo diario del estreñimiento. (1B-0450)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. (NIC 1 B-0450,01)
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación. (NIC 1 B-0450,02)
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia y consistencia. (NIC 1 B-0450,03)
- Vigilar la existencia de peristaltismo. (NIC 1 B-0450,04)
- Avisar al médico acerca de disminución de la frecuencia del peristaltismo. (NIC 1 B-0450,05)
- Avisar al médico cuando el tiempo transcurrido de la última deposición sea mayor a 24 hrs. (NIC 1 B-0450,06)
- Identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento. (NIC 1 B-0450,08)
- Enseñar a la familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. (NIC 1 B-0450,12)
- Instruir a la familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento. (NIC 1 B-0450,16)
- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces. (NIC 1 B-0450,19)
- Pesarse al paciente regularmente. (NIC 1 B-0450,23)
- Enseñar a la familia el tiempo de

No. 2

El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad. Es una disminución de la frecuencia de los movimientos intestinales acompañada por un prolongado o difícil paso de heces duras y secas.

La identificación del patrón habitual o normal de la eliminación fecal proporciona a la enfermera datos que den respuesta inmediata a esta necesidad.

(Kozier 1999)

resolución del estreñimiento.
(NIC 1 B-0450,25)

ESTRATEGIA No. 3

Realizar maniobras para el manejo intestinal una vez por turno. (1B-0450)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE
ACCIONES:

- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia y consistencia. (NIC-1B-0450,02)
- Observar si hay sonidos intestinales. (NIC-1B-0450, 03)
- Informar si hay disminución de sonidos intestinales. (NIC-1B-0450, 05)
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. (NIC-1B-0450, 08)
- Instruir a los miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces. (NIC-1B-0450, 10)
- Sugerir al paciente beber 8 vasos de agua diariamente.
- Sugerir al paciente y familia comer 2 raciones de verduras o frutas ricas en fibra y cereales completos.
- No ignorar la necesidad de defecar.

ESTRATEGIA No. 4

Implementar una terapia de ejercicios abdominales diariamente.

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE
ACCIONES:

- Explicar a la familia el objeto y el

No. 3

El tracto gastrointestinal está constituido por una serie de órganos huecos recubiertos de capas mucosas y musculares. Las funciones de estos órganos son: absorber líquidos y nutrientes, preparar los alimentos para la absorción y uso por las células del organismo, y contribuir al almacenamiento temporal de los desechos.

(Potter 2001)

No. 4

Los masajes del abdomen son uno de los métodos más efectivos que no sólo sirven para aliviar el estreñimiento, también ayudan a fortalecer los músculos de su tracto digestivo para que se elimine adecuadamente la

<p>plan de ejercicios.</p> <p>➤ Realización de ejercicios abdominales para la estimulación intestinal.</p> <p>Terapia de ejercicios abdominales de 1 a 3 minutos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar la yema de los dedos, comenzando con un movimiento suave y firme, realizando una exploración localizando puntos de congestión y dolor. 2. Esparcir sobre el abdomen algún tipo de aceite o crema, para el mejor deslizamiento de los dedos. 3. Iniciar debajo del apéndice xifoides con la palma de la mano extendida, deslizándola de forma suave pero firme, sin causar dolor, dibujando un cuadro en el vientre en sentido de las manecillas del reloj, disminuyendo la presión en la zona de la vejiga, aproximadamente 6 rotaciones. 4. Posteriormente con los dedos hacer deslizamientos circulares grandes de forma suave pero firme, siguiendo la misma trayectoria, tomando en cuenta que se debe disminuir la fuerza en la zona de la vejiga, también 6 rotaciones. 5. Realizar nuevamente con los dedos los deslizamientos, pero esta vez con movimientos circulares más pequeños. 6. Finalizar colocando una mano sobre la otra, haciendo presión en el talón de la mano en forma circular y otra de forma recta. 	<p>materia fecal acumulada. Cuando funciona bien, un masaje del abdomen puede aflojar la materia fecal compactada, para que los músculos en el colon puedan mover los desechos de una forma más eficaz.</p> <p>(Potter 2001)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



- Recomendar al paciente y familia educar al intestino, no reprimir nunca la necesidad de evacuar.
- Habitarse a ir al servicio a un horario regular, procurando ir con tiempo y nunca con prisas.
- Evitar esfuerzos excesivos en la evacuación, el intestino el mismo se encarga de este trabajo.

Evaluación

Estructura: Las condiciones ambientales del servicio fueron favorables, conté con el apoyo de la familia para la realización de los ejercicios abdominales y por supuesto del paciente.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Se realizaron un total de 6 sesiones de terapia de ejercicios abdominales, con la dieta laxante y la ingesta abundante de agua, se obtuvieron resultados positivos, ya que el paciente expresa que las acciones brindadas favorecieron su eliminación intestinal.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y un nivel 3, con la ayuda de los ejercicios abdominales y la dieta laxante, el adolescente disminuyó los síntomas de estreñimiento, manteniéndose en nivel 2.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Patrón respiratorio ineficaz R/C acumulo de secreciones pulmonares M/P estertores gruesos crepitantes y accesos de tos provocados, con salida de secreciones blancas espesas.

Fecha de identificación: 08 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 3.

Prioridad: Intermedia

Objetivo:	
El adolescente mejorara su patrón respiratorio a través de la fisioterapia pulmonar al cabo de 24 horas.	
ESTRATEGIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de OXIGENACIÓN diariamente. (1F-1800) TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:	No. 1 La valoración de enfermería del estado de oxigenación determina datos acerca de los problemas respiratorios y cardiovasculares actuales y pasados que alteran el patrón respiratorio

- Historia clínica de Enfermería.
- Datos subjetivos y objetivos
- Exploración física: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Explicar al paciente y al cuidador primario la fisiología del aparato respiratorio.
- Identificar los riesgos en la necesidad de oxigenación.
- Valorar la frecuencia respiratoria del paciente y auscultar los sonidos pulmonares.
- Observar, Palpar, percutir y auscultar campos pulmonares y área cardíaca.
- Observar en color de la piel y mucosas en busca de palidez y cianosis.
- Delimitar las molestias del patrón respiratorio.



ESTRATEGIA No. 2

Fomentar una inhalación profunda en el paciente para estimular la tos y facilitar la eliminación de secreciones.

(1k-3250)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Vigilar la capacidad vital y fuerza inspiratoria. (NIC- 1K- 3250,01)
- Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente

normal, las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

(Kozier 1999)

No. 2

La inhalación profunda es la medidas que adopta la enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio. Estas medidas pueden ser: tos asistida, drenaje postural, drenaje por percusión, drenaje por vibración y respiración diafragmática.

La tos es una respuesta a la irritación de los nervios conocidos como receptores de la tos que se hallan en las vías respiratorias superior e inferior, se concentran especialmente dentro de la garganta y los puntos de ramificación más importantes de las vías

<p>flexionada y los hombros relajados. (NIC- 1K- 3250,02)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas. (NIC- 1K- 3250,03) ➤ Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante dos segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva. (NIC- 1K- 3250,04) ➤ Indicar al paciente que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia adelante y realice tres o cuatro soplos. (NIC- 1K- 3250,05) ➤ Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la exhalación. (NIC- 1K- 3250,06) ➤ Indicar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas. (NIC- 1K- 3250,09) ➤ Fomentar la hidratación a través de la administración de líquidos por vía oral.(NIC- 1K- 3250,11) 	<p>respiratorias. También se encuentran en los senos, canales auditivos, tambores del oído, esófago, abdomen y revestimientos del corazón y pulmones.</p> <p>La tos sirve para proteger las vías respiratorias manteniéndolas despejadas para respirar, ayuda a despejar las vías respiratorias de mucosidades, materias extrañas o sustancias nocivas. Durante un acceso de tos, se elimina el contenido de las vías respiratorias mediante varios mecanismos. El alto flujo de aire en las vías respiratorias causa que se exhalen las materias extrañas y mucosidades. Asimismo, durante la exhalación forzada se reduce el tamaño de las vías respiratorias, comprimiendo así las secreciones de las vías respiratorias más pequeñas y dentro de las vías respiratorias más grandes, donde el flujo de aire puede exhalar la materia extraña. Finalmente, hay un cascabeleo o silbido que se produce durante la tos que ocasiona una vibración de las vías respiratorias, lo cual literalmente sacude las mucosidades de las vías respiratorias. (Kozier 1999)</p>
<p>ESTRATEGIA No. 3</p> <p>Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio a través de la fisioterapia respiratoria vibratoria. (NIC 2K 3230)</p> <p>ACCIONES:</p>	<p>No. 3</p> <p>La fisioterapia ayuda a eliminar al exudado y las secreciones a través de la aspiración y de la tos. La enfermera puede facilitar el funcionamiento respiratorio mediante fisioterapia</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria vibratoria. (NIC- 2K- 3230,01) ➤ Determinar el o los segmentos pulmonares que necesita ser drenado. (NIC- 2K- 3230,02) ➤ Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. (NIC- 2K- 3230,03) ➤ Practicar percusión con drenaje postural en posición semifowler juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. (NIC- 2K- 3230,05) ➤ Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural. (NIC- 2K- 3230,06) 	<p>respiratoria vibratoria, para estimular la respiración profunda y la tos, así mismo facilitar la eliminación de las secreciones, el drenaje postural facilita el drenaje gravitacional con la adopción de diversas posturas que verticalicen las vías aéreas de cada segmento o lóbulo pulmonar.</p> <p>(Postiaux 2000)</p>
<p>Drenaje por vibración</p> <p><i>Procedimiento:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lavado de manos. 2. Preservar la intimidad del paciente. 3. Informar al paciente del procedimiento a seguir. 4. Solicitar la colaboración del paciente y familia. 5. Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar. 6. Colocar las manos planas (una junto a la otra) y los dedos extendidos, sobre el segmento torácico a drenar. 7. Indicar al paciente que respire profundamente. 8. En la espiración del paciente, realizar los movimientos vibratorios durante unos segundos. 	<p>Fundamentación</p> <p>(drenaje por vibración)</p> <p>Las maniobras de vibración aumentan la velocidad y turbulencia del aire espirado por el paciente. Consisten en movimientos cortos donde el terapeuta pega su mano al tórax del paciente y simula una vibración de aproximadamente 10 revoluciones por segundo con el fin de movilizar las secreciones anteriormente despegadas. El objetivo es ayudar a movilizar y eliminar las secreciones adheridas en las paredes pulmonares del paciente. (Postiaux 2000)</p>

<p>9. Detener la vibración durante la inspiración del paciente.</p> <p>10. Repetir de 3-4 veces los movimientos vibratorios.</p> <p>11. Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.</p> <p>12. Auscultar para comprobar efectividad del procedimiento.</p> <p>13. Colocar al paciente en la posición más adecuada.</p> <p>14. Registrar en la documentación.</p> <p>➤ Estimular la tos durante y después del drenaje postural. (NIC- 2K- 3230,12)</p> <p>➤ Observar la tolerancia del paciente (ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardiacos). (NIC- 2K- 3230,13)</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Evaluación

Estructura: Las condiciones ambientales del servicio fueron favorables, conté con el apoyo de la familia para la realización de los ejercicios abdominales y por supuesto del paciente.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Los cambios fueron positivos, ya que Agustín a pesar del problema que tiene para incorporarse, debido a su cirugía de rodilla, me apoyo en forma considerable para realizarle la fisioterapia respiratoria vibratoria en un total de 4 sesiones realizadas una por día, logrando así su independencia en esta necesidad. Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y un nivel 3, al realizar las intervenciones, las secreciones bronquiales en ambos hemitorax se fluidificaron y ya no fue necesario que el paciente provocara la tos para expulsarlas, quedando en independencia en esta necesidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C falta de interés y voluntad en los alimentos M/P palidez de mucosas orales y generalizada.

Fecha de identificación: 11 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días nivel 3.

Prioridad: Intermedia

Objetivo:	
El paciente mantendrá su estado nutricional mediante la implementación de un plan nutricional en una semana.	
ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN diariamente. (1D-1160) TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesarse al paciente a los intervalos establecidos. (NIC -1D- 1160,01) ➤ Analizar la respuesta emocional del paciente en el momento de su alimentación. 	<p>No. 1</p> <p>En la evaluación del estado nutricional del paciente la enfermera toma en cuenta los factores que influyen en los hábitos alimentarios individuales, como: la edad, nivel socioeconómico, preferencias personales, estilo de vida, factores psicológicos, estado de salud y tratamiento recibido, que contribuyan a</p>

<p>(NIC -1D- 1160,01)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar preferencias y selección de comidas. (NIC -1D- 1160,18) ➤ Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad. (NIC -1D- 1160,19) ➤ Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo. (NIC -1D- 1160,20) ➤ Determinar si el paciente requiere dieta especial. (NIC -1D- 1160,28) ➤ Proporcionar comida y líquidos nutricionales atractivos al paciente. (NIC -1D- 1160,30) <p>ESTRATEGIA No. 2 Proporcionar al adolescente medidas para mejorar el apetito. TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aliviar los síntomas de la enfermedad que disminuyen el apetito antes de las comidas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar un analgésico para el dolor. ✓ Antipirético para la fiebre. ✓ Hacer reposar al paciente para eliminar la fatiga. ➤ Proporcionar alimentos familiares que le gusten al paciente. ➤ Administrar raciones pequeñas a manera que no desanimen al paciente. ➤ Evitar tratamientos incómodos y desagradables inmediatamente antes ó después de una comida. ➤ Proporcionar un ambiente limpio y despejado de malos olores. ➤ Animar al paciente, o bien ayudarlo, para que realice una buena higiene oral antes de la comida. Esta medida mejora el 	<p>la aparición de problemas nutricionales. (Potter 2001)</p> <p>No. 2</p> <p>Las enfermedades físicas, los alimentos extraños o de mal gusto para el paciente, diversos factores ambientales y psicológicos, y las molestias físicas o el dolor pueden disminuir el apetito de los pacientes hospitalizados, que con el paso del tiempo da lugar a una pérdida de peso, disminución de la fuerza muscular y otros problemas nutricionales.</p> <p>La estimulación del apetito del paciente requiere que la enfermera determine la causa y que intente solucionar el problema. (Kozier 1999)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- sentido del gusto del paciente.
- Disminuir el estrés psicológico. La falta de comprensión del tratamiento y el miedo a lo desconocido pueden causar anorexia.

ESTRATEGIA No. 3

Enseñar al paciente la importancia de seguir en forma correcta la dieta prescrita. (*Blanda laxante con abundantes líquidos*). (1D-5614)

ACCIONES:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. . (NIC-1D-5614,01)
- Conocer los sentimientos/actitud del paciente, acerca de la dieta y el grado del cumplimiento dietético esperado. (NIC-1D-5614,02)
- Explicar el propósito de la dieta. (NIC-1S-5614,04)
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. (NIC-1D-5614,07)
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo multidisciplinario. (NIC-1S-5614,16)
- Incluir a la familia, para que contribuya con la nutrición del paciente. (NIC-1S-5614,18)
- Enseñar al paciente y la familia, los grupos de alimentos y la importancia de incluirlos y variarlos en la dieta, en el hogar. (NIC-1S-5614,19)
- Valorar el aprendizaje del paciente. (NIC-1S-5614,20)
- Instruir al paciente cuando corresponda. (NIC-1S-5614,21)
- Corregir las malas

No. 3

La enseñanza del paciente en lo relativo a la nutrición es algo más que la simple aportación de la información. La enfermera debe ayudar al paciente a incorporar las modificaciones de la dieta en su estilo de vida y proporcionar estrategias para motivarlo a cambiar sus hábitos de alimentación.

(Kozier 1999)

interpretaciones de la información. (NIC-1S-5614,22)	
------------------------------------------------------	--

Evaluación

Estructura: Las condiciones ambientales del servicio fueron favorables, conté con el apoyo de la familia para la realización de los ejercicios abdominales y por supuesto del paciente.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Los cambios fueron efectivos, ya que el paciente, comprende que debe llevar este tipo de dieta debido a sus condiciones a consecuencia de la cirugía, lo que llevo al cumplimiento de los objetivos. Se realizaron 7 seguimientos.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y un nivel 3, al realizar las intervenciones el paciente comprendió la importancia de ingerir la dieta prescrita, logrando que la ingiera por completo, quedando en independencia en esta necesidad.



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: TERMORREGULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Alteración del bienestar R/C disminución de la temperatura corporal (35.5⁰ C) M/P pilo erección y piel fría.

Fecha de identificación: 12 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunas horas y nivel 3.

Prioridad: Intermedia

Objetivo:

El adolescente no presentara alteraciones en el bienestar por medio de medidas para mantener la eutermia, durante el turno.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACION TEORICA
<p>ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de TERMORREGULACIÓN diariamente.</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica. ➤ Exploración física. <ul style="list-style-type: none"> • Inspección y palpación ➤ Identificar los factores que 	<p>No. 1</p> <p>La valoración de la temperatura corporal determina vigilar los cambios que de otra manera no podría ser observado. La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que pierde. En la piel se encuentran la mayor parte de los sensores o receptores que detectan el</p>

afectan la temperatura corporal.

- Edad.
- Variaciones diurnas
- Estrés
- Ambiente

ESTRATEGIA No. 2

Regular de la temperatura corporal.
(2M- 3900)

TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Comprobar la temperatura axilar al menos cada 2 horas. (NIC -2M-3900,01)



- Vigilar la temperatura del paciente hasta que se estabilice. (NIC -2M-3900,02)
- Observar el color y la temperatura de la piel. (NIC -2M-3900,05)
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. (NIC -2M-3900,06)
- Mantener eutermia en el paciente. (NIC -2M-3900,06)
- Enseñar al paciente y familia acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío. (NIC -2M-3900,14)
- Explicar al paciente y familia las causas por las que hay descenso de la temperatura. (NIC -2M-3900,16)

frío más eficientemente que el calor.

(Kozier 1999)

No. 2

La temperatura con que la sangre llega al hipotálamo será el principal determinante de la respuesta corporal a los cambios climáticos.

El hipotálamo tiene un doble sistema de regulación de la temperatura. Así, la porción anterior o rostral, compuesta por centros parasimpáticos, es la encargada de disipar el calor, mientras que en la posterior con centros simpáticos, conserva y mantiene la temperatura corporal.

(Kozier 1999)

ESTRATEGIA No. 3

Aplicar medidas para mantener la eutermia en el paciente. (2M- 3800)

TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Quitar la ropa fría, húmeda o mojada y cambiarla otra cálida y seca. (NIC -2M-3800,02)
- Monitorización de la temperatura del paciente. (NIC -2M-3800,03)
- Observar si se presentan síntomas asociados con la hipotermia: (NIC -2M-3800,05)
 - Fatiga
 - Debilidad
 - Confusión
 - Apatía deterioro de la coordinación
 - Habla con mala articulación
 - Escalofríos
 - Cambios en la coloración de la piel
- Determinar los factores que condujeron al episodio hipotérmico mediante interrogatorio. (NIC -2M-3800,06)
- Cubrir con mantas o cobertores. (NIC -2M-3800,10)
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel. (NIC -2M-3800,18)
- Monitorizar signos vitales. (NIC -2M-3800,19)
- Observar si hay bradicardia. (NIC -2M-3800,20)
- Monitorizar el estado respiratorio. (NIC -2M-3800,28)
- Ofrecer bebidas calientes. (NIC -2M-3800,29)
- Subrayar la importancia de vestir ropas adecuadas en la hospitalización, (cobertores sabanas y pijamas) (NIC -2M-3800,32)

No. 3

La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos o de la actividad reciente.

(Kozier 1999)

Evaluación

Estructura: Las condiciones ambientales del servicio fueron favorables, conté con el apoyo de la familia para la realización de los ejercicios abdominales y por supuesto del paciente.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Los cambios fueron efectivos, ya que el paciente mantiene temperatura de 36.6 grados centígrados, al mantenerse cubierto, monitorizándolo cada 2 horas en el turno.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y un nivel 3, al establecer las intervenciones el adolescente se mantuvo eutérmico y comprendió la importancia de mantenerla en parámetros normales.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: SUEÑO Y DESCANSO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Dependencia en la necesidad de descanso y sueño R/C medio ambiente hospitalario (ruido, luz, actividades del personal multidisciplinario) M/P verbalización de cansancio.

Fecha de identificación: 12 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 4.

Prioridad: Baja

Objetivo:	
El adolescente no presentará dependencia en el sueño y descanso a través de medidas ambientales en el transcurso del turno.	
ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
ESTRATEGIA No. 1	No. 1
Valorar la Necesidad de DESCANSO Y SUEÑO diariamente. TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES:	La valoración relativa al sueño y descanso del paciente incluye la historia del sueño y la exploración física, que incluya el patrón habitual del sueño, especificando las horas de

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica del sueño. ➤ Exploración física (aspecto facial, comportamiento y nivel de energía). ➤ Determinar los factores que afectan la seguridad del paciente, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Ambiente • Fatiga • Estrés psicológico • Estilo de vida • Dieta • Motivación • Enfermedad • Medicamentos <p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Manejo ambiental: confort, para facilitar una comodidad óptima.(NIC-1E-6482)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. (NIC -1E- 6482,06) ➤ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. (NIC -1E- 6482,07) ➤ Proporcionar un ambiente limpio y seguro. (NIC -1E- 6482,08) ➤ Determinar las fuentes de incomodidad (factores ambientales irritantes). (NIC -1E- 6482,10) ➤ Evitar exposiciones innecesarias. (NIC -1E- 6482,13) ➤ Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. 	<p>sueño y despertar, horas de sueño imperturbado, calidad y satisfacción del sueño y hora y duración de las siestas, que permitan al profesional de Enfermería identificar alteraciones exactas de la alteración.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p> <p>No. 2</p> <p>Al crear un ambiente relajado, la enfermera reduce las distracciones ambientales, disminuye las interrupciones del sueño, asegura un ambiente confortable, permitiendo al paciente un descanso eficaz.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>(NIC -1E- 6482,14)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona. (limpieza corporal, cavidad oral). <p>(NIC -1E- 6482,15)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento). <p>(NIC -1E- 6482,16)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. <p>(NIC -1E- 6482,17)</p>	
<p>ESTRATEGIA No. 3</p> <p>Reducción de las distracciones ambientales</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cerrar las cortinas de la ventana, para evitar el paso de la luz. ➤ Correr las cortinas entre clientes en cubículos compartidos. ➤ Reducir eliminar la eliminación de la cabecera. ➤ Bajar el volumen del ton de los teléfonos, televisión o radios cercanos al paciente. ➤ Mantener bajo el volumen de las conversaciones necesarias entre el personal; realizar los informes de enfermería o otras discusiones en una zona separada de la habitación de los pacientes. 	<p>No. 3</p> <p>Un ambiente tranquilo y silencioso favorece un sueño reposado, la implicación del paciente puede potenciar el cumplimiento de las intervenciones planeadas.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar que todos los carritos con ruedas utilizados estén engrasados. ➤ Realizar solo las tareas de enfermería esenciales durante las horas de sueño. <p>ESTRATEGIA No. 4</p> <p>Facilitar los ciclos regulares de sueño/vigilia.(NIC-1F-1850)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.(NIC - 1F- 1850,01) ➤ Observar/registrar el esquema y numero de horas de sueño del paciente. (NIC -1F- 1850,05) Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor, molestias, incomodidad) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. (NIC - 1F- 1850,06) ➤ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño. (NIC -1F- 1850,09) ➤ Animar al paciente a que establezca una rutina a l hora de dormir para facilitar la transición del estado de vigilia al del sueño. (NIC -1F- 1850,10) ➤ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes a la hora de dormir. (NIC -1F- 1850,12) Ayudar al paciente a evitar a la hora de dormir alimentos y bebidas que interfieran en el sueño. (NIC -1F- 1850,14) 	<p>No. 4</p> <p>Entre las diversas estructuras anatómicas involucradas en el ciclo sueño–vigilia debe mencionarse en primer lugar el sistema activador retículo ascendente, que esta ubicado en la sustancia reticular del bulbo, en el tegmentum protuberancial mesencefalico. y en la porción posterior del hipotálamo. El dormir es el estado conductual que se alterna, en las 24 horas de cada día, con otro estado de conducta denominado de vigilia, ocupando alrededor de un tercio de ese período. Cuando el paciente duerme presenta un alto umbral (baja sensibilidad) frente a los estímulos que excitan normalmente sus sistemas sensoriales. Su actividad motora es muy baja. Pero este “período” es discontinuo ya que se ve interrumpido por períodos en que cambia la actividad eléctrica del cerebro y el tono de ciertos músculos.</p> <p style="text-align: right;">(Pantley 2002)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendar al adolescente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. (NIC -1F- 1850,15) ➤ Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. (NIC -1F- 1850,25) 	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Evaluación

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a través de las recomendaciones brindadas, afirma que ya duerme mejor, aunque lo despiertan las actividades del personal multidisciplinario, pero comprende que son necesarias.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y nivel 5 de duración, posterior a las intervenciones se llevo a un nivel 3, se realizaron un total de 6 seguimientos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Deterioro de la comunicación verbal R/C falta de relación con personas significativas (mamá, papá y hermanas) M/P verbalización de disminución de la comunicación efectiva por parte de la familia.

Fecha de identificación: 12 Octubre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 5.

Prioridad: Baja

Objetivo: El adolescente mejorará su comunicación por medio de acciones específicas para mejorar la comunicación durante su estancia hospitalaria.	
ESTRATEGIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de COMUNICACIÓN diariamente. TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica. ➤ Exploración física. 	No. 1 La comunicación es un proceso dinámico que requiere de su tiempo, talento, individualidad y mejor esfuerzo. Existen muchas cosas buenas que el personal de Enfermería puede hacer en su trabajo para contribuir

<p>➤ Determinar los factores que afectan la comunicación, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidad • Escucha activa • Empatía • Alteraciones en los 5 sentidos • Percepción • Barreras físicas <p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Escucha activa a los mensajes verbales y no verbales del paciente. (NIC-3Q-4920)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer el propósito de la interacción. (NIC -3Q- 4920,01) ➤ Mostrar interés en el paciente. (NIC -3Q- 4920,02) ➤ Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. (NIC -3Q- 4920,03) ➤ Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones personales y otras distracciones. (NIC -3Q- 4920,04) ➤ Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. (NIC -3Q- 4920,05) ➤ Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. (NIC -3Q- 4920,07) ➤ Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. 	<p>positivamente al desenvolvimiento de los pacientes.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p> <p>No. 2</p> <p>Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.</p> <p style="text-align: right;">(Davis 1998)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- (NIC -3Q- 4920,09)
- Identificar los temas predominantes. (NIC -3Q- 4920,10)
 - Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido. (NIC -3Q- 4920,12)
 - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. (NIC -3Q- 4920,13)
 - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. (NIC -3Q- 4920,14)
 - Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo). (NIC -3Q- 4920,16)
 - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. (NIC -3Q- 4920,17)

Elementos a evitar en la escucha activa:

- No distraernos, porque distraerse es fácil en determinados momentos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.

- No contra argumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y tú respondes "y yo también".
- Evitar el "síndrome del experto": ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

ESTRATEGIA No. 3

Mejorar la comunicación familiar

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.
- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.
- Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir.
- Estimular al cuidador para que sea más eficaz su comunicación con el adolescente.
- Aconsejar a los parientes o amigos que interpreten su comportamiento del paciente como un reflejo del proceso de la enfermedad.
- Aconsejar a los padres y hermanas de Agustín a que sigan manteniendo una comunicación continua durante la hospitalización.

ESTRATEGIA No. 4

Facilitar la participación de los miembros de la familia en la comunicación con el adolescente. (NIC-

No. 3

En la familia es muy importante la comunicación, factor que facilita la interacción familiar, con el afán de comunicar todos los estados de ánimo de cada uno de los miembros que la conforman. En medida, que se ubiquen las dificultades que limitan la comunicación en la familia, se contará con mayores posibilidades para reaprender formas viables y/o adecuadas para transmitir los mensajes deseados. De esta manera se pueden evitar muchos problemas con los hijos, con la pareja, con los padres, y con otros miembros de la familia.

(Pinel 2007)

No. 4

La comunicación es una forma de interacción en la cual las personas intercambian información con otras personas, siempre y cuando haya entre ellas un conjunto de precondiciones,

<p>5X-7110)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que están implicados en la comunicación. (NIC -5X- 7110,01) ➤ Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. (NIC -5X- 7110,02) ➤ Crear una cultura de flexibilidad para la familia. (NIC -5X- 7110,07) ➤ Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse en la comunicación con el adolescente. (NIC -5X- 7110,03) ➤ Observar la estructura familiar y sus roles. (NIC -5X- 7110,11) ➤ Observar la implicación de la familia en la comunicación con el paciente. (NIC -5X- 7110,12) ➤ Favorecer la comunicación por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización. (NIC -5X- 7110,13) ➤ Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre la importancia de mantener una comunicación eficaz con el paciente. (NIC -5X- 7110,14) ➤ Identificar otros factores relacionados a la comunicación en los miembros de la familia. (NIC -5X- 7110,18) ➤ Identificar las capacidades y habilidades de comunicación del paciente con los miembros de la 	<p>conocimientos y reglas que hacen posible la comunicación. (Pinel 2007)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

<p>familia. (NIC -5X- 7110,24) Animar a los miembros de la familia a mantener una comunicación continua con el paciente. (NIC -5X- 7110,24)</p>	
<p style="text-align: center;">Evaluación</p> <p>Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.</p> <p>Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.</p> <p>Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a través de las recomendaciones brindadas, refiere que la comunicación con los miembros de su familia es eficaz y que comprende que también cada uno de ellos tiene diferentes actividades que realizar, por lo que no pueden permanecer todo el tiempo con él.</p> <p>Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunos días y nivel 3 de duración, posterior a la intervención queda en independencia en esta necesidad.</p>	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos.

Valoración focalizada de la Necesidad de: REALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Alteración de la realización R/C desesperanza de realizar sus funciones y actividades cotidianas M/P verbalización de sentir ansiedad e incertidumbre por su estado actual.

Fecha de identificación: 25 Noviembre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunas semanas, nivel 5.

Prioridad: Baja

Objetivo:
 El paciente mejorará su realización a través de acciones de enfermería específicas para favorecer sus logros en el transcurso de una semana.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de REALIZACIÓN diariamente.</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interrogatorio. ➤ Datos subjetivos de relaciones con los compañeros de la escuela. ➤ Valorar relaciones afectivas con 	<p>No. 1</p> <p>Desde hace milenios, los seres humanos han dado gran importancia a la diversión, el ser humano ha sido siempre consiente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión. El individuo puede entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus</p>

<p>la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar su realización como hijo, hermano y compañero de escuela. <p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Ayudar al paciente a adaptarse a los cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y roles de la vida cotidiana. (3R-5230)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y roles. (NIC -3R- 5230,02) ➤ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. (NIC -3R- 5230,04) ➤ Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. (NIC -3R- 5230,05) ➤ Disponer de un ambiente de aceptación. (NIC -3R- 5230,07) ➤ Ayudar al paciente a identificar la información que mas le interesa saber. (NIC -3R- 5230,08) ➤ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. (NIC -3R- 5230,12) ➤ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. (NIC -3R- 5230,13) ➤ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. (NIC -3R- 5230,14) 	<p>aspiraciones.</p> <p style="text-align: right;">(Riopelle 1997)</p> <p>No. 2</p> <p>La recreación como estrategia terapéutica contribuye en apoyar al paciente en el sentido de atender las carencias y / o sus necesidades propias, así como sus intereses y desarrollo integral (físico, social, mental, emocional) y propicia la solución de problemas asociados a la hospitalización tales como: La inseguridad, baja de autoestima, dificultades de socialización, entre otros, mediante la utilización de la lúdica y los lenguajes lúdicos- creativos que constituyen un lenguaje a través del cual el ser humano representa su mundo, temores y ansiedades con la posibilidad de exteriorizar su situación y dar cabida a posibles resultados positivos.</p> <p style="text-align: right;">(Valdemar 1988)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Fomentar un dominio gradual de la situación. (NIC -3R- 5230,016)
- Fomentar las actividades sociales. (NIC -3R- 5230,19)
- Reconocer la experiencia cultural del paciente. (NIC -3R- 5230,21)
- Explorar los éxitos anteriores del paciente. (NIC -3R- 5230,23)
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente. (NIC -3R- 5230,25)
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. (NIC -3R- 5230,27)
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas. (NIC -3R- 5230,28)
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. (NIC -3R- 5230,33)
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. (NIC -3R- 5230,35)
- Animar la implicación familiar. (NIC -3R- 5230,43)
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su rol en ella. (NIC -3R- 5230,46)
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva. (NIC -3R- 5230,47)
- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados. (NIC -3R- 5230,49)
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. (NIC -3R- 5230,50)

ESTRATEGIA No. 3

Ayudar al paciente a su potenciación de roles clarificando y completando las conductas de roles específicos.(3R-5370)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Ayudar al adolescente a identificar los diversos roles en la vida. (NIC -3R- 5370,01)
- Ayudar al adolescente a identificar los roles habituales en la familia. (NIC -3R- 5370,02)
- Ayudar al adolescente a identificar los diversos roles en la vida. (NIC -3R- 5370,03)
- Ayudar al adolescente a identificar los periodos de transición de roles a lo largo de la vida. (NIC -3R- 5370,04)
- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles. (NIC -3R- 5370,05)
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos debido a su padecimiento actual. (NIC -3R- 5370,06)
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de rol. (NIC -3R- 5370,09)
- Facilitar la discusión de expectativas del paciente. (NIC -3R- 5370,10)
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el adolescente para cumplir con su rol. (NIC -3R- 5370,19)

No. 3

Las consecuencias negativas de la hospitalización son reguladas o mediatizadas por un proceso denominado afrontamiento, el que es considerado como un proceso dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema.

(Lazarus & Folkman, 1986)

ESTRATEGIA No. 4

Otorgar apoyo emocional para brindar al adolescente y familia ánimo y seguridad, durante su estancia hospitalaria. (3R-5270)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente. (NIC -3R- 5270,01)
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. (NIC -3R- 5270,03)
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. (NIC -3R-5270,04)
- Ayudar al paciente y a la familia a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. (NIC -3R- 5270,06)
- Animar al paciente y a la familia a expresar los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. (NIC -3R- 5270,07)
- Escuchar al adolescente y a la familia sobre sus sentimientos. (NIC -3R- 5270,09)
- Facilitar la identificación por parte del adolescente de esquemas de respuesta habituales al los miedos. (NIC -3R- 5270,10)
- Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional. (NIC -3R- 5270,13)
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. (NIC -3R- 5270,14)
- Proporcionar ayuda en la toma

No. 4

La respuesta emocional de los pacientes puede variar dependiendo de factores como la edad, personalidad y nivel cultural, sin embargo, hay sentimientos comunes a la mayoría de pacientes, entre ellos la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad. Ante todos estos acontecimientos y experiencias, es muy habitual que los pacientes y sus familiares estén estresados, sufran ansiedad y estén desorientados.

El profesional de enfermería está capacitado para captar cuál es el estado de ánimo, causas de sufrimiento y los posibles problemas de relación tanto del paciente con sus familiares como con el entorno. Para conseguirlo, deben favorecer la comunicación con el paciente y sus familiares, debe estar dispuesta a escucharles y brindarles las explicaciones que soliciten y a aclararles las dudas que planteen. (Wong 1993)

de decisiones.
(NIC -3R- 5270,15)

Evaluación

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: El paciente demuestra una actitud de respeto y dignidad hacia su persona, ya que verbaliza que la información dada le facilita llevar este proceso actual.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia ligera de algunas semanas y un nivel 3^{er}, al realizar las intervenciones el paciente y la familia intentan hacer surgir, una mejor apreciación y expresión de los roles del paciente y un uso más funcional de estos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
 "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: RECREACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Alteración en la recreación R/C falta de conocimientos acerca de las diferentes actividades que puede realizar en la hospitalización M/P aburrimiento y monotonía.

Fecha de identificación: 25 Noviembre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Total de algunas semanas, nivel 3.

Prioridad: Baja

Objetivo:

El paciente mejorará su recreación al realizar diversas actividades propias de su edad, según tolerancia durante la hospitalización.

ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de RECREACIÓN diariamente.</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar los factores bilógicos, psicológicos y sociológicos que influyen en la satisfacción de la necesidad: <ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<p>No. 1</p> <p>Desde hace milenios, los seres humanos han dado gran importancia a la diversión, el ser humano ha sido siempre consiente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión. El individuo puede</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Constitución • Capacidades físicas • Desarrollo psicológico • Emociones • Nivel cultural • Organización social <p>ESTRATEGIA No. 2 Terapia con juegos para ayudar al adolescente a recrearse durante la hospitalización. (3O-4340)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponer de un ambiente tranquilo libre de interrupciones. (NIC -3O- 4340,01) ➤ Disponer los recursos necesarios para cada actividad. (NIC -3O- 4340,02) ➤ Potenciar la normalidad del ambiente mediante el uso de barandillas y muebles. (NIC -3O- 4340,03) ➤ Facilitar la comunicación abierta entre el paciente/enfermera. (NIC -3O- 4340,04) ➤ Incluir al paciente en la toma de decisiones acerca del juego. (NIC -3O- 4340,05) Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. (NIC -3O- 4340,06) ➤ Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. (NIC -3O- 4340,07) Comunicar el objeto de la sesión de juegos. (NIC -3O- 4340,08) ➤ Discutir las actividades de juegos con la familia. (NIC -3O- 4340,09) ➤ Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos. (NIC -3O- 4340,10) 	<p>entonces escoger los medios de recrearse que correspondan a sus aspiraciones.</p> <p style="text-align: right;">(Riopelle 1997)</p> <p>No. 2</p> <p>La recreación como estrategia terapéutica contribuye en apoyar al paciente en el sentido de atender las carencias y / o sus necesidades propias, así como sus intereses y desarrollo integral (físico, social, mental, emocional) y propicia la solución de problemas asociados a la hospitalización tales como: La inseguridad, baja de autoestima, dificultades de socialización, entre otros, mediante la utilización de la lúdica y los lenguajes lúdicos- creativos que constituyen un lenguaje a través del cual el ser humano representa su mundo, temores y ansiedades con la posibilidad de exteriorizar su situación y dar cabida a posibles resultados positivos.</p> <p style="text-align: right;">(Valdemar 1988)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Proporcionar un equipo de juegos seguro. (NIC -3O- 4340,10)
Proporcionar un equipo de juegos de desarrollo adecuados a la edad. (NIC -3O- 4340,11)
Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos, expresivos. (NIC -3O- 4340,12)
Proporcionar un equipo que estimule el juego de roles. (NIC -3O- 4340,13)
Supervisar las sesiones de terapia de juegos. (NIC -3O- 4340,14)
Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. (NIC -3O- 4340,15)
- Validar los sentimientos del paciente expresados durante la sesión de juegos. (NIC -3O- 4340,16)
- Observar los sentimientos tanto positivos como negativos expresados por medio del juego. (NIC -3O- 4340,17)
- Observar el uso por parte del paciente del equipo de juegos. (NIC -3O- 4340,19)
- Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos. (NIC -3O- 4340,22)

ESTRATEGIA No. 3

Terapia de entretenimiento para fomentar la relajación y potenciar la capacidad de recreación durante la hospitalización. (3R-5360)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE
ACCIONES:

No. 3

La recreación se caracteriza a partir de unos actores interactivos (recreador / recreandos), que a su vez se relacionan con unos contenidos que logran la construcción de significados y sentidos en torno a la creatividad, la salud, la

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente/familia a identificar los déficits de movilidad. (NIC -3R- 5360,01) ➤ Conocer las actividades recreativas favoritas del adolescente. (NIC -3R- 5360,02) ➤ Comprobar las capacidades físicas para participar en las actividades recreativas. (NIC -3R- 5360,04) ➤ Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. (NIC -3R- 5360,05) ➤ Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. (NIC -3R- 5360,05) ➤ Obtener los recursos necesarios para cada actividad recreativa. (NIC -3R- 5360,06) ➤ Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. (NIC -3R- 5360,08) ➤ Proporcionar un equipo recreativo seguro. (NIC -3R- 5360,09) ➤ Tomar en cuenta las precauciones de seguridad. (NIC -3R- 5360,10) ➤ Supervisar las sesiones recreativas, valorando su eficacia. (NIC -3R- 5360,11) ➤ Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y capacidad del paciente. (NIC -3R- 5360,12) ➤ Proporcionar una afirmación positiva a la participación de las actividades. (NIC -3R- 5360,15) ➤ Comprobar la respuesta emocional, física y social a la 	<p>lúdica, el mejoramiento de la calidad de vida, proyectos de vida, entre otros, que de cierto modo contribuyen al desarrollo integral (físico, mental, espiritual y emocional) del paciente hospitalizado y por consiguiente le permite transformar su entorno.</p> <p style="text-align: right;">(Valdemar 1988)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>actividad recreacional.</p> <p>ESTRATEGIA No. 4 Colaborar con el equipo de voluntariado del hospital para la recreación del paciente.</p> <p>TIPO: DIRECTA / INTERDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar en las actividades que fomentan el conocimiento de nuestra cultura y tradiciones, así como también celebraciones festivas como el día del niño, entre otras. ➤ utilizar la música como una de las estrategias en la atención del adolescente. ➤ Participar con el voluntariado planificar diferentes actividades que permiten al paciente a estar en contacto con distintos tipos de materiales y expresiones artísticas. ➤ utilizar la lectura y la escritura, como formas creativas de auto expresión, contribuyendo en lo posible a hacerle olvidar su aislamiento, reducir el estrés y la ansiedad que origina la hospitalización y de esta manera hacer más agradable su estancia. ➤ Brindar entretenimiento al adolescente a través de la videoteca (la unidad de voluntariado cuenta con una colección de más de 200 películas infantiles que se facilitan diariamente a quienes lo requieran). 	<p>No. 4</p> <p>Las diversas actividades recreativas en el cuidado integral del paciente hospitalizado, permite el desarrollo de la seguridad emocional, confianza, tranquilidad, aceptación y protección contra el dolor en niños hospitalizados, también destaca los beneficios físicos y fisiológicos que se pueden generar con este tipo de actividades para la recuperación del paciente.</p> <p style="text-align: right;">(Valdemar 1988)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: El resultado fue positivo ya que Agustín tuvo una gran aceptación a las actividades, verbalizando que las diferentes actividades que diariamente se le proponían, lo relajaban, liberaba energía negativa y se llenaba de positivismo para seguir adelante, compartía con otros a través del juego y se olvidaba por un tiempo de su situación actual. Se realizaron 5 seguimientos.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia total de algunas semanas y un nivel 3, al realizar las intervenciones, se notó una gran aceptación del programa de recreación tanto en el adolescente como en el cuidador primario, destacándose el trabajo en equipo, la integración y las relaciones a nivel personal.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
 "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: VESTIDO Y DESVESTIDO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Dependencia en el vestido y desvestido R/C falta de conocimientos para realizar esta actividad por si mismo M/P no poder colocarse la pijama y no poder sujetarse la misma.

Fecha de identificación: 25 Noviembre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Total de algunas semanas, nivel 3.

Prioridad: Baja

Objetivo:	
El adolescente no presentará dependencia en el vestido y desvestido mediante acciones de enfermería en el transcurso de dos sesiones.	
ESTRATEGIAS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de VESTIDO Y DESVESTIDO diariamente. (1F- 1800) TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer su cuidado independiente. (NIC -1F-1800,01) 	No. 1 La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad. La satisfacción de esta necesidad por tanto, iría desde la concordancia con el clima a la coherencia con su patrón cultural.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su cuidado. (NIC-1F- 1800,03) ➤ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas a su nivel de capacidad. (NIC-1F- 1800,07) ➤ Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,08) ➤ Enseñar a los padres a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. (NIC-1F- 1800,09) 	<p>La valoración de la necesidad permite a la enfermera observar las manifestaciones de independencia del cliente y las interacciones de esta necesidad con otras necesidades. El profesional de enfermería debe intentar conocer los gustos del cliente e indicarle qué tipo de ropa debería llevar según el clima y sus actividades. (Riopelle 1977)</p>
<p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Auxiliar al paciente con la colocación de la ropa. (NIC 1F-1802)</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Considerar la cultura del paciente y la familia al fomentar el vestido. (NIC 1F-1802,01) ➤ Considerar la edad del paciente y a la familia a fomentar las actividades del vestir y la capacidad para llevarlo a cabo. (NIC 1F-1802,02) ➤ Informar al paciente y a la familia de la vestimenta disponible que puede seleccionar. (NIC 1F-1802,03) ➤ Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. (NIC 1F-1802,04) ➤ Proporcionar las prendas 	<p>No. 2</p> <p>La vestimenta es la protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal. Es necesario el conocimiento detallado de las costumbres de vestido de cada paciente si queremos darle la importancia adecuada a este aspecto fundamental de la vida cotidiana en el contexto de la enfermería individualizada. (Phaneuf.1996)</p>

<p>personales del Paciente. (NIC 1F-1802,05)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar disponible para ayudar en el vestir. (NIC 1F-1802,06) ➤ Mantener la intimidad. (NIC 1F-1802,09) ➤ Proporcionar las prendas personales del Paciente. (NIC 1F-1802,05) ➤ Reafirmar los esfuerzos por vestirse solo. (NIC 1F-1802,19) <p>ESTRATEGIA No. 3 Auxiliar al paciente en el vestido y desvestido diariamente. (NIC 1F-1630) TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los momentos en los que el adolescente necesita ayuda para vestirse. (NIC -1F-1630,01) ➤ Respetar la integridad del paciente; mediante el uso de biombo o cortinas. ➤ Observar la capacidad del paciente para vestirse. (NIC -1F-1630, 02) ➤ Ayudar después de completar la higiene personal. (NIC- 1F-1630,03) ➤ Fomentar la participación del adolescente en la elección de la vestimenta. (NIC 1F-1630,04) ➤ Ayudar a vestir al paciente con ropa que no le apriete. (NIC- 1F-1630,06) ➤ Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de movilizarse para vestirse por si mismo. (NIC- 1F-1630,11) ➤ Ayudar al paciente en su cuidado cuando es necesario, 	<p>No. 3</p> <p>La vestimenta necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima. La elección de la vestimenta resulta particularmente afectada por el estado general del paciente. (Henderson- Nite,1988)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>determinando la cantidad de energía que necesita.</p> <p>➤ Animar al paciente a vestirse y desvestirse por si mismo con ayuda.</p>	
<p style="text-align: center;">Evaluación</p> <p>Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.</p> <p>Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.</p> <p>Resultado: Se realizaron intervenciones, explicando al cuidador primario acerca de las características específicas de la ropa a utilizar durante la hospitalización del paciente, a través de estrategias para la colocación de ropa para tratar de llevarla a la independencia de esta necesidad.</p> <p>Al egreso del hospital el adolescente se valoró en un nivel 2– nivel de dependencia.</p>	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Alteración en el aprendizaje R/C conocimientos deficientes sobre su cuidado y tratamiento M/P verbalización de no saber que cuidados debe llevar a cabo.

Fecha de identificación: 25 Noviembre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días, nivel 4.

Prioridad: Baja

Objetivo:

El paciente mejorará su aprendizaje mediante la enseñanza sobre sus cuidados específicos durante su estancia hospitalaria.

ESRATEGIAS	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<p>ESTRATEGIA No. 1</p> <p>Valorar la Necesidad de COMUNICACIÓN diariamente. TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica. 	<p>No. 1</p> <p>Una valoración exhaustiva de las necesidades de aprendizaje incorpora datos procedentes de la anamnesis de enfermería, de la valoración física y analiza el sistema de apoyo del</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exploración física. ➤ Identificar los factores que facilitan el aprendizaje; tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Motivación • Compromiso activo • Refuerzo • De lo sencillo a lo complejo • Repetición • Momento exacto • Entorno ➤ Identificar factores que inhiben el aprendizaje; tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Emociones • Hechos fisiológicos • Barreras culturales • Capacidad cognitiva • Capacidad psicomotora (fuerza muscular, coordinación motora, energía, agudeza sensorial) 	<p>paciente., así mismo, tiene presente las características del paciente que pudieran influir en el proceso de aprendizaje.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p>
<p>ESTRATEGIA No. 2</p> <p>Facilitar el aprendizaje para que el adolescente comprenda mejor la información. (NIC-3P- 5520)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. (NIC -3P- 5520,01) ➤ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. (NIC -3P- 5520,04) ➤ Disponer de un ambiente que induzca el aprendizaje. (NIC -3P- 5520,08) 	<p>No. 2</p> <p>Los pacientes tienen diversas necesidades de aprendizaje, una necesidad de aprendizaje es la necesidad de modificar una conducta o un vacío entre la información que el paciente posee y la información necesaria para llevar a cabo una función o para cuidar de si mismo. La formación del paciente es un aspecto principal de la práctica de enfermería para la protección y la conservación de la salud.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier 1999)</p>

- Disponer de la información de simple a compleja, conocida a desconocida, de concreta a abstracta. (NIC -3P- 5520,09)
- Proporcionar información acorde con la posición de control del paciente.
(NIC -3P- 5520,14)
- Utilizar un lenguaje familiar.
(NIC -3P- 5520,18)
- Presentar la información de manera estimulante.
(NIC -3P- 5520,21)
- Fomentar la participación activa del paciente. (NIC -3P- 5520,23)
- Evitar establecer límites de tiempo. (NIC -3P- 5520,25)
- Brindar el tiempo adecuado al adolescente para dominar el contenido del tema tratante.
(NIC -3P- 5520,26)
- Repetir la información importante. (NIC -3P- 5520,29)
- Asegurar la información proporcionada.
(NIC -3P- 5520,31)
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice, siempre que sea posible.
(NIC -3P- 5520,34)

ESTRATEGIA No. 3

Enseñar los cuidados de la herida quirúrgica.

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Revisar la herida cada día en busca de sangrado o datos de infección. Los signos de infección pueden incluir: enrojecimiento, sensibilidad, inflamación, drenaje, olor fuera de lo común, o si el área se siente mas caliente que el resto del cuerpo.

No. 3

El método que la enfermera escoja para enseñar debe ser apropiado para el paciente, la enfermera debe ser flexible a la necesidad de aprendizaje, con técnicas que lo potencien de tal forma que reduzcan las dudas y asegure un aprendizaje eficaz.

(Kozier 1999)

- Es normal tener algo de adormecimiento alrededor de la herida, por algún tiempo después de la cirugía. Esto puede disminuir a medida que la herida sana.
- Te puedes bañar en la regadera, pero hazlo suavemente alrededor de los clavos, utiliza agua y jabón regular común, después seca con palmaditas suaves.
- No jales ni frotes los clavos, no apliques cremas o lociones en los bordes de las incisiones donde están sujetos los clavos y evita exponerlos al sol ya que la incisión se puede enrojecer.
- No debes levantar objetos pesados ya que puede debilitar tu incisión.
- Realiza actividades de movimiento del miembro afectado conforme tú lo vayas permitiendo.
- Planea actividad diaria de tal manera también puedas descansar frecuentemente. No esperes que tu nivel de energía sea el mismo que el de antes de la cirugía. Tu cuerpo necesita más energía para sanar.
- Se le hizo entrega de un tríptico donde se especifican los cuidados en el hogar.

ESTRATEGIA No. 4

Corroborar con el paciente los medicamentos prescritos, para que el adolescente los tome de forma segura. (NIC-3S- 5616)

No. 4

Los medicamentos son también objetivo prioritario de las recomendaciones o estrategias de enseñanza al paciente con el objetivo de brindar una mayor seguridad y asegurar una respuesta favorable al tratamiento del paciente.

(Kozier 1999)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Informar al paciente el nombre comercial y genérico de cada medicamento.
(NIC -3S- 5612,02)
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
(NIC -3S- 5612,05)
- Revisar el conocimiento que tiene el paciente acerca de las medicaciones.
(NIC -3S- 5612,07)
- Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación.
(NIC -3S- 5612,12)
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
(NIC -3S- 5612,13)
- Recomendar al paciente registrar la medicación prescrita.
(NIC -3S- 5612,26)

ESTRATEGIA No. 5

Enseñar al paciente la dieta prescrita (laxante), para que el adolescente siga en forma correcta su dieta.
(NIC-3S- 5614)

TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE

ACCIONES:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de dieta prescrita.
(NIC -3S- 5614,01)

No. 5

La enseñanza de la dieta prescrita orienta al paciente a conocer los tipos de alimentos que debe seguir, así como el porqué de esa prescripción en bienestar de su salud y tratamiento.

(Kozier 1999)

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita. (NIC -3S- 5614,03) ➤ Explicar el propósito de la dieta. (NIC -3S- 5614,03) ➤ Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta. (NIC -3S- 5614,05) ➤ Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. (NIC -3S- 5614,07) ➤ Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. (NIC -3S- 5614,09) ➤ Incluir a la familia y/o cuidador primario para la correcta preparación de la dieta prescrita. (NIC -3S- 5614,18) 	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUACIÓN

Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.

Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.

Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a través de las recomendaciones brindadas, refiere que esta orientado así como su familia en su cuidado integral. Afirmando que ya esta listo para sus cuidados en casa con el tríptico proporcionado.

Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una independencia ligera de algunos días y nivel 4 de duración, posterior a las intervenciones queda en independencia en esta necesidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
 "FEDERICO GÓMEZ"



Nombre del niño: V.D.A.S **Edad:** 14 años 1/12 **Sexo:** Masculino

Reg. De Expediente: 747181 **Servicio:** Ortopedia

Dx. Médico: Osteoartritis de fémur distal izquierdo, PO de retiro de grapas y corticotomía femoral izquierda, más colocador de elongador con seis clavos

Valoración focalizada de la Necesidad de: CREENCIAS Y VALORES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA :

Riesgo de deterioro de la religiosidad R/C falta de conocimiento acerca de cómo reforzar su fe.

Fecha de identificación: 25 Noviembre 2011

Grado, duración y nivel de dependencia: Ligera de algunos días y nivel 1.

Prioridad: Baja

Objetivo:	
El paciente no presentará deterioro de la religiosidad mediante actividades para mejorar su fe durante su hospitalización.	
ESRATEGIAS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
ESTRATEGIA No. 1 Valorar la Necesidad de CREENCIAS y VALORES diariamente. TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia clínica. ➤ Valorar aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • Enfrentarse a lo desconocido o a incertidumbre en la vida. • Hallar un significado y 	No. 1 Las creencias espirituales y religiosas son algo importante en la vida de las personas. Pueden influir en el estilo de vida, en las actitudes y en los sentimientos relativos a la enfermedad. Las creencias espirituales pueden cobrar mayor importancia en momentos de enfermedad que en cualquier otro momento de la vida, ayudando a

<p>objetivo en la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener la sensación de estar conectado con uno mismo y con un Ser superior. • Relación con la naturaleza. • Relación con los demás. • Relación con una deidad. <p>ESTRATEGIA No. 2 Ayudar al adolescente a recuperar su fuerza, serenidad y satisfacción espiritual.</p> <p>TIPO: DIRECTA E INDEPENDIENTE ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente a acercarse a utilizar los recursos religiosos internos de forma eficaz, para hacerle frente a la situación actual. ➤ Ayudar al paciente a mantener o crear una relación personal dinámica con un ser supremo, ante circunstancias desagradables. ➤ Ayudar al adolescente a hallar un sentido a su existencia y situación actual. ➤ Fomentar la esperanza. ➤ Proporcionar recursos espirituales. <p>ESTRATEGIA No. 3 Proporcionar apoyo espiritual al adolescente para conseguir el equilibrio a través de sus creencias. (NIC- 3R- 5420)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE ACCIONES:</p>	<p>aceptar la enfermedad y a darle sentido. (Kozier 1999)</p> <p>No. 2</p> <p>El estado espiritual de bienestar y satisfacción permite irradiar tales vibraciones sutiles hacia el ambiente que pueden ayudar a transformar un alma descontenta y aliviarla de su insatisfacción. Este estado de bienestar y satisfacción es un regalo divino especial. La naturaleza verdadera y original del alma es la satisfacción y el bienestar, con esta especialidad de estar internamente contentos y satisfechos podemos acercar muchas otras especialidades. Para ello es necesario acumular poder espiritual.</p> <p>(Kozier 1999)</p> <p>No. 3</p> <p>La espiritualidad y la religión son temas muy personales. Los pacientes deben esperar que quienes le brindan atención respeten sus creencias e inquietudes religiosas y espirituales. Los pacientes se apoyan en la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad contando con el apoyo del</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. (NIC -3R- 5420,01) ➤ Animar al adolescente a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual. (NIC -3R- 5420,03) ➤ Tratar al paciente con dignidad y respeto. (NIC -3R- 5420,04) ➤ Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. (NIC -3R- 5420,06) ➤ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. (NIC -3R- 5420,08) ➤ Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. (NIC -3R- 5420,13) ➤ Estar abierto a las expresiones del adolescente de soledad e impotencia. (NIC -3R- 5420,17) ➤ Alentar la asistencia de servicios religiosos si así lo desea el adolescente. (NIC -3R- 5420,18) ➤ Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente. (NIC -3R- 5420,23) ➤ Facilitar el uso de la meditación, oración, y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. (NIC -3R- 5420,25) ➤ Asegurar al paciente que el cuidador primario estará disponible para apoyarlo en los momentos de sufrimiento. (NIC -3R- 5420,27) 	<p>equipo de atención de la salud. Esto puede incluir proporcionar al paciente información sobre personas o grupos que pueden ayudarlo con sus necesidades espirituales o religiosas.</p> <p style="text-align: right;">(Bayés 2005)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>ESTRATEGIA No. 4 Facilitar el crecimiento espiritual evocando la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.(NIC- 3R- 5426)</p> <p>TIPO: DIRECTA / INDEPENDIENTE</p> <p>ACCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. (NIC -3R- 5426,01) ➤ Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente y l familia. (NIC -3R- 5426,02) ➤ Fomentar la conversación que ayude al paciente a recuperar los intereses espirituales. (NIC -3R- 5426,03) ➤ Ayudar al paciente a identificar barreras que dificulten su crecimiento religioso. (NIC -3R- 5426,04) ➤ Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores. (NIC -3R- 5426,09) 	<p>No. 4</p> <p>El crecimiento espiritual en los niños enfermos les causa un gran alivio y la combinación con los rituales les permite expresar sus miedos, ansiedades y de esta forma manejar su alteración emocional; por lo tanto se debe seguir rigurosamente siempre que sea posible.</p> <p style="text-align: right;">(Corless 2005)</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Estructura: Se contó con la infraestructura e insumos necesarios para llevar a cabo los procedimientos.</p> <p>Proceso: Las intervenciones realizadas, fueron adecuadas y acordes con las necesidades del adolescente.</p> <p>Resultado: Las intervenciones se llevaron a cabo en tiempo y forma por lo que el objetivo se cumplió, ya que el paciente a través de las recomendaciones brindadas, refiere que lo que le hace falta es más cercanía familiar, ya que las actividades religiosas las realizaban juntos.</p> <p>Al establecer el diagnóstico el adolescente se encontraba en una dependencia pendencia ligera de algunos días y nivel 2 de duración, posterior a la intervención queda en independencia en esta necesidad.</p>	



2.6 PLAN DE ALTA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: **Venegas Díaz Agustín Salvador**

Edad: **14 años 2/12** Sexo: **Masculino** Fecha de ingreso: **2 de Octubre 2011**

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

- ✓ **Mantener el miembro pélvico izquierdo alineado la mayor parte del tiempo,**
- ✓ **Lavar la herida quirúrgica solo con agua y secarla sin frotar**
- ✓ **Observar cambios en la coloración de la piel como enrojecimiento en la periferia**
- ✓ **Verificar que la circulación sea eficaz, oprimiendo las yemas de los dedos del pie afectado el cual debe ser inmediato**
- ✓ **Realizar los giros al elongador diariamente con las llaves como se indico y hacer las anotaciones.**

2. Orientación dietética:

Dieta normal, incluyendo alimentos laxantes, abundantes líquidos

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	dosis	Horario	Vía
Paracetamol	500mgs.	Cada 8 horas	oral

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

- ✓ **En caso de presentar dolor fuerte en la rodilla izquierda, salida de secreción purulenta, aumento de volumen, cambios de coloración de la piel, salida del cabezal de los tornillos, fiebre o malestar general, acudir al servicio de urgencias de esta institución.**

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

- ✓ **Revisar la herida cada día en busca de sangrado o datos de infección. Los signos de infección pueden incluir: enrojecimiento, sensibilidad, inflamación, drenaje, olor fuera de lo común, o si el área se siente mas caliente que el resto del cuerpo. Si algunos de estos síntomas aparece, dirigirse a al servicio de Urgencias de esta institución.**
- ✓ **Es normal tener algo de adormecimiento alrededor de la herida, por algún tiempo después de la cirugía. Esto puede disminuir a medida que la herida sana.**
- ✓ **Te puedes bañar en la regadera, pero hazlo suavemente alrededor de los clavos, utiliza agua y jabón regular común, después seca con palmaditas suaves.**
- ✓ **No jales ni frotes los clavos, no apliques cremas o lociones en los bordes de las incisiones donde están sujetos los clavos y evita exponerlos al sol ya que la incisión se puede enrojecer.**
- ✓ **No debes levantar objetos pesados ya que puede debilitar tu incisión.**
- ✓ **Realiza actividades de movimiento del miembro afectado conforme tú lo vayas permitiendo.**

- ✓ **Planea actividad diaria de tal manera también puedas descansar frecuentemente. No esperes que tu nivel de energía sea el mismo que el de antes de la cirugía. Tu cuerpo necesita más energía para sanar.**
- ✓ **Continúa con tu dieta regular, agrega alimentos ricos en fibra y toma abundantes líquidos, esto ayudara a evitar alteraciones digestivas.**
- ✓ **Elije alimentos con contenido alto en proteínas para ayudarle a tu cuerpo a sanar.**
- ✓ **Toma tu medicamento para el dolor como te lo mando el médico, no lo tomes mas frecuentemente de lo que ha sido ordenado.**
- ✓ **En tu consulta avisa a tu médico cualquier dolor nuevo, incremento del dolor o en caso de que este no disminuya.**
- ✓ **En caso de requerir atención médica de urgencia acude al Hospital Infantil de México Federico Gómez al servicio de URGENCIAS.**

6. Fecha de su próxima cita:

17 de Octubre del 2011

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

Se entrega al adolescente y familia tríptico sobre “Cuidados a la herida quirúrgica en el hogar”, realizado en base a las dudas externadas, así mismo se explica cada uno de los puntos incluidos.

Fecha: **14 de Octubre 2011**

Nombre de la enfermera: **L.E.O. Yolanda Castillo Durán**



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"



Presenta:
 L.E.O. YOLANDA CASTILLO DURÁN

Asesor:
 E.E.I MARICELA CRUZ JIMÉNEZ

OCTUBRE 2011



CUIDADOS A LA HERIDA QUIRURGICA

¿Qué son las heridas?

Las heridas son pérdida de la continuidad de la piel.

TE RECOMENDO QUE:

Laves tus manos antes y después de tocar la herida. Esta es la mejor manera de prevenir alguna infección.



CUIDADOS QUE DEBES SEGUIR EN CASA:

1) Revisar la herida cada día en busca de sangrado o datos de infección. Los signos de infección pueden incluir: enrojecimiento, sensibilidad, inflamación, drenaje, olor fuera de lo común, o si el área se siente mas caliente que el resto del cuerpo. Si algunos de estos síntomas aparece, dirigirse a al servicio de Urgencias de esta institución.

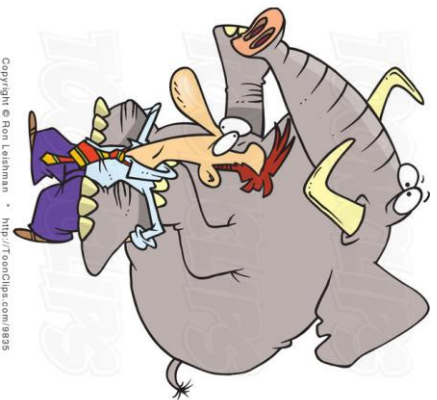
Es normal tener algo de adormecimiento alrededor de la herida, por algún tiempo después de la cirugía. Esto puede disminuir a medida que la herida sana.

2) Te puedes bañar en la regadera, pero hazlo suavemente alrededor de los clavos, utiliza agua y jabón regular común, después seca con palmaditas suaves.



3) No jales ni frotes los clavos, no apliques cremas o lociones en los bordes de las incisiones donde están sujetados los clavos y evita exponerlos al sol ya que la incisión se puede enrojecer.

4) No debes levantar objetos pesados ya que puede debilitar tu incisión.



5) Realiza actividades de movimiento del miembro afectado conforme tú lo vayas permitiendo.

6) Planea actividad diaria de tal manera también puedas descansar frecuentemente. No esperes que tu nivel de energía sea el mismo que el de antes de la cirugía. Tu cuerpo necesita más energía para sanar.

7) Continúa con tu dieta regular, agrega alimentos ricos en fibra y toma abundantes líquidos, esto ayudara a evitar alteraciones digestivas.

8) Elige alimentos con contenido alto en proteínas para ayudarle a tu cuerpo a sanar.

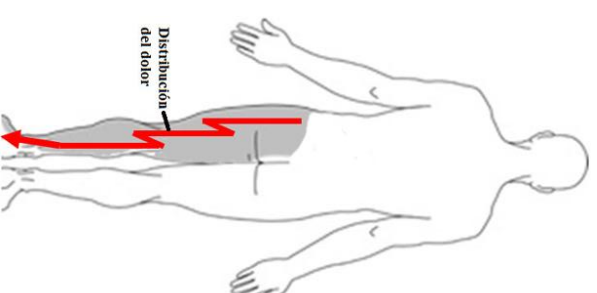


9) Toma tu medicamento para el dolor como te lo mando el médico, no lo tomes mas frecuentemente de lo que ha sido ordenado.

10) En tu consulta avisa a tu médico cualquier dolor nuevo, incremento del dolor o en caso de que este no disminuya.

11) En caso de requerir atención médica de urgencia acude al Hospital Infantil de México Federico Gómez al servicio de URGENCIAS.

Teléfono: 52 28 99 17



III. CONCLUSIONES

- ✓ Los objetivos trazados en la realización de este estudio de caso fueron alcanzados, ya que se realizó una valoración focalizada en la necesidad afectada, elaborando un diagnóstico derivado de la fuente de la dificultad, planeando las acciones a realizar con el paciente y su familia en el área de hospitalización y en el hogar.
- ✓ La metodología utilizada con la Teoría de Virginia Henderson, basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales a través del Proceso de Atención de Enfermería es de una forma de aplicar en forma completa y precisa el cuidado del paciente pediátrico, conjuntamente con el análisis, la interpretación, y el proceso de diagnóstico, aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería, aunque cabe mencionar que es de vital importancia profundizar los conocimientos para tener éxito y lograr los objetivos trazados.
- ✓ La asesoría tutorial, para mí fue de gran importancia, ya que retroalimentaba mi aprendizaje y seguía un orden analítico que permitió la realización y desarrollo de este estudio de caso.

SUGERENCIAS

- ✓ Promover la difusión y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el Modelo de V. Henderson, como un método científico que guíe los cuidados de Enfermería.
- ✓ Emplear los estudios de caso como un recurso para la aplicación del proceso de investigación.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro –LeFevre 2003 Aplicación del proceso enfermero Fomentar el cuidado en colaboración. 5ta. Edición Ed. Elsevier Masson Pág. 6,32.
- Alonso F. S, Ros E.M T. (2008) “Plan de cuidados al niño con una cardiopatía congénita: utilizando NANDA, NIC, NOC.” Enfermería en cardiología No 44/2^ocuatrimestre
- Andreu J.L. February 98. Osteoarthritis in older adults. Journal of the American Society .Vol. 46 Num. 2. Pág. 216-223.
- Balderas 1998 Ética de Enfermería Editorial McGraw-Hill Interamericana. México Pág: 118 a 125
- Bulechek G.M. 2009 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5a ED, Editorial Elsevier.
- Christensen Paula 1993 Proceso de Atención de Enfermería, Ed. El manual Moderno, S.A.de C.V. Pág.: 193
- Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2001 Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, D.F. Pág: 5 a 27
- Cruz L.L.M, Enf. Martínez P.G. (2006) “Plan de cuidados en un paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianogena por ventrículo único” Revista Mexica de Enfermería Cardiológica Vol. 14 Núm. 2. Mayo –. Pág. 56-61.

- Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001 Secretaría de Salud. Pág 28.
- Franco O. M, Benítez T. A, (2001) “Proceso del cuidado a un preescolar con VIH” Hospital Infantil de México Federico Gómez. Revista Universitaria Vol.1, Año1, No. 3.
- Fernández 1993 El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, España. Pág 1-10.
- Ferrer P. A, García S. R, Barreiro B. J.M. (2003) “El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica” Hospital Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. 1er semestre año VII, no 13.
- Hortal. 2001. Ética de las profesiones. Editorial Descleé. Bilbao. Pág. 92 - 135.
- Iyer, Taptich, Bernochi-Losey 1997. Proceso y Diagnóstico de Enfermería Tercera Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Pág.9.
- Kerouac 2005 El pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona, España Pág. 23-58
- López-Sosa. 2000 Artritis séptica en pediatría. Rev Mex Ortop Traum; 14(5): Sep.-Oct: 408-412 Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Ciudad de México

- Maas G. L, Dorantes C. P. (2010) “Proceso de Enfermería en adolescente embarazada con el referente teórico de Virginia Henderson” Universidad Autónoma del Carmen. Desarrollo científico de Enfermería. Vol.18 Num.3.
- Marriener T, 1999 “Modelos y Teorías de Enfermería”, cuarta Edición, Editorial Harcorrt, pág. 99.
- Meza 2005 La construcción del conocimiento en enfermería: pasado, presente y futuro. Tesis Maestría. San José: Universidad de Costa Rica
- Mariano S. N. (2008) “Atención especializada de enfermería para una adolescente con amputación bilateral pélvica”, Hospital Infantil de México Federico Gómez Desarrollo científico de Enfermería.vol 16, No 6.
- Mondragón R. A. (2010) “Proceso enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11”, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2010.Vol. 18, Núm. 3 pp. 82-86.
- Moorhead S. 2005 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ra Edición. ED. Elsevier.
- NANDA International 2009 Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011, Ed. Elsevier. España.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998
- Phaneuf M.1999 La planificación de los cuidados enfermeros Primera Edición, Ed. Interamericana Pág.55.
- Partera L. M. C, Molina P. F, Gesti S. S, Begoña C. S. (2003) “Atención de Enfermería a una niña con pancreatitis y relación de ayuda a la madre”

Enfermería Clínica 13(5), Corporación Sanitara Parc Tauli en Barcelona España.

- Pastor R. J.D, Pastor B. M.M, López G. V., Cotes T.M.I, Mellado E. J, Jara C. J. (2009), “Recién Nacido prematuro: a propósito de un caso” Hospital Universitario Virgen de Arrixaca, Murcia, España.
- Potter/Perry, 1996. Fundamentos de Enfermería Vol. 1, Ed. Marcout/Océano, España. Pág.: 302.
- Rumbold 2000 Ética en Enfermería, Tercera Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. Pág: 52
- Sánchez L. V. (2001) “Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura” Hospital de Pediatría Centro Medico Nacional Siglo XXI, Revista de Enfermería IMSS; 9(2):91-96.
- Sharman L. 1999 Nov. Pathogenesis of osteoarthritis. Approches to specific therapy. Orthop.:28. P 8-10
- Sierra P. M. (2006) “Paciente pediátrico con cardiopatía congénita cianógena”, Revista Mexicana de Enfermería cardiológica Núm. 1, Vol.14, pp.16-23.
- Solís M. M. E. (2008), “Proceso de Atención de Enfermería en un lactante con dependencia de oxigenación” Desarrollo científico de enfermería Vol. 16 Num.9.
- Wells R 2003. The Clinical efficacy of low-powe laser therapy on pain and function in cervical osteoarthritis. Clin Rheumatol 01; 20(3) p.181-4
- www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html.

V.

A

N

E

X

O

S

Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia
División De Estudios De Posgrado
Plan Único De Especialización De Enfermería

Instrumento de valoración

Clínica en niño de 13 a 18 años

Especialización en Enfermería Infantil



Elaboró:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostiguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo Para el alumno:

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados, que son los datos demográficos (I), antecedentes familiares (II), orientación de la familia (III), antecedentes individuales (IV), jerarquía de necesidades (V), y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), en las distintas dimensiones (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención y (VIII) el plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de Atención de Enfermería I, se hará énfasis en la valoración y el diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las de la planeación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

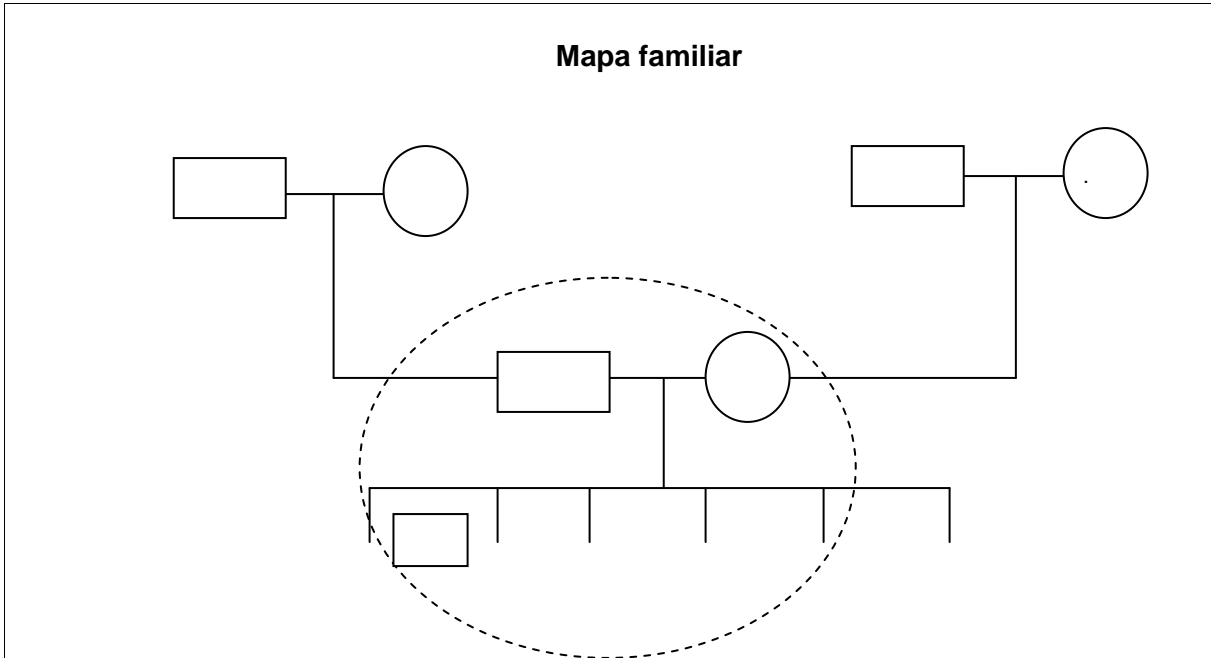
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 13 a 18 años

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega: _____

Servicio: _____





I	Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
D	Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia _____
A	Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____
T	_____
O	Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
S	Escolaridad Padre _____ Madre: _____ Niño: _____
D	Religión: _____ - La información es proporcionada por: _____
E	Domicilio: _____
M	Procedencia: _____ Teléfono: _____
O	Diagnóstico médico: _____
G	_____
R	_____
A	
F	
I	
C	
O	
S	

II F A M I L I A	<p>Qué problemas de salud a tenido usted o su esposo últimamente: _____</p> <p>Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____</p> <p>Servicios intradomiciliarios: _____</p> <p>_____</p> <p>Disposición de excretas: _____</p> <p>Descripción de la vivienda: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Quién aporta los Ingresos económicos de la familia? _____</p> <p>Medios de transporte de la localidad: _____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuánto tiempo haces de tu casa al centro de salud más cercano? _____</p> <p>Y de tu casa al Hospital: _____</p>



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afect.	Enfermedades	
Símbolos						
				Hombre	Mujer	Paciente problema

<p>  Fallecimiento  Relaciones fuertes  Relaciones débiles  Relaciones con estrés </p>	
<p>III A N T E C E D E N T E S</p>	<p>Orientación en la hospitalización : Si han explicado los siguientes aspectos: Horarios de Visita: Sí ___ No ___ Sala de espera: Sí ___ No ___ Normas sobre barandales de cama y cunas: Sí ___ No ___ Informes sobre el estado de salud: Sí ___ No ___ Horarios de Cafetería: Sí ___ No ___ Servicios religiosos: SI ___ No ___ restricciones de visita: Sí ___ No ___</p> <p>Valoración de las necesidades básicas del adolescente: Complete la información incluyendo las palabras del familiar o del joven.</p> <p>Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>Problemas de Salud anteriores/ Contacto con enfermedades transmisibles: _____</p> <p>_____</p> <p>Qué dificultad presenta para satisfacer sus necesidades: _____</p>
<p>1</p>	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>Peso: _____ Talla: _____ Perímetro abdominal _____ Perímetro braquial: _____</p> <p>¿Dinos cómo es tu apetito? Bueno: ___ Poco: _____ Mucho: ___ Los horarios de la comida son regulares: _____ Cuál es el horario: _____</p> <p>El lugar preferido para comer es: _____ En compañía de quién comes: _____ Cuáles son tus alimentos y bebidas preferidas: _____</p> <p>¿Cuales son desagradables para ti? _____</p> <p>Conoces los cuatro grupos básicos de alimentos: _____</p> <p>Tienes alguna dieta especial: _____</p> <p>Tienes alegría de algún alimento: _____</p> <p>Tus emociones interfieren en la alimentación o digestión _____ ¿Cuáles? _____</p> <p>Menciona la cantidad de alimentos que acostumbras en un día:</p>

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____
Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____			
Hábitos en los alimentos: _____			
A qué edad le salieron los dientes: _____			

Eliminación	
2	Tienes problemas para evacuar: _____ Padeces estreñimiento: _____ Diarrea _____
	Parásitos: _____ Qué hacer para remediarlo : _____ Cómo son las heces: _____
	_____ Habitualmente la sudoración es : Escasa: _____ Abundante: _____ Poca: _____
	Si eres una joven: Ya menstrúas: _____ A qué edad iniciaste _____ Cada cuánto _____
	Dinos cómo es la menstruación: _____ ¿Qué significa para ti “ tener menstruación”? _____
	¿Tienes alguna duda sobre esto? _____ ¿Cuántas veces orinas al día? _____ La cantidad aproximada es : _____ El color de la orina es: _____

Oxigenación	
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Pulso: _____	
Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____	
Dificultad respiratoria (anotar características): _____	

Fumas: SI _____ NO _____	

3	<p>¿Quién fuma de la familia? _____</p> <p>Ruidos respiratorios: lado izquierdo: _____ Lado derecho: _____</p> <p>Ventilación: _____ Asistida: _____ Controlada: _____</p> <p>Tos: _____ Medidas para controlar: _____</p> <p>Características de las secreciones bronquiales:</p> <table border="0"> <tr> <td>Secreciones bronquiales:</td> <td><u>Cantidad</u></td> <td><u>Consistencia</u></td> <td><u>Color</u></td> <td><u>Olor</u></td> </tr> <tr> <td>Tubo traqueal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cavidad oro-nasal</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Humidificación y oxigenación: _____</p> <p>Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____</p> <p>Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diaforesis: _____</p> <p>Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____</p>	Secreciones bronquiales:	<u>Cantidad</u>	<u>Consistencia</u>	<u>Color</u>	<u>Olor</u>	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____	Cavidad oro-nasal	_____	_____	_____	_____
Secreciones bronquiales:	<u>Cantidad</u>	<u>Consistencia</u>	<u>Color</u>	<u>Olor</u>												
Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____												
Cavidad oro-nasal	_____	_____	_____	_____												
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño:</p> <p>¿Cuántas horas duermes al día?: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? _____ a qué hora te acuestas: _____ A qué hora te levantas: _____</p> <p>Duermes bien: _____ Despierta por las noches: _____ Cuántas veces: _____</p> <p>Tienes pesadillas: _____ Caminas dormido: _____</p>															
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Qué ropa te gusta usar: _____</p> <p>Qué significa para ti el uso de la ropa que te gusta: _____</p> <p>Tienes la ropa apropiada para usar en el hospital: _____</p> <p>Puedes vestirte solo: _____</p> <p>Tienes algo que decir sobre la ropa: _____</p>															

6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>Cómo consideras el ambiente de tu casa: Caluroso: _____ Templado: _____ Fría: _____</p> <p>_____</p> <p>Cuando tienes fiebre ¿Cómo la controlas? _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> <p>Eres diestro o zurdo: _____ Tienes que ocupar un aparato ortopédico: _____ ¿Cual? _____</p> <p>¿Por qué?: _____ Cuando caminas, adoptas una postura: _____ Haces ejercicio: _____ de qué tipo: _____ Prácticas algún deporte: _____</p> <p>Describe la forma en que acostumbras a estar sentado: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Cuánto tiempo tienes viviendo en la localidad: _____ Cuántos hermanos tienes: _____ Qué lugar ocupas en la familia: _____</p> <p>Vives con tus padres: _____ Familiares: _____ Solo: _____</p> <p>Otro lugar : _____ Tienes dificultad para oír: _____ Ver _____</p> <p>Usas lentes: _____ ¿Qué haces si tienes diarrea, gripa o alguna enfermedad? _____</p> <p>¿Con quién acudes si tienes algún problema? _____</p> <p>¿ Cuando pides ayuda a alguien, cómo te sientes? _____</p> <p>¿Aceptas la ayuda de los demás? _____</p> <p>¿Cómo te llaman en la familia? _____</p>

	<p>¿Cómo te llaman tus amigos? _____</p> <p>Perteneces a un grupo: _____ ¿Cuál? _____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>¿Con qué frecuencia te bañas? _____ Acostumbra lavarte las manos después de ir al baño y antes de comer: _____ Cuántas veces te cepillas los dientes _____ Cuántas veces acudes al dentista al año: _____ Tienes prótesis dental: _____ ¿Cuál? _____ Tienes algún problema de la piel: _____</p>
10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>¿Tienes alguna actividad preferida? _____ ¿Cuál es? _____</p> <p>¿Te gustan las colecciones? _____ ¿De qué tipo? _____</p> <p>¿Te gustan los animales? _____ ¿Tienes uno en casa? _____</p> <p>¿Cuántas veces a la semana sales con tus amigos? _____ ¿A qué lugares acuden _____ ¿Cuántas horas ves televisión? _____ ¿Cuáles son tus programas favoritos? _____</p>
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Cuántas veces al mes acudes a la iglesia? _____</p> <p>¿Qué piensas sobre la muerte? _____</p> <p>¿Para ti qué es la enfermedad?: _____</p>
	Seguridad y protección

12	<p>¿Qué enfermedad has padecido?_____</p> <p>¿Has consultado a otras personas diferentes a los médicos?_____</p> <p>¿Quiénes te vistan de tu casa?_____</p> <p>¿Eres alérgico a algún medicamento?_____</p> <p>¿Qué medicamento tienes en casa?_____</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="285 562 618 590">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="695 562 769 590">Clase</th> <th data-bbox="930 562 1013 590">Fecha</th> <th data-bbox="1117 562 1312 590">Como lo tomas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Qué cambios importantes ha habido en tu familia, como cambio de domicilio____ Separación de los padres_____</p> <p>¿Cómo te has sentido con esos problemas?_____</p> <p>¿Tienes alguna preocupación?_____</p> <p>¿Qué piensas de tu hospitalización?_____</p> <p>¿Cómo sientes tu cuerpo cuando estás enfermo?_____</p> <p>Existe la posibilidad de hayas estado en contacto con amigos(as) que padezcan alguna enfermedad contagiosa_____ ¿Cómo cuáles?_____</p>	Nombre del medicamento	Clase	Fecha	Como lo tomas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Clase	Fecha	Como lo tomas														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
_____	_____	_____	_____														
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>¿Estudias?_____ ¿Qué año cursa?_____ ¿Aprendes?_____</p> <p>¿Has estado hospitalizado antes?_____</p> <p>¿Cuántos años tenías?_____ Cómo te sentías?_____ Menciona que temas te guastaría hablar con la enfermera:_____</p>																

14

Realización

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

¿Qué te gustaría ser cuando seas adulto?_____

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

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

OTROS DATOS

Tienes alguna pregunta que hacer?_____

Observaciones:_____

Análisis

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS MDIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

(En las dimensiones Físicas, Psicológicas y espirituales)

Fecha en la que identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco

Nombre: _____ Servicio: _____

Edad: _____ Sexo _____ Dx. Médico: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación



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

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia

Causas de la dificultad

Total= Dt

Falta de Fuerza= FF

Temporal= Dtm

Falta de Voluntad= FV

Parcial= Dp

Falta de Conocimiento= FC



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL
VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad:___ Sexo:___ Fecha de Ingreso:_____ Fecha de Egreso:_____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

6. Fecha de su próxima cita _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Elaboró. Mtra. Magdalena Franco Orozco



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) Observación General

B) Exploración física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de relación:

Acompañamiento:

Suplencia:

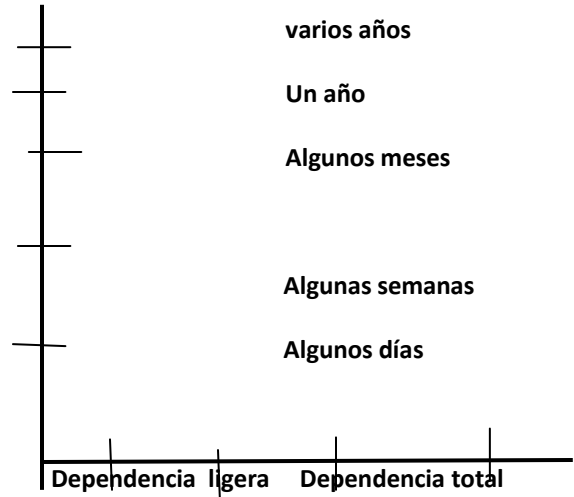
Ayuda:

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

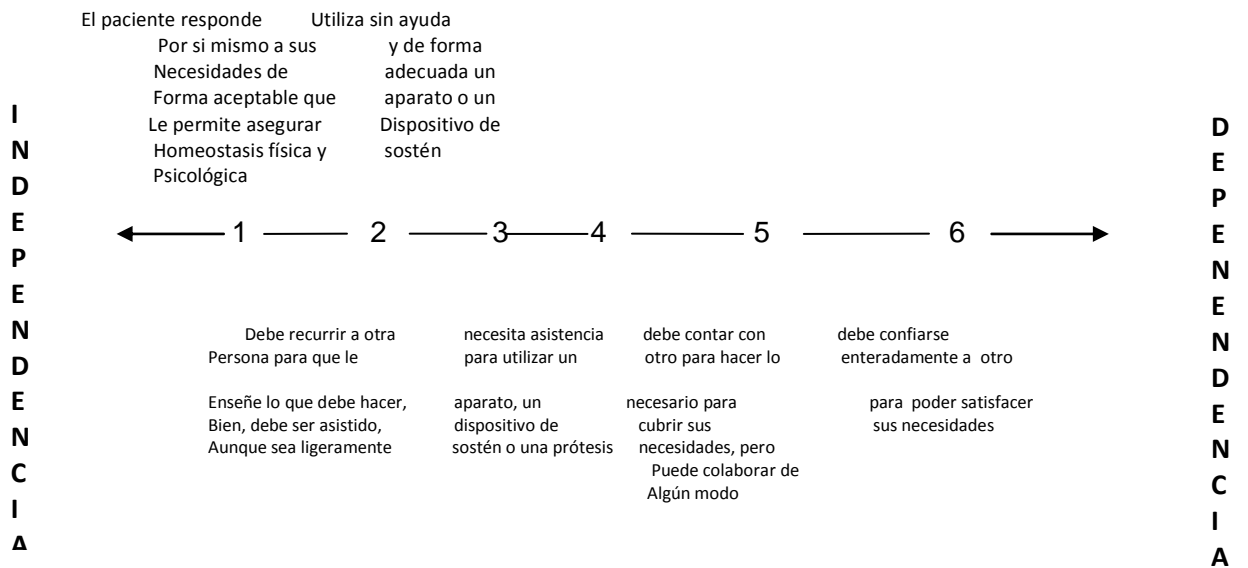
Diagnostico de Enfermería

Comentarios

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia



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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento informado para estudio de caso

Yo _____ declaro libre y voluntariamente
aceptar que mi Hijo (a): _____
Participe en el estudio de Caso:

_____ cuyo objetivo principal
es: _____

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

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

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

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Firma

Nombre del padre o tutor:

Firma

	Testigos
Nombre: _____	Nombre: _____
Firma: _____	Firma: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Maria del Carmen Díaz Chávez declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) AUGUSTIN S. participe en el estudio de caso DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA EN UN ADOLESCENTE MASCULINO POR OSTEOARTRITIS DE FEMUR DISTAL IZQUIERDO, cuyo Objetivo principal es: REALIZAR UN SEGUIMIENTO PARA APOYAR EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: LA REALIZACIÓN DE 14 VALORACIONES FOCALIZADAS ADENÁS DE LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS PASIVOS y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio: LEO YOLANDA CASTILLO DURÁN

Firma

Nombre del padre o Tutor: Maria del Carmen Díaz Chávez

Firma

Testigos

Nombre: José de Jesús Venegas Saucedo

Firma: [Firma]

Domicilio: Tecamuc 7a. Edif

Hidalgo, Depto. 302, U. Itab.

México, D.F. a 28 de DICIEMBRE 2011

Adolfo López Mateos,
Cuahtitlán Izcalli, Mex.
C.P. 54715.

Nombre: César Morales de la Cruz

Firma: [Firma]

Domicilio: C. Joaquina # 387

Col. Benito Juárez

C.D. Nezahualcóyotl