



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



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

ESTUDIO DE CASO

**ESCOLAR DE 6 AÑOS CON INTOXICACIÓN POR
ORGANOSFOSFORADOS VS CARBAMATOS Y CON
DÉFICIT EN MANTENIMIENTO DE UN APORTE
SUFICIENTE DE AIRE.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA
LIC. EN ENF. ALICIA OROZCO GRANADOS

ASESORADO POR:

MTRA. MARGARITA HERNÁNDEZ ZAVALA



MÉXICO D.F. JUNIO DE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Contenido	pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVO GENERAL.	3
III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	4
IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	7
4.1 ESTUDIOS RELACIONADOS (ANTECEDENTES)	7
4.2 PARADIGMAS: PERSONA, SALUD, ENTORNO ENFERMEDAD.	13
4.3 ESCUELAS (DE PENSAMIENTO)	23
4.4 BIBLIOGRAFÍA DE OREM	28
4.5 TEORÍAS DE ENFERMERÍA SOBRE EL AUTOCUIDADO	29
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	39
4.6 PROCESO ENFERMERÍA QUE ES PROCESO, DESCRIBIR LAS ETAPAS Y EN QUÉ CONSISTE CADA UNA DE ELLAS.	40
4.7 RELACIÓN DE LA TEORIA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERIA.	62
4.8 DAÑOS A LA SALUD.	64
4.9 CONSIDERACIONES ETICAS.	72
V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.	92
5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	92
5.2 MOTIVO DE CONSULTA.	92
5.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.	93
5.3.1 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES.	93
5.4 INTEGRANTES DE FAMILIA,	96
5.4.1 GENOGRAMA.	97
5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.	97
5.6 REQUISITOS DE DESARROLLO.	101
5.7 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.	102
5.8 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS	107
5.9 RELACION DEFICIT.	108

5.10	RELACION DEFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.	110
5.10.1	FECHA DE DETECCION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENF	114
5.11	(PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA).	116
VI.	PLAN DE ALTA.	133
1)	ACCIONES DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICAS.	
2)	HÁBITOS HIGIENEICOS-DIETETICOS.	
3)	MEDICAMENTOS (NOMBRE, DOSIS, VÍA, HORARIO Y ESPECIFICACIONES ESPECÍFICAS).	
4)	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.	
5)	CITAS.	
VII.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	135
VIII.	GLOSARIO	137
IX.	ANEXOS.	140
	ESCALAS UTILIZADAS	
	PERCENTILA DE PESO Y TALLA	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	TRIPTICO DE PLAN DE ALTA.	
X.	REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS.	142

I. INTRODUCCIÓN

La profesionalización y la adquisición de conocimientos teóricos prácticos en el área de enfermería, son de vital importancia y relativamente son nuestra carta de presentación con los pacientes, familiares y con el grupo multidisciplinario.

Enfermería es una profesión que demanda y requiere conocimientos basados en la evidencia, proponer, realizar e implementar un cuidado especializado y protocolizado, que nos permita tener clara una visión de los cuidados que se realizan sin olvidar la parte de anatomía y fisiología del cuerpo humano así como las patologías que alteran el bienestar físico y mental del individuo. Es así como se cree importante abordar a la niñez mexicana de forma holística e integral. Ubicar y visualizar un caso clínico de cierto padecimiento inespecífico o específico es parte de las actividades que a diario se realizan en la práctica hospitalaria, la elección de un padecimiento permite elaborar un plan de cuidados específicos de la patología, siempre ubicando la fisiopatología y curso de la enfermedad. El entorno otro factor importante en la evolución del padecimiento ya que la niñez mexicana y la salud de la misma es un reto, para nuestra sociedad tan vulnerable. Es importante saber cómo se ha ido transformando los estilos de vida de los ciudadanos, con anterioridad se puede ver que esta ciudad no estaba tan urbanizada, no existían tantos avances en la tecnología y hasta se podría asegurar que la calidad de vida era de una calidad insuperable, se contaba con aire limpio, campo a donde poder practicar deporte sin causar daños por los altos niveles de contaminación, se podía observar a las aves volar en parvadas, a los animales del campo correr sin peligro alguno. La vida era más tranquila no había el problema actual del tráfico, de la contaminación de un hoy no circula, no veías tan altos edificios, numerosas y grandes construcciones, se ha transformado la vida humana de una manera impresionante, las cosas fáciles que ha inventado el hombre para no cansarse o evitar hacer mucho y cansarse poco.

El estilo de vida es un azar se han creado alimentos impresionantemente rápidos, que están solo con darle 1 min en el horno de microondas, sin considerar los efectos que pueden traer hacia la salud de un ser humano. El hablar de cuidados implica conocer un poco de lo que nos ha antecedido, y si bien es cierto todo lo moderno ha traído como

consecuencia niños con diversas discapacidades, malformaciones congénitas, alteraciones del metabolismo, en el sistema inmunitario, hematológico y sin omitir en el ámbito psicológico y social.

Los niños con esa mágica sonrisa, son niños que sufren o padecen algún padecimiento agudo o crónico ocasionado a consecuencia de múltiples factores ambientales. La salud de los niños en el mundo demanda un cuidado óptimo, trato digno, respeto por sus derechos como niños. El derecho de elegir lo que es más humano para ellos lo elige de forma directa el personal de salud, quien lo provee de cuidados paliativos e invasivos. La salud en México demanda de personal profesional que no solo brinde atención por medio de métodos que causen dolor, se demanda un cuidado integral, holístico y más humano.

El cuidado debe tener una base de evidencia que lo sustente como lo es en la actualidad la creación de planes de cuidados de enfermería. Los cuales el objetivo principal es el bienestar del paciente el cual se va a lograr mediante un sistema de atención basado en una teoría que por sí sola nos habla del autocuidado. Un cuidado estructurado en relación a alteración en aparatos y sistemas así como la actividad que va a permitir mejorar esa alteración.

La función básica de dicha investigación nos permite tener conocimientos más enfocados al cuidado de pacientes que ingresa a una sala de urgencias debido a una intoxicación de sustancias tóxicas hasta el momento no específicas y no identificadas en los estudios especializados y realizados por expertos. Es un gran reto el estudio específico de un solo padecimiento y más aún por lo inespecífico de la causa que originó el estado actual de salud del escolar.

II. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo principal de este presente trabajo es crear una evidencia para proporcionar cuidados de enfermería a un paciente que ingresa en una sala de urgencias con Dx de intoxicación por organofosforados. Focalizando los cuidados de enfermería en base a la teoría del auto cuidado y en los requisitos de autocuidado universal así como las alteraciones de cada requisito.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

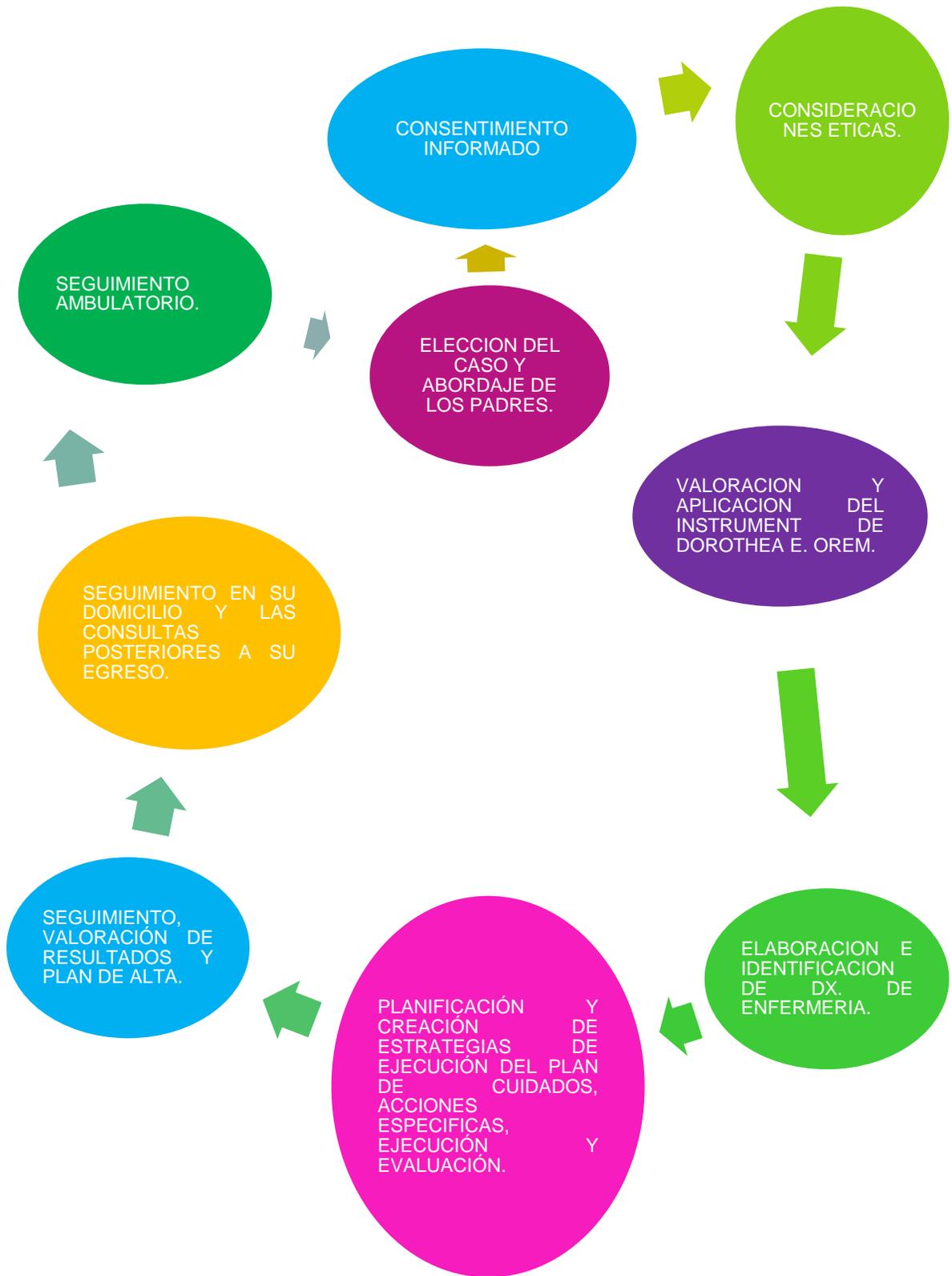
- Valorar e identificar el déficit del auto cuidado, por medio de la entrevista, la observación y la valoración física. Con la finalidad de determinar las prioridades del plan de cuidados.
- Identificar y elaborar Diagnósticos de enfermería reales o potenciales que nos permitan delimitar el déficit de autocuidado.
- Elaborar un plan de cuidados especializados que incluya el desarrollo de las estrategias, diseñadas para obtener mejores beneficios.
- Ejecutar cada intervención de enfermería, en base a la jerarquización y prioridad de acción en los requisitos de auto cuidado. Que se encuentren con un déficit importante. Y reforzar las respuestas saludables de las personas o bien impedir una posible complicación o desviación del autocuidado.
- Determinar la evaluación de los cuidados e intervenciones que se implementaron así como la evaluación y cambios obtenidos en el beneficio de la salud del paciente pediátrico.
- Proporcionar información de los cuidados en casa mediante un plan de alta elaborado por el personal de enfermería, cuyas características sean de fácil comprensión al paciente y su familiar.

IV. METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio de caso, basado en análisis previos de casos de intoxicación por sustancias tóxicas. El abordaje fue en el INP en el servicio de urgencias hospitalización. Posterior a la elección del paciente se investigaron y se comentaron artículos de intoxicaciones con sustancias tóxicas, con el fin de ser una herramienta para la elaboración y planeación de un plan de cuidados.

- Elección del caso y abordaje de los padres.
- Consentimiento informado
- Consideraciones éticas.
- Valoración y recolección de datos.
- Aplicación del instrumento de valoración
- Elaboración de los Diagnósticos de enfermería.
- Planificación y creación de estrategias de ejecución del plan de cuidados, acciones específicas, ejecución y evaluación.
- Seguimiento, valoración de resultados y plan de alta.
- Seguimiento en su domicilio y las consultas posteriores a su egreso.
- Seguimiento ambulatorio.

ESQUEMA REPRESENTATIVO DEL SEGUIMIENTO DEL CASO CLÍNICO



IV. FUNDAMENTACION TEORICA

Dicho estudio está basado en la teoría del autocuidado, la cual es de suma importancia en el actuar del profesional de enfermería que considera, la vida como el principal valor moral y de ella se desprende la salud física y mental de los humanos, y como ende el bienestar para llegar a un nivel más alto en la calidad de vida.

4.1 ANTECEDENTES

Enfermería global N° 2 mayo 2003 página 1 clínica atención y cuidados de enfermería en las intoxicaciones por productos domésticos. *sancho sánchez,mj., loro sancho, n., **sancho sánchez, mt., peiró andrés, ma. *d.u.e. urgencias. **d.u.e. consorcio hospital general universitario de valencia. prof.asociadas dptº de enfermería. Universidad de valencia.

Análisis del artículo. La importancia de la prevención y conocer las estadísticas me permitió tener una amplia visión acerca de las sustancias que con mayor frecuencia son utilizadas en las intoxicaciones de los pacientes pediátricos, además de generar mayor inquietud por el conocimiento del proceso enfermero. El artículo aporto a mi trabajo la estadística de las intoxicaciones además de generar muchas estrategias de prevención en el domicilio y en el área hospitalaria.

El artículo hace referencia a la prevención, se consideran pautas de la conducta a seguir a fin de poder solucionar el problema. Se mencionan las estadísticas de intoxicaciones así como el rango de edad con mayor afectación. En el año 2001 se han recibido 139.293 llamadas, de las cuales en el 49,2% había existido contacto con algunos productos potencialmente tóxico. De estas consultas, el 49,2% fue plaguicida. El 53,8% el sujeto intoxicado es un niño de 0-14 años de edad. La edad del intoxicado comprende: de 0-2 años de edad el 39,6%, de 3-14 años de edad el 20,6%, de 15-90 años de edad el 39,9%. En lo que respecta a los niños conviene enseñar a los niños los elementos de seguridad y a los adultos a no almacenar tóxicos innecesarios y a vigilar de manera adecuada a los niños. Las estadísticas hablan por sí solas y si bien es cierto

el servicio de urgencias tiene una gran demanda por intoxicaciones de cualquier tipo y a cualquier nivel.¹

Información que posee el personal de enfermería en la atención del paciente intoxicado con organofosforados que ingresan a la unidad clínica de emergencia adultos del hospital central de Maracay²

Análisis del artículo.

Este artículo me facilitó las herramientas de conocimiento y las prioridades de acción en una situación que pone en peligro la vida y la función adecuada de los aparatos y sistemas.

Permite saber cuál es la definición y clasificación de un tóxico o veneno es cualquier sustancia, que al ser ingerida, inhalada, absorbida por la piel o al generarse dentro del cuerpo en cantidades relativamente pequeñas producen lesión al organismo, por su acción química, estas lesiones están enmarcadas dentro del deterioro de sistemas vitales tales como: respiratorios, cardíacos, digestivos, nerviosos, entre otros. Dicho de otro modo, las intoxicaciones, ya sea en forma accidental o por autólisis³ constituyen hoy en día un problema de salud, que cada día se agrava más. Ahora bien, los pacientes intoxicados, y, específicamente con organofosforados, se convierten en pacientes críticos, que deben de ser atendidos con la mayor rapidez, y más importante aún, deben ser manejados tomando en cuenta bases científicas que conlleven a restablecer fisiológicamente al organismo dañado. El aumento significativo de los pacientes que ingresan con intoxicación con organofosforados, exige la intervención del personal de enfermería un aspecto muy importante en la atención del mismo. La elaboración de un plan específico nos reduce tiempos y costos en la atención de la intoxicación por órganos fosforados.

¹ *sancho sánchez,mj., loro sancho, n., **sancho sánchez, mt., peiró andrés, ma. *d.u.e. urgencias. **d.u.e. consorcio hospital general universitario de valencia. prof.asociadas dptº de enfermería. universidad de valencia. Enfermería global nº 2 mayo 2003 página 1 clínica atención y cuidados de enfermería en las intoxicaciones por productos domésticos. revistas.um.es/eglobal/article/download/677/709

² www. Monografías

³En los países en los que se han desarrollado planes de educación y prevención... causa por: insecticidas organofosforados y cambamatos, pilocarpina... hay que hacer mención a las intoxicaciones por errores en la administración. Se encuentra en: [www. Eccpn.aibarra.org/temario/...capitulo 153.htm](http://www.Eccpn.aibarra.org/temario/...capitulo%20153.htm) en cache –similares.

CUIDADO DE LAS INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA. Autores: Antonio José Ibarra Fernández Correo: aibarra@aibarra.org Titulación académica: Diplomado en Enfermería Centro de Trabajo: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Hospital Torre cárdenas. Almería. España

Análisis del artículo.

Este artículo me permitió reforzar conocimientos acerca del cuidado especializado del paciente pediátrico y las posibles acciones a seguir en caso de un accidente no intencionado.

La intoxicación en pediatría puede deberse a un accidente, a un error médico, o por abuso o intento suicida en los adolescentes. Cabe señalar que no todas las intoxicaciones son por error en la medicación en pediatría.

Tener en cuenta, cuando un niño se intoxica accidentalmente, que esto no hay culpables, sino descuidos no deseados por nadie. Intentar que los padres aumenten las medidas de seguridad y no hacer culpables a los padres en ninguna circunstancia

Lo aplique en forma convincente con los familiares debido a que se presumía que era un intento de envenenamiento por parte de los familiares.

3.- FMC Arrivo 200 CE es un insecticida piretroide que actúa por contacto e ingestión, se recomienda para la aplicación al follaje en los siguientes cultivos: maíz. Algodón, soya.

Contraindicaciones: no se aplique este producto cuando existen vientos mayares a 15km/hr. No aplicar en presencia de lluvia. Aplicar por la mañana o tarde.

En caso de intoxicación acuda al médico y muestre la etiqueta. Recomendaciones al personal de salud: Arrivo 200 CE pertenece al grupo químico de los piretroides, signos y síntomas de intoxicación: en algunos casos se presenta hormigueo en la piel, el cual desaparece al poco tiempo. En la piel: Adormecimiento, ardor y comezón. Son irreversibles aproximadamente en 12 hrs. Por sobreexposición: temblores, baja de control e hipersensibilidad. Este producto contiene hidrocarburos aromáticos livianos que pueden producir neumonitis o edema pulmonar. Antídoto este producto no tiene

antídoto, por lo que el tratamiento será sintomático. En caso de ingestión deberá efectuarse un lavado gástrico.

Análisis de artículo

La ingesta de una sustancia organofosforado cualquiera que sea ocasiona, alteraciones importantes en la fisiología del cuerpo humano, este documento me ayudo a tener un análisis más crítico de las sustancias toxicas, la gravedad del uso común en la agricultura y su alta toxicidad. Me brindo un amplio conocimiento de la gravedad de la ingesta accidental y el posible tratamiento en caso de ingesta.

Es un documento de información y recomendaciones específicas para el uso comercial de este producto. Por medio de esta información se hace referencia de ser un posible agente causal de la intoxicación, las recomendaciones específicas del manejo y las especificaciones nos permiten tener un amplio panorama de las manifestaciones y como abordar al paciente de la mejor manera posible además de manejar los primeros auxilios en caso de ingesta, inhalación de los hidrocarburos, o contacto con la piel.⁴

Uso del carbón activado en las sospechas de intoxicación en urgencias de pediatría

Dres. Santiago Mintegui raso, Javier Benito Fernández, Ana Fernández Landaluce.
arch. pediatr. urug. v.74 n.3 Montevideo ago. 2003

Este articulo me genero conocimiento de la importancia del uso de forma adecuada de sustancias catódicas en caso de ingesta accidental de sustancias toxicas, me ayudo mucho en el caso que se abordó debido a que la administración de del carbón activado fue una de las acciones de prioridad.

La atención médica en las intoxicaciones en la pediatría debe de ser rápida para una adecuada evolución del paciente, teniendo en cuenta que el riesgo de que un contacto con una sustancia potencialmente tóxica genere problemas en un niño está en relación

⁴ FCM Agroquímica de México Av. Vallarta No. 6503 Local A1-6 Cd Granja Zapopan Jal. Se encuentra en: www.fmcagroquimica.com.mx.

con el tipo de sustancia que ingiere, con la actuación que el médico de urgencias realiza y con la participación de las medidas y cuidados del área de enfermería.

Cabe mencionar que la importancia de este artículo es el uso de carbón activado a una dosis de 1 g/kg fue administrado como método de descontaminación gastrointestinal de elección en el tratamiento inicial de las intoxicaciones pediátricas ya juega un papel importante en la actuación médica inicial para la finalidad de minimizar la absorción de una sustancia potencialmente tóxica.⁵

INTOXICACIONES EN PEDIATRIA

Este artículo me facilito en forma general los conocimientos en las intoxicaciones y apporto generalidades específicas del actuar en caso de una urgencia. En relación a mi estudio de caso me dio la pauta de la prevención y orientación al familiar en su domicilio.

Una de las causas más comunes de accidentes en niños menores de 6 años es la ingestión de sustancias tóxicas; siendo los más comunes los productos de limpieza, medicamentos y productos de cuidado personal por eso es importante promover medidas para la manipulación y cuidado de los medicamentos; así mismo que los trabajadores de la salud conozcan el protocolo para el manejo oportuno del paciente con historia y sintomatología de intoxicación.⁶

Nuevo protocolo de tratamiento en intoxicaciones por gramoxone en el servicio de toxicología del complejo hospitalario viedma

Este artículo es de suma importancia debido a que nos presenta un panorama más actual de un nuevo y mejor tratamiento de las intoxicaciones en los pacientes que han sufrido una alteración en sus condiciones de salud secundario a una ingesta accidental de sustancias tóxicas.⁷

Intoxicación Por Organofosforados (revisión del diagnóstico y manejo)

Asdrúbal Cabrera Ortiz*Wilson Varela Rodríguez**

⁵ Dres. Santiago Mintegui Raso, Javier Benito Fernández, Ana Fernández Landaluze
Uso del carbón activado en las sospechas de intoxicación en pediatría. ..se encuentra en:
www.sup.org.uy/archivos/adp74-3/pdf/adp74-3_6.pdf -

⁶ Revista chilena de pediatría - Intoxicaciones en pediatría se encuentra en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-410619...>

⁷ Nuevo protocolo de tratamiento en intoxicaciones por gramoxone en el servicio de toxicología del complejo hospitalario viedma.
new protocol for treatment of ... se encuentra en:
www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?...

El presente artículo fue de mucha utilidad en mi estudio caso, ya que cabe mencionar que fueron múltiples personas las que sufrieron la intoxicación, permite tener actualización de los conocimientos el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado es lo fundamental y vital.

La fatalidad de la intoxicación por pesticidas es cerca del 15-30% de los casos, siendo la mayoría de las ocasiones de causa intencional en los países en vías de desarrollo, de ahí la importancia que radica en el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado y oportuno; por lo cual los trabajadores de la salud deben de conocer el cuadro clínico para poder realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno.⁸

⁸Revista médica de costa rica y Centroamérica lxxvi (588) 161-167; 2009. intoxicación por. organofosforados. (revisión del diagnóstico y manejo) ...se encuentra en: www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/588/art9.pdf -

4.2 PARADIGMAS.

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y meta teóricas., han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas, hacia una práctica, profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett(1984) ha examinado los escritos de varas enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos **cuidado, persona, salud y entorno**. Están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Naigtingale (1969). Es precisamente la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes de pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto, una terminología específica de estos **paradigmas** teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación. Analizaremos estas orientaciones en relación a los conceptos que tienen actualmente

un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera, es decir, los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno”.

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.⁹

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio es un fenómeno es secuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre si las relaciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia descubrimientos de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano.

El **paradigma de la categorización** ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación está centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XII al XIX. La necesidad de mejorar la

⁹ Lic. Luiris Sanabria Triana¹, Lic. Marta Otero Ceballos² y Lic. Omayda Urbina Iaza³, Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería, rev cubana educ med super 2002;16(4) se encuentra en; http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm - 27k

salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación.

Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea. Instruida en matemáticas, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad.¹⁰

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión. La actividad de enfermera, está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y las heridas, la enseñanza de modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. Nightingale considera la **persona** según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como, por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tienen por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y la que goza de salud, consérvala, luego, estos factores **entorno** son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale (1859-1969) las ha llamado “leyes de la salud o del cuidado enfermero”. La **salud** no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”

El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal. La orientación a la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos

¹⁰ Dra. Lucia Aranda Moreno Enfermería y los paradigmas emergentes, Lima Perú 2009 asociación peruana de facultades y escuelas de enfermería - aspefeen enfermería y los paradigmas emergentes; se encuentra en; <http://www.slideshare.net/coquito7379/enfermera-y-los-paradi...>

así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios. Como manifiesto del progreso de los conocimientos en salud pública, se han creado programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.

Orientación hacia la enfermedad.

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y cols., 1983).

Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independientemente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se deja de lado los demás factores personales o ambientales. El objetivo de la medicina tecnocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico establecido.

Según esta orientación, el **cuidado** está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La persona está bajo sus cuidados y el de los otros profesionales de la salud. Estos profesionales son considerados expertos que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la **persona** se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes. Cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo. La **salud** es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”. La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. En lo que concierne al **entorno** es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado. Por ejemplo, las técnicas de asepsia van dirigidas a controlar los microorganismos nocivos para el

ser humano. Los cuidados enfermeros competentes disminuyen el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas. Por otra parte, una enfermera diplomada puede sustituir al médico en las atareas rutinarias del servicio privado a domicilio.

Por otra parte, las enfermeras- en estados unidos principalmente se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de los conocimientos. En esta época, los intereses de investigación de las enfermeras giran alrededor de las enfermedades contagiosas. Hacia los años treinta, las investigaciones intentan evaluar sistemáticamente las técnicas de cuidado, lo mismo las funciones y actividades de la enfermera. En los años cincuenta las investigaciones se centran en la organización de las unidades de cuidados y en la mejorar los cuidados enfermeros.¹¹

Así, los resultados de las primeras investigaciones enfermeras permiten una transformación del sistema de presentación de cuidados a principios de los años cuarenta.

En la primera mitad del siglo XX, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros en América del Norte está. Caracterizado por una gestión individual, “caso por caso”, seguido por un **sistema funcional** de prestación de cuida, el sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una **gestión centralizada**.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

El paradigma de la integración de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado en contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El **paradigma de la integración** ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

En América del norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975. Esta orientación esa marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la segunda guerra

¹¹ Cristina Balan Gleaves, Magdalena Franco Orozco, Teorías y modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. 2da edición, México D.F 2009, Litto Ejid. Amado Nervo 53 Col. Moderna.

mundial, la tendencia del mundo accidental es la de crear un sistema de seguridad social.

Según esta orientación, el **cuidado** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda a la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a su funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.¹²

En medida que la **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos. La **salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha conseguido y esta influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud estén presentes.

Por último el **entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares, por ejemplo la limpieza en una casa.

¹² Paradigmas enfermería - ensayos - saidunam; 24 ene 2010; paradigmas enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México facultad de estudios superiores Zaragoza carrera: licenciatura en enfermería; se encuentra en; <http://www.buenastareas.com/ensayos/paradigmas-enfermeria/99...>

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante un periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica, como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboraron alrededor del objeto del cuidado, es decir del cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales, siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas que ponen el acento sobre las personas, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

El paradigma de la transformación representa un cambio en la mentalidad sin precedentes, en las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Este paradigma dice que un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y puede simultáneamente con una unidad global más grande. El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.^{13, 14}

Apertura hacia el mundo

Esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70, quedó marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los

¹³ Ibid., PP. 71,72,73

¹⁴ Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería

aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye sobre la cultura orientada.

Es desde esta perspectiva que en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destacan la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La organización mundial de la salud (OMS), autora de la declaración de **Alma-Ata**, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una **filosofía** en que los hombres tienen el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas. La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Collière (1980) resume así la filosofía de los cuidados primarios de salud:

Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y la manifestación de sus problemas en este campo. Esta prospectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social. (pág. 2-3)¹⁵

La **persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La persona establece relación con su entorno o con su medio próximo, ya sea exterior e interior. La **salud** no es un bien que posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El **cuidado** va dirigido al bienestar, tal como la persona lo

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de salud, Ginebra, 1978 (serie "salud para todos").

define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver esta persona.

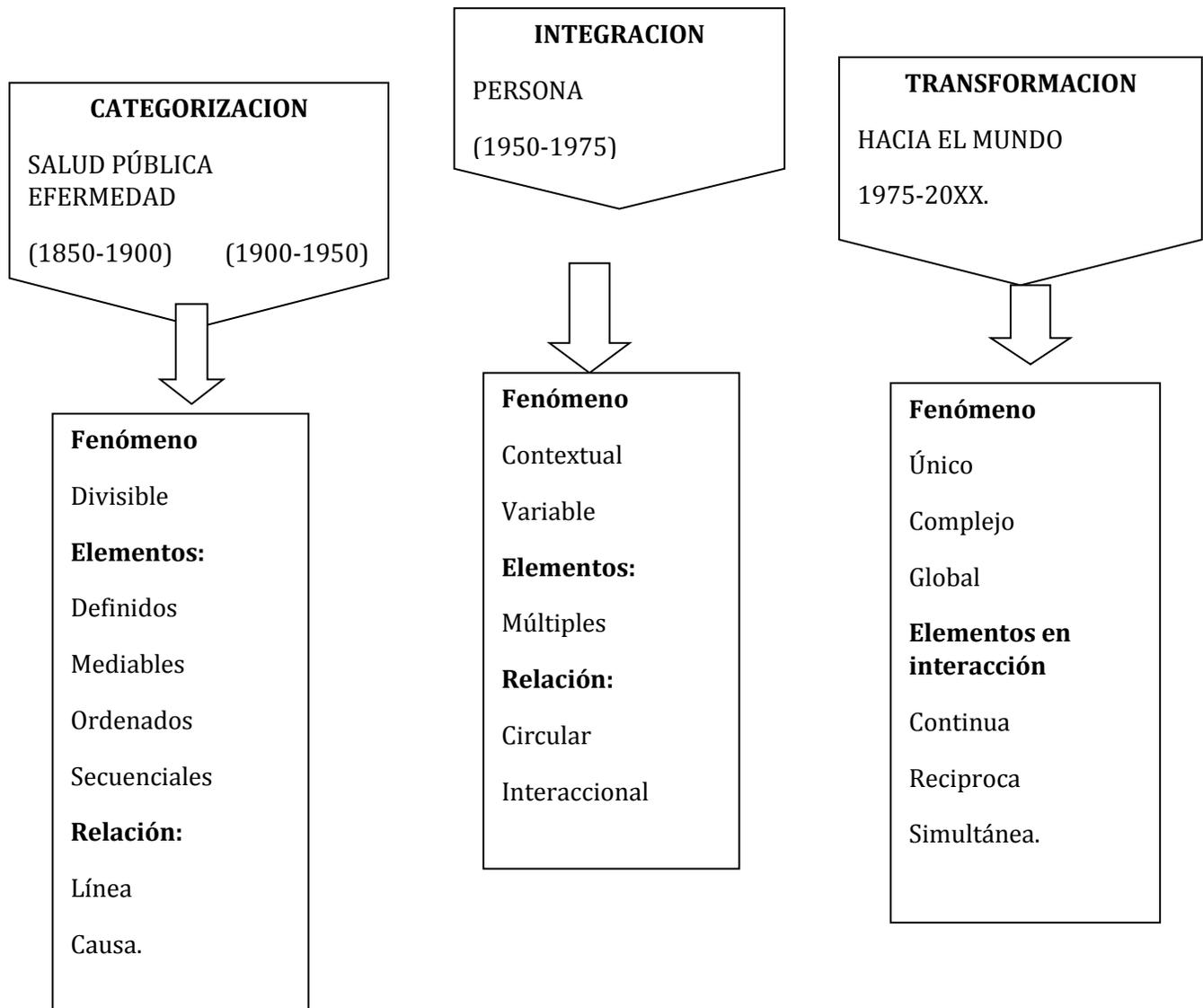
La **persona** es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta, tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella: la una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según potencial y sus prioridades.

La **salud** por su parte, es a la vez un valor y una experiencia según la perspectiva de cada persona, también, hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona.

Finalmente el **entorno**, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción.

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hace, a menudo, sin saberlo. La disciplina enfermera ha evolucionado en contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que ha marcado la evolución de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.

FUNDAMENTOS DISCIPLINARES DE LA ENFERMERÍA.



16

Fig. 1-1 las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina en enfermería.

¹⁶ *Ibíd.*, pp 77

4.3 ESCUELAS DE PENSAMIENTO.

Con el fin de aclarar lo que caracteriza la disciplina enfermera, se ha extraído de los escritos de varias enfermeras teorizadoras los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud”, y “entorno”. Sin ser específicos de la disciplina de enfermera.

Escuela de necesidades.

Según este modelo el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson (1964)) o en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que durante un tiempo, no puede realizar por si misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.¹⁷

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así, la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad, tales como las de pertenencia, amor y autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más elevado.

“Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de necesidades han marcado el origen de su centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona”.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem, y Faye Abdellah. De forma muy representativa y para ejemplificar se describen dos modelos conceptuales: el modelo de la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de Virginia Henderson y el modelo del autocuidado, de Dorothea Orem.

¹⁷ Historia de la enfermería 24 jun 2011... historia de la enfermería. i.-teoría y método en historia de la ... rol de las enfermeras, ciencia y disciplina, las escuelas de pensamiento ; se encuentra en; http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_histor_enf.htm

Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson.

La concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas necesidades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Postulando que la persona es un todo complejo, la salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales y el entorno es la naturaleza o el medio que actúa de manera "positiva".¹⁸

Autocuidado según orem

Autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural iniciando de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos por que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La persona es un todo integral que funciona biológicamente simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de 3 tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a las desviaciones de la salud.¹⁹

¹⁸ Índice de enfermería - revisión crítica de una interpretación del estudiante de la maestría ciencias de la enfermería. escuela de enfermería el pensamiento de virginia henderson en el siglo xxi"; se encuentra en; <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-129620070002000...>

¹⁹ María Luz Fernández Fernández bases históricas y teóricas de la enfermería corrientes de pensamiento en enfermería. la enfermería, como disciplina orientada a la práctica profesional (donaldson y ...se encuentra en ;<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-históricas-y...> - 109k

Escuela de interacción.

Esta apareció a finales de los años 50 y principio de los 60. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Debido a que hay una creciente demanda a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

“según la escuela de interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre la persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.”

El cuidado como una acción humanitaria no mecánica, con el fin de evaluar las necesidades, formulando un diagnóstico y planificando intervenciones.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

Escuela de los efectos deseables.

Este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros, considerando que el objetivo de los cuidados consiste en establecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Las teorizadoras de esta escuela están inspiradas en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

“la escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema”

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Jhonson, Lydia Hall, Myra Levin, Callista Roy y Betty Neuman.

Escuela de promoción a la salud.

Los cuidados se amplían a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Esta escuela se interesa en cómo lograr y también por cuál es su meta y hacia quien va dirigido los cuidados enfermeros.

Escuela del ser humano unitario.

Esta escuela se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Martha Rogers (1970) propone una visión de la persona y de los cuidados que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y

de la teoría general de los sistemas. Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado.

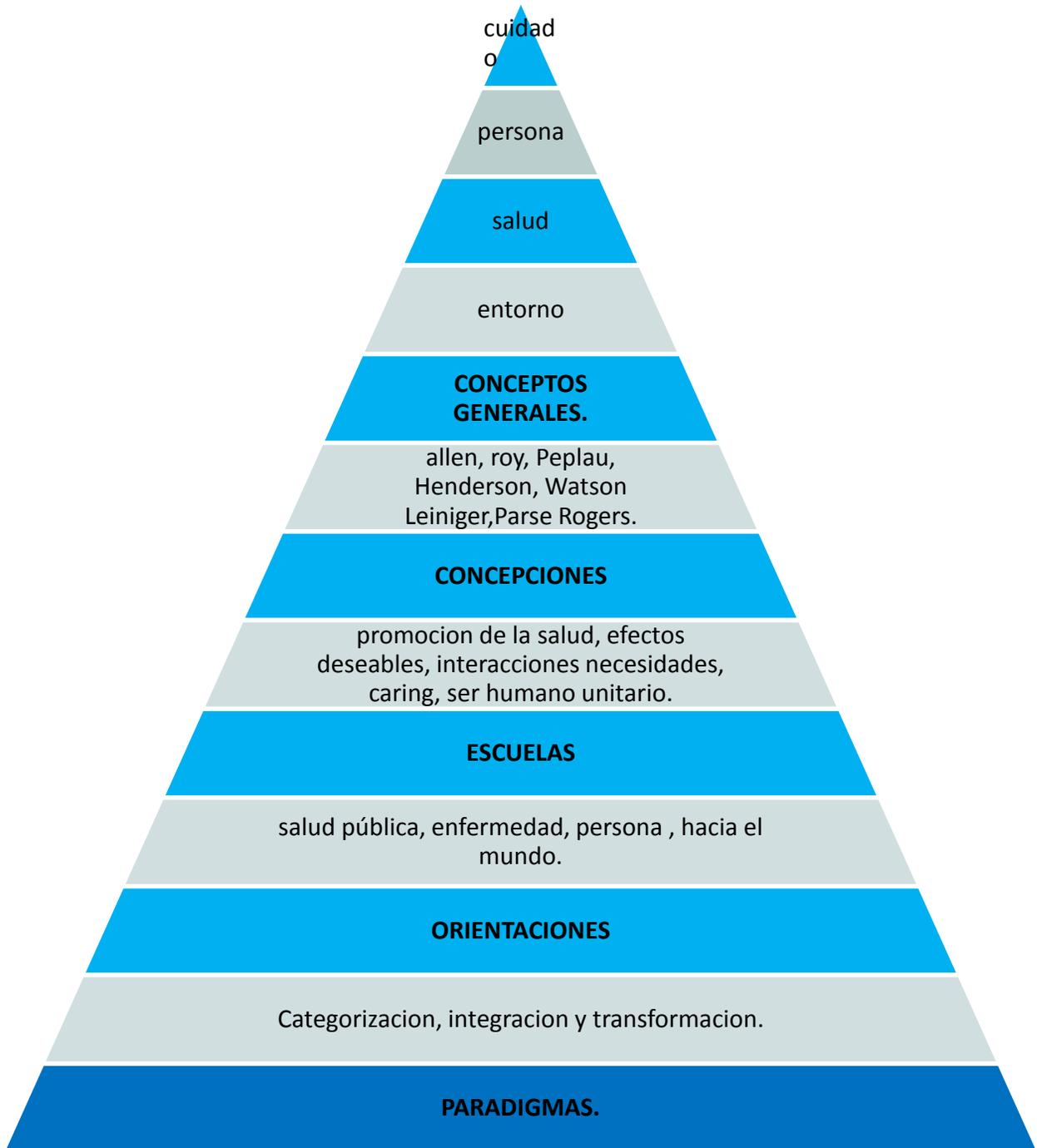
Otras teorizadoras que se han unido a esta escuela son Margaret Newman y de Rosemarie Rizzo Parse. La salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están opuestas ni divididas.

Escuela del Caring.

La prioridad del Caring reemplaza el enfoque de promoción, prevención y restauración de la salud, proponiendo que sea humanista y científico, debido a que el cuidado es facilitar y ayudar, respetando los valores, creencias, forma de vida y cultura de las personas. Esta escuela se sitúa en la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación, centrándose la teoría del cuidado humano de Jean Watson y la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger.²⁰

²⁰ *Ibíd.*, pp 90-98

DISCIPLINA ENFERMERA



Niveles de conceptualización.²¹

²¹ Ibid., pág. 112.

4.4 BIBLIOGRAFIA DE OREM

Nació: en 1914 en Baltimore, Maryland, Su padre: era un constructor a quien le gustaba pescar, Su madre: una dueña de casa a quien le gustaba leer. Muere: un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su formación: empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermeras del Providence, Hospital en Washington D.C. En 1930 recibió su diploma en enfermería. En Catholic University of America: En 1939 recibió un B.S.N.E. En 1946 obtuvo un M.S.N.E.

PREMIOS ESPECIALES

En 1976 la Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of Science.

En 1980 recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA.

En 1988 el Doctor of Human Letters, Illinois Wesleyan University.

En 1991 el Linda Richards Award, National League for Nursing.

En 1992 el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing.

Experiencias enfermeras, Enfermería quirúrgica, Enfermería de servicio privado.

Miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos.

Supervisora de en urgencias y Profesora de ciencias biológicas.

De 1940-1949 ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit.

De 1949-1957 trabajo en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health.

En 1957 trabajo como asesora de programas de estudio.

De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.

En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.

En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

Se Jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).²²

²² Bibliografía de Dorothea e. orem se encuentra en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Dorothea-Orem-Biograf%C3%ADa/501064.html>

4.5 TEORÍA DE ENFERMERIA SOBRE EL AUTOCUIDADO.

El autocuidado es considerado como la capacidad, de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Se considera que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Esenciales en el modelo de Orem y constituyen una parte importante de la valoración del paciente. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. (Requisitos)

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la vida. Siendo cada uno de ellos son esenciales para el funcionamiento humano. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. La alteración de alguno de estos requisitos es riesgo potencial para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción es importante para la socialización de los individuos y su cultura.

La provisión de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al mismo tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano.

Estos requisitos son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo, y deben de considerarse universales ya que uno actúa entre sí.

Se considera la demanda de autocuidado y la capacidad de los individuos sanos para mantener el equilibrio, por una parte la necesidad de cuidar de uno mismo; deben satisfacerse los requisitos de autocuidado universal, y debe de cubrirse activamente

cada una de estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen en contexto cultural apropiado. La idea de equilibrio se centra en el modelo orem.²³

Esquema representativo de equilibrio.

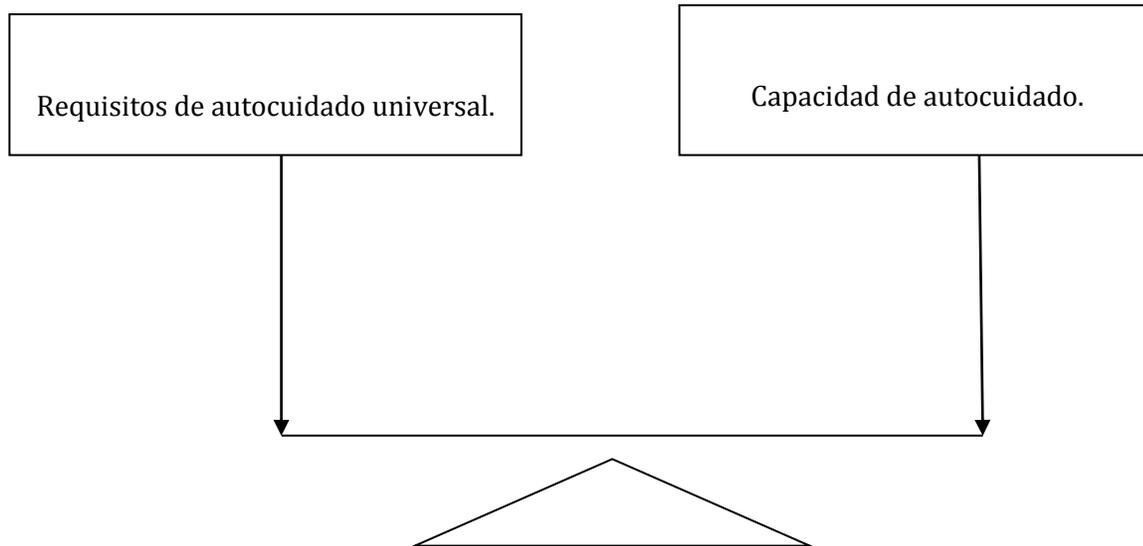


Fig: 1.1 Persona sana: capacidades de auto cuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado universal.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Los requisitos de autocuidado de desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas de los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (p. ej., el embarazo), o asociados con un acontecimiento (p. ej., la pérdida del cónyuge o de un pariente). Hay dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo: el tipo 2 tienen dos subtipos.

1.- crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

²³ Teoría y Método en Enfermería II, La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, ... por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, ... se encuentra en; http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm - 196k

- a) Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento;
- b) La etapa de vida neonatal ya sea: 1) nacido a término o prematuramente; y 2) nacido con un peso normal o con bajo peso;
- c) Infancia
- d) Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta-,
- e) Las etapas de desarrollo de la edad adulta;
- f) El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 2.1 provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtipo 2.2 provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Entre las condiciones incluyen:

- a) De privación educacional;
- b) Problemas de adaptación social;
- c) Fracaso de una individualización saludable;
- d) Pérdida de familiares, amigos, asociados;
- e) Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral;
- f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido;
- g) Problemas asociados con la posición;
- h) Mala salud o incapacidad;
- i) Condiciones de vida aprensivas;
- j) Enfermedad terminal y muerte inminente.

La primera categoría de requisitos de autocuidado del desarrollo se articula con cada uno de los ocho requisitos de autocuidado universal. Cuando se satisfacen adecuadamente, deberían contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y a promoverlo de acuerdo al potencial humano.

Los tipos de problemas citados en la segunda categoría no constituyen una lista exhaustiva. Y se verán modificados en situaciones y problemas de salud enumerados y

ser el foco central en los cuidados de enfermería. Las enfermeras ayudarán a los pacientes a prender y desarrollarse personalmente, con independencia de su estado de desarrollo cognitivo, pero los métodos utilizados se seleccionaran a la luz del estado de conocimiento operativo que haya logrado el paciente.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Estos requisitos existen cuando el individuo, está enfermo, sufre alguna lesión tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene demandas adicionales de cuidados a la salud: existiendo 6 categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada, en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados, con acontecimientos y estados patológicos.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos. Así como los efectos sobre el desarrollo.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médica.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas.
5. Modificación del auto concepto (y autoimagen) ya que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y las medidas diagnosticas en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuo.

La principal premisa es buscar consejo y ayuda en los cambios de salud, en otras personas competentes.

Cuidados preventivos de salud: la satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado se considera prevención primaria, y la prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada, la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación prolongada. Cuando un cambio en el estado de salud comporta una dependencia total o casi total de otros para las necesidades de

mantenimiento de la vida o del bienestar, la persona pasa de la posición de agente de autocuidado a la de receptor de cuidados. La evidencia de las desviaciones de salud conduce a demandas para determinar lo que debería hacerse para restaurar la normalidad. Los requisitos de autocuidado surgen no solo de la enfermedad, lesión, desfiguración, e incapacidad, sino también de las medidas de cuidados médicos prescritas o realizadas por los profesionales de salud. El uso de estas medidas requiere el uso de medidas de cuidados protectoras.²⁴

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en su entorno. La relación entre las demandas de cuidados de la salud y las capacidades de autocuidado pueden utilizarse para indicar la idea de *déficit de autocuidado*.

Mantenimiento del equilibrio aun con variantes.

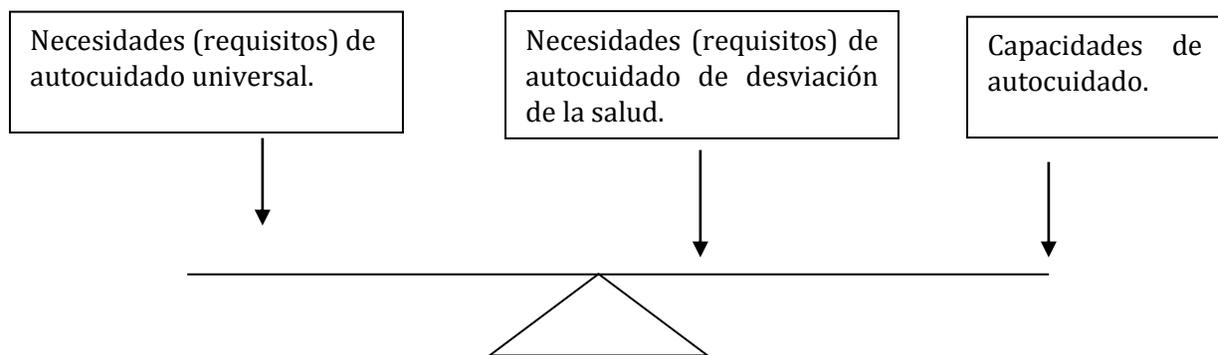


fig. 1.2 individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aun es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado y de desviación de la salud.²⁵

²⁴ Dorothea E. Orem, año de publicación 1993, Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica., cuarta edición, Barcelona España, ediciones científicas y técnicas, S.A.

²⁵ *Ibíd.*, pp. 246.

Desequilibrio en el autocuidado.

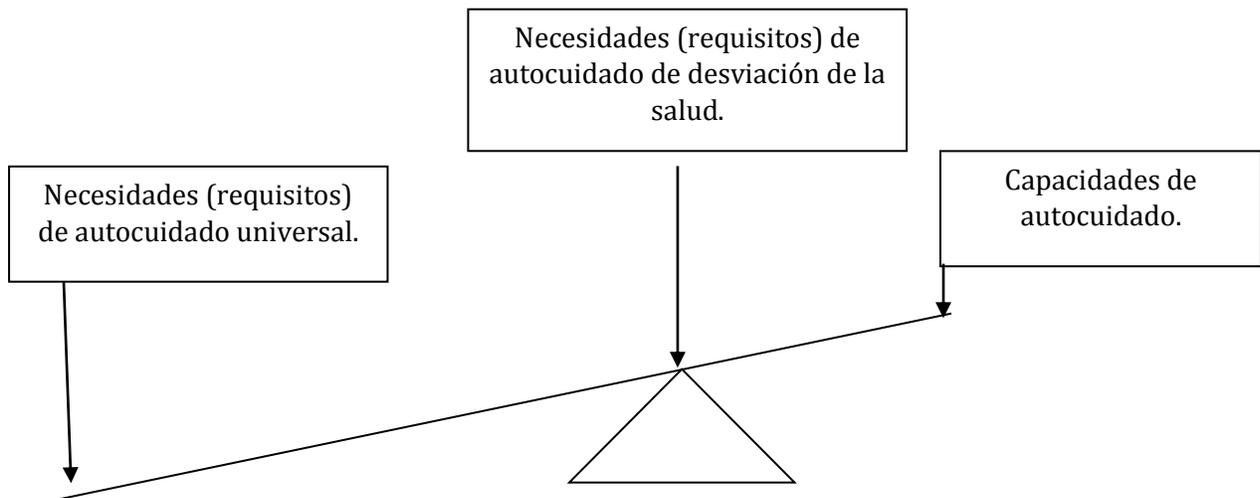


Fig. 1.3 individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de auto cuidado universal y de desviación de la salud y que, por, tanto, necesita la intervención de la enfermera.²⁶

Mientras la balanza nos permite ver la relación entre las demandas que tienen un paciente de cuidar de sí mismo y su capacidad real para satisfacerlas, el déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se le hacen para el autocuidado, el “déficit” debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

El símbolo o nombre de demanda de autocuidado terapéutico fue introducido por el Nursing Development Conference Group en 1970. La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La demanda de autocuidado terapéutica puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado.

La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

²⁶ *Ibíd.*, pp. 247

AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado. Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer necesidades de autocuidado.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE

Es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud). Tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.

Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente; en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

Cuidar de uno mismo; el acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que exige un enfoque de autocuidado personal e intencionado. El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud.

La capacidad de cuidar de una mismo se basa en que el individuo haya aprendido mucho sobre sí mismo, la naturaleza de la salud y las expectativas culturales.

Para poder cuidar de sí mismo, un individuo debe poseer los siguientes requisitos:

1. Capacidad de mantener la atención y ejercer los requisitos de vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física disponible.
3. Aptitud de controlar la posición del cuerpo y de sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de autocuidado.
4. Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado.

5. Motivación (es decir, orientaciones de los objetivos hacia el autocuidado que estén de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar).
6. Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones.
7. Capacidad de adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica.
8. Un repertorio de capacidades cognitivas, preceptuales, de manipulación, de comunicación e interpersonales, adaptadas a la realización de las operaciones de autocuidado.
9. Capacidad de ordenar acciones o sistemas de acción de autocuidado en relación con las acciones previas y posteriores para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10. Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones de autocuidado, integrándolas con los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- I. Sistemas de enfermería totalmente compensatoria: La enfermera suple al individuo.
- II. Sistemas de enfermería parcialmente compensatoria: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- III. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar

compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.^{27 2829}

²⁷ Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida.

www.terra.es/personal/.../teorias3.htm -

²⁸ Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada...

es.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem -

²⁹ *ibíd.*, pp. 237-251.

4.5.1 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES.

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan el tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denomina factores básicos condicionantes fueron enumerados a principios de la década de 1970 por el Nursing Development Conference Group y pueden ser clasificados en tres grupo: a)Factores que describen al individuo, b)Factores de los individuos relacionados a la familia y grupos socioculturales y c)Factores que relacionan a los individuos con las condiciones y circunstancias de la vida. Los factores pueden afectar de diversas maneras las demandas de autocuidados terapéuticos.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado del desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Algunos factores son proporcionales al entorno físico por lo que afectan el grado en el que deberá satisfacer requisitos de autocuidado universal o del desarrollo. Los factores del estado de salud y del sistema de cuidado de la salud condicionan las demandas de autocuidado terapéutico a través de: 1) La aparición de nuevos requisitos de cuidados. 2) Requerimientos de cambios en los grados en los que normalmente se satisfarían los requisitos de autocuidado universal o del desarrollo que condicionan los medios (métodos, técnicas, tecnologías) que pueden usarse para satisfacer requisitos de autocuidado universal.

Los factores del estado de salud y del sistema de cuidado de la salud a veces provocan condiciones humanas que interfieren con la satisfacción de requisitos, dichos obstáculos deberán superarse o buscar alternativas que conduzcan a la satisfacción de dicho requisito.

El personal de enfermería adopta un enfoque objetivo a la investigación de los efectos de los factores condicionantes sobre las partes de las demandas de autocuidado como tal deberán reconocer la importancia de la información subjetiva de los pacientes

4.6 PROCESO DE ENFERMERIA.

Orem ha destacado la traducción de enfermería mediante un proceso de enfermería, siendo este un modelo que consta de 4 etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

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

El proceso enfermero

- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes
- Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas)
- Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente
- Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo
- Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos.

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

- Intencionado: Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático: Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.
- Dinámico: Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de las relación entre profesional de enfermería y cliente.

El Proceso Enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PE 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:

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Características:

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistémico.

Habilidades del Proceso Enfermero.

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están aquellas de identificar, diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de

decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.³⁰

Operaciones interpersonales y sociales

Implica que se desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. Se debe de:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Operaciones tecnológico-profesionales.

Son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operacionales de cuidado de casos. Existe una secuencia (valoración) (planificación) es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento) . Se considera la piedra angular en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores. La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las necesidades humanas y básicas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar, considerando a un individuo autónomo cuando está capacitado para su autocuidado, siempre a través de los

³⁰ Proceso de enfermería Wikipedia; es.wikipedia.org/wiki/Proceso de enfermería - En caché Similares
El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro ...

diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidado. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Enfermería (P.E). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

VALORACIÓN: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y la valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permitan registrar las respuestas física, las ideas, valores y sentimientos a través de las cuales se identifican las necesidades de las personas y de determinan las prioridades del plan de cuidados. En la primera parte del proceso las creencias, los conocimientos y las capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en el que se desarrolla la intervención clínica. Las creencias engloban la disciplina, la salud, la persona y sus interrelaciones. Los conocimientos incluyen las ciencias biológicas y psicológicas como elementos indispensables para la valoración de la persona, y por último las capacidades son de naturaleza técnica e interpersonal. La entrevista permite adquirir información precisa, establecer una relación enfermero-paciente. La observación sistemática se realiza a través de los sentidos.³¹

³¹ Patricia W. Iyer, Barbara J. Taptich y Donna Bernocchi-Losey, Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermería Mc Graw-Hill/Interamericana, Madrid 1993, pp.22-26.

Valoración a través de sentidos.



La flexibilidad de esta fase resulta tal que es posible efectuar una exploración física sin que este determinado la metodología específica a seguir. Así pues, el profesional de la enfermería puede elegir un método para una exploración sistémica hasta el punto que es posible.

FUENTES EN LA VALORACION

Existen diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

TIPOS DE VALORACION

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración de los requisitos de autocuidado universales, la recogida³² de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una **valoración inicial**, donde debemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En **valoraciones posteriores** se debe de considerar:

- Confirmar los problemas de salud que se han detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso de los avances de autocuidado del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la valoración y recolección de datos se necesita:

Conocimientos científicos (anatomía y fisiología).

Capacidad de la enfermera en la tomar decisiones.

Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).

Convicciones (ideas, creencias, etc.)

Capacidad creadora.

Sentido común.

Flexibilidad.

Tipos de datos a recabar:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades de autocuidado, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades generadoras de autocuidado.

³² *Ibíd.*, PP. 151.

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos: (antecedentes); Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO

Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen **dos tipos de entrevista**, ésta puede ser **formal o informal**. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de su déficit y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. ³³

³³Índex de **Enfermería** - Un gui3n de **entrevista** de valoraci3n inicial; 1Escuela Universitaria de **Enfermería**, Universidad de Ja3n, Espa1a) Ahora hago las **entrevistas** con m1s seguridad, con mi gui3n" (**Enfermera, .se encuentra en;** http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1... - 39k

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso falta de atención de las obligaciones, Borrell (1986),

- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

El entrevistador debe tener en cuenta que la empatía es capacidad de interiorizar la situación emocional del cliente. Brindar calidez que es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador y se expresa solo a nivel no verbal. Tener respeto por sus valores ideológicos y éticos.

La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La Exploración física: se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).³⁴
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

³⁴ Enfermería Comunitaria Enfermería Comunitaria. Comunicación. Comunicador. Entrevista. enfatizar; Asistencia sanitaria esencial. Métodos. Objetivos. Salud de la comunidad. Se encuentra en; <http://html.rincondelvago.com/enfermeria-comunitaria.html> - 93k

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.³⁵

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). En la entrevista existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las malas interpretaciones.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Requisitos de autocuidado universal³⁶

³⁵ Exploración física - Wikipedia, la enciclopedia libre ; La exploración física o examen físico es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la Semiología clínica, que realiza el médico al, se encuentra en; http://es.wikipedia.org/wiki/Exploración_física - 43k

³⁶ El proceso de atención de enfermería
www.terra.es/personal/duenas/pae.htm -

FASE DE DIAGNOSTICO

Lo que hoy conocemos como la segunda fase del proceso, el **Diagnostico** de enfermería que estuvo incluido en la fase de valoración. La importancia de la delimitación de los problemas enfermeros de las personas a las que atiende le permitió desgajarse y constituirse como fase identificada y constituyente del proceso. El diagnostico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que constituye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones enfermeras adecuadas. Gordon fue quien definió los componentes del diagnóstico de enfermería como “síndrome PES”, siendo acrónimo del problema, la etiología y las señales o síntomas. El diagnostico de riesgo “describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro máximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables”, por lo que tan solo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnostico. Por su parte los diagnósticos de salud son el juicio real que se emite en una situación de salud, pero que podrías alcanzar un nivel mayor.

Diagnóstico de enfermería.

El diagnostico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. El diagnostico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equiparse con la etapa de valoración del formato más familiar del “proceso de enfermería”

LOS PASOS DE LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS SON

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.³⁷

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

FASES

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo

³⁷ Enfermería. Historia clínica. Antecedentes y exploración física

30 Jun 2010. Capítulo Enfermería. Historia clínica. Antecedentes y exploración física del curso Enfermería profesional. Técnicas y fundamentos. Se encuentra en; <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnic...> - 37k

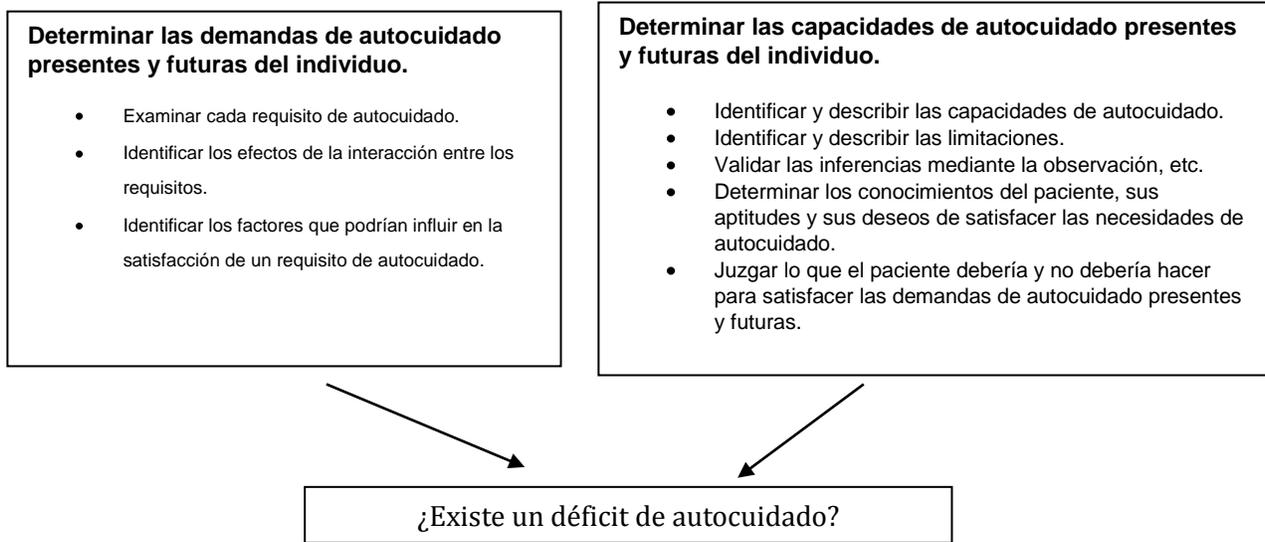
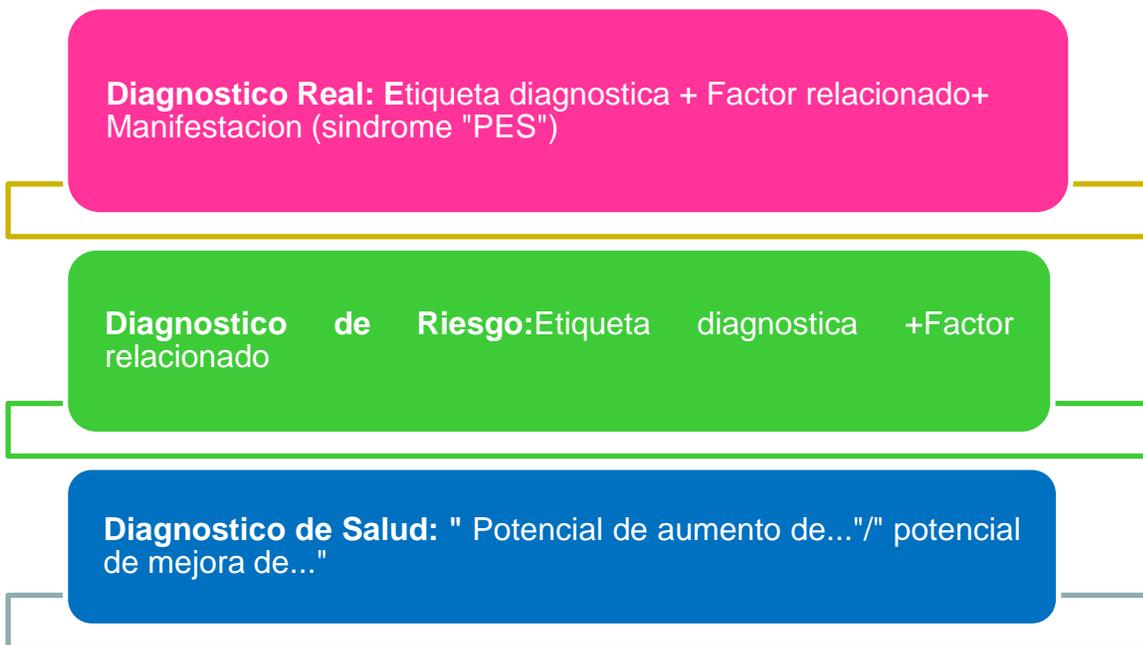


Fig. 1 Diagnostico de enfermería (valoración).³⁸

TIPOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.



³⁸ Ibídem pág. 254.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TIPOS DE DIAGNOSTICOS

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Primera descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

NOTA: en la redacción de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

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

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

El diagnóstico de enfermería presenta beneficios de naturaleza científica, al promover la investigación y el desarrollo teórico, y de naturaleza práctica, ya que podría ayudar a definir puestos de trabajo. El diagnóstico propuesto por la NANDA describe la respuesta humana con lo que, de un lado, identifica a estas como los fenómenos de interés y estudio de la enfermería y, de otra parte, fundamenta la investigación enfermera en la descripción de lo que observa. La característica fundamental de la ciencia es la explicación pues en ella reside su poder "y por tanto las herramientas que utilizamos para elegir explicaciones adecuadas son poderosos instrumentos para el conocimiento científico". La filosofía de la ciencia actual argumenta que si la descripción de los hechos puede hacerse sin asumir compromisos teóricos, los esquemas y los hábitos explicativos que estas teorías proporcionan difieren en importantes sentidos, de la descripción y son previos a la misma".

PLANIFICACIÓN

La siguiente fase del proceso es la **planificación** de los cuidados y en ella se incluyen el desarrollo de las estrategias diseñadas bien para reforzar las respuestas saludables de la persona o bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. Se establecen cuatro pasos lógicos y consecutivos.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por lo tanto se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. La elaboración de los objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería;** determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Para un

Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y “ se centran en las actividades necesarias para el fenómeno, conservación o restablecimiento de la salud del cliente” mientras que el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de la enfermería, ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería, aquellas que deberían identificar de modo equivoco los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se definen como “aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden medica”. El último paso en la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

Pasos de planificación.

PLANIFICACIÓN	
PASOS	MÉTODOS
Establecimiento de prioridades.	Urgencias de la atención médica. Déficit de requisitos de autocuidado.
Establecimiento de objetivos	Criterio de validez. Criterio lógico (derivados de la etiqueta diagnóstica).
Establecimiento de las intervenciones.	Formulación de hipótesis. Tormenta de ideas.
Documentación.	Individualizado. Estandarizado. Informatizado.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Se deben definir los objetivos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

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

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

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

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Estos objetivos dirigen las actuaciones de enfermería hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería,

dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL PACIENTE

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga el paciente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

OBJETIVOS

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

Esta etapa se divide en tres etapas; la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente, y se consideran pasos independientes del modelo organizativo utilizando para satisfacer las necesidades de la persona a que se cuida. Los modelos actuales para la organización de la atención enfermera varían desde la denominada “enfermería funcional” en las que se distinguen las tareas a realizar y las personas que lo ejecutarán; la “enfermería de equipo” en la que distintos niveles profesionales desarrollan una actividad coordinada en los cuidados enfermeros; la “enfermera primaria” en la que el profesional de enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un cliente o un grupo y el “control del caso”, modelo que organiza cuidados “dentro de un límite de tiempo compatible con el periodo de permanencia designado por el médico del cliente”.

EVALUACIÓN

En esta fase se determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermero y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación permite garantizar la calidad de los cuidados de Enfermería prestados. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa. A pesar de situarse en el extremo final del Proceso está presente en todas y cada una de las fases, pues la dirección que tomara cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo. Y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

LAS VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERO

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

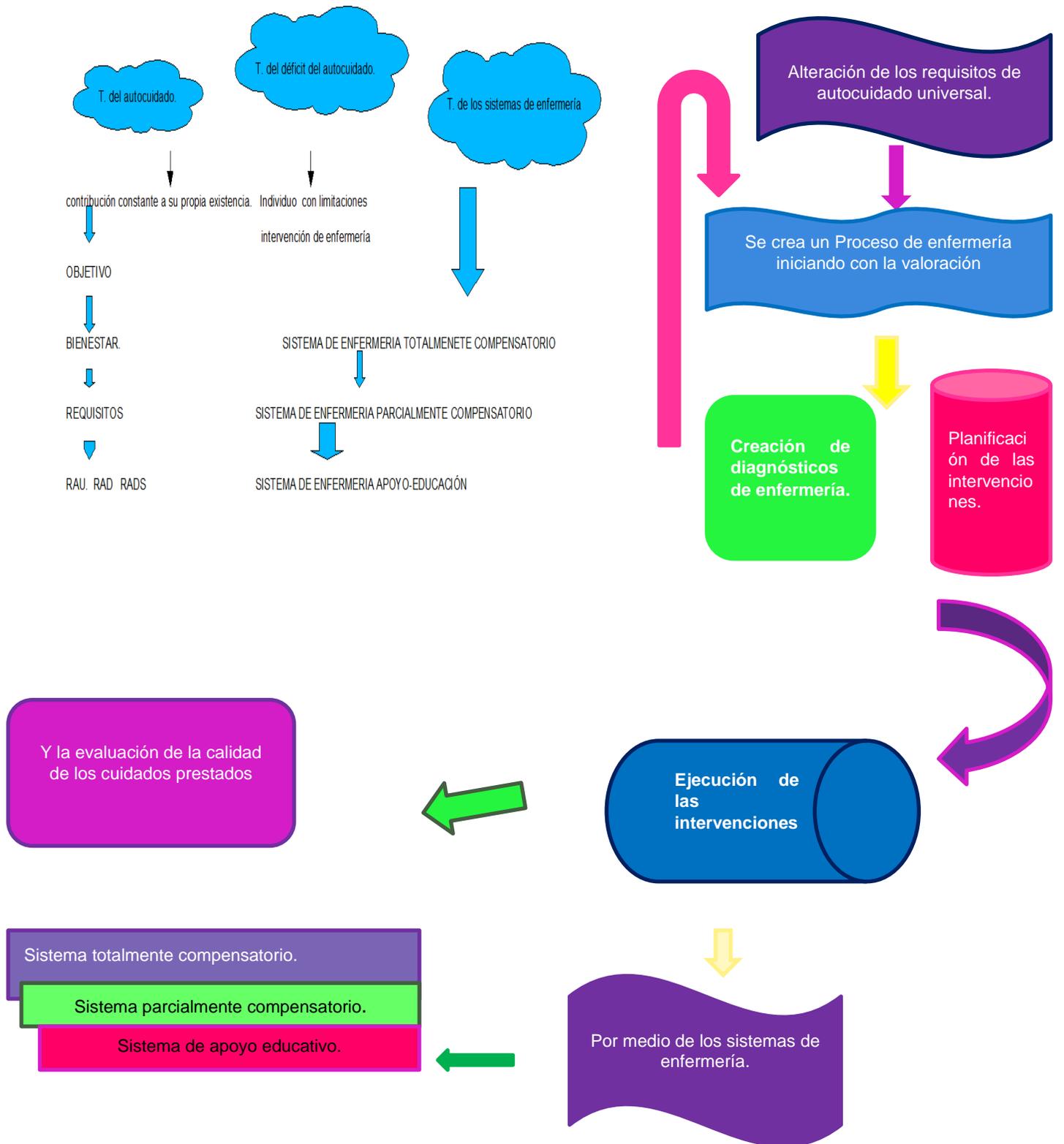
Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional

4.7 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Como se ha mencionada anteriormente la importancia de tener un esquema o un formato unificado en el cuidado de pacientes, es de suma importancia ya que por medio de este instrumento se pretende tener las herramientas que nos orienten a un cuidado especializado e individualizado a paciente que así lo necesite. Orem maneja su teoría muy acorde a lo que hacemos en un día cotidiano, ella nos habla del autocuidado, orientado en pro de la salud del paciente ya que es en un estado de salud optimo es el principal precursor de una buena salud, que se logra con cuidados especiales en la alimentación una buena salud mental, para mantenerse en equilibrio de bienestar. El proceso de enfermería es sistemático se elabora de acuerdo a las alteraciones en los requisitos alterados en la fase de la salud o de la enfermedad, los cuales se van a ver alterados por condicionantes básicos como el medio ambiente, el entorno, la salud y la enfermedad.

RELACION DE LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO Y EL PROCESO ENFERMERO.



4.8 DAÑOS A LA SALUD

4.9 4.8.1 DATOS HISTÓRICOS

“los dioses no envenenan ni hacen envenenar, por ser éste un recurso infame e indigno de la majestad de un dios”.

En la búsqueda de datos históricos relacionados con la toxicología encontramos en el papiro de Ebers (1500a, C) una cita que podemos relacionar con la toxicología: “ no hables del hombre de Yao bajo pena de durazno”. Habla además el papiro de Ebers del uso del opio o adormidera conocida como “spnn” para calmar el llanto de los niños.

Otros papiros egipcios que datan de 1700 a.c. y en los cuales se les advierte claramente el uso de cannbisindicus. En 1995 el hecho curioso de que ya en esa remota época se hace referencia a las intoxicaciones con plomo.

Se sabe que los japoneses ya disponían en 700 a.C de tóxicos muy refinados como el dozo, veneno extraído de crisantemo y el cual posee un importante cardiotoxico

En la medicina hindu sobresale Veda y en la griega Hipócrates quienes ya mencionaban venenos en sus escritos.

Es paracelso el primero en utilizar el concepto de dosis como elemento curativo y hace entonces la distinción entre dosis y veneno según cantidad.

Son los griegos quienes clasificaron dichas sustancias en tres categorías:

1. Alimentos
2. Fármacos
3. Tóxicos³⁹

TOXICO O VENENO.

Es cualquier elementó ingerido, inhalado, aplicado, inyectado o absorbido, es capaz por sus propiedades físicas químicas, de provocar alteraciones orgánicas o funcionales y aun la muerte.⁴⁰

³⁹ Manual de envenenamientos prevención, tratamiento y diagnóstico, Dr Roberte H. Dreisbach, cuarta edición, editorial, el manual moderno, S,A México D.F. 1981.

⁴⁰ Toxicología, Darío Córdova 5ta edición, Manual moderno, impreso en Colombia.

4.8.2 Clasificación de las intoxicaciones según su origen

1.- intoxicaciones sociales: las distintas costumbres y religiosas llevan al uso y abuso de muchas sustancias que pueden ocasionar intoxicaciones agudas o crónicas. Como alcohol, tabaco y la marihuana.

2.- intoxicaciones profesionales: Se produce por el uso de elementos químicos o físicos propios del oficio y dentro del mismo.

3.- intoxicaciones endémicas: La presencia de determinados elementos en el medio ambiente puede traer como consecuencia la ocurrencia de intoxicaciones.

4.- intoxicaciones por medio ambiente contaminado: la concentración de residuos de industrias químicas, el aumento de residuos de carbón, conlleva a que los seres vivos sufran progresivamente intoxicaciones que alteran su salud y causan acortamiento de su promedio de vida.

5.-intoxicaciones alimentarias: pueden ser de origen bacteriano o bien origen químico, como sería la presencia de arsénico, plomo etc.

6.- intoxicaciones genéticas: son ocasionados por alteración en el metabolismo normal de sustancias producidas por cambios genéticos del paciente.

7.- intoxicaciones iatrogénicas: son las ocasionadas por el hombre mismo, en forma no intencionada, a diferencia de la homicida o la suicida.

8.-intoxicaciones homicidas: la intención de ellas es causar daño a uno o más congénere. Implican por tanto la premeditación y la intención de causar perjuicio o muerte. Son causa de acción penal y establecen un amplio contacto entre la toxicología clínica y la forense o toxicología legal.

9.-intoxicaciones suicidas: El intento de autoeliminación lo encontramos casi siempre rodeado de fenómenos que angustian al enfermo y que lo debilitan para luchar contra los problemas que lo atormentan.

INTOXICACIÓN AGUDA: cuando los síntomas aparecen poco tiempo después del contacto con el toxico.

CINÉTICA

Vía oral: esta ruta es de mucha importancia debido a que es la más frecuente en los accidentes de los niños y en general es la puerta de entrada de la mayoría de las

intoxicaciones voluntarias o suicidas.⁴¹ Los pilares para el diagnóstico de una intoxicación son:

- a) La anamnesis.
- b) La exploración física.
- c) La exploración complementaria.⁴²

4.8.3. INTOXICACIÓN POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS.

Químicamente son ésteres de ácido fosfórico y homólogos (fosfónico, tiosfosfórico, ditiofosfórico). El envenenamiento agudo causado por la ingestión de dosis grandes es rápidamente mortal, ya que el efecto anticolinesterasa previene la transmisión de los impulsos neuromusculares causando parálisis muscular. Se produce constricción pupilar y visión borrosa en forma temprana. Como resultado de la disfunción de los nervios autónomos se presentan cólicos abdominales, diarrea, salivación sudores y bronco constricción. La diferencia química es de interés, ya que los antídotos útiles en el tratamiento de envenenamiento por sustancias organofosforadas pueden no servir, o bien pueden estar contraindicadas para el tratamiento del envenenamiento por insecticidas del tipo de los carbamatos.

SON INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA

Características:

Estos ésteres fosforados, como cualquier otro éster, se hidrolizan en mayor o menor proporción dependiendo de su estructura química, dio degradándose y desapareciendo rápidamente del ecosistema.

La porción de fosfato, tio o ditiofosfato, tienen diferentes grados de liposolubilidad y no son bioacumulables.

Su volatilidad es muy variable, se pueden presentar como líquidos o sólidos, en forma de polvos.

⁴¹ *Ibíd.*, pp. 26.

⁴² Manual de toxicología clínica prevención diagnóstico y tratamiento, Robert H, Dreisbach William O. Robertson, Manual moderno, sexta edición Mexico D.f Santa fe de bogota.

CARBAMATOS

Son derivados del ácido carbámico, fórmula muy parecida a la de urea:

Son biodegradables: se hidrolizan fácilmente.

No bioacumulables, son liposolubles.

Son inhibidores transitorios de la enzima colinesterasa, ya que la carbamilesterasa formada por la unión de carbamato y el polo esterásico de la enzima es sumamente lábil, hidrolizándose con suma rapidez y regenerándose la enzima inhibidora, y por lo tanto el cuadro clínico es más leve que el presentado por los insecticidas organofosforados.

Entre los fosfatos orgánicos, la ingestión de 2mg ha causado la muerte en niños de 5 a 6 años, mas sin embargo la ingestión de 4g por un niño fue seguida de recuperación.

La inactivación de la colinesterasa por insecticidas inhibidores de ella permite la acumulación de grandes cantidades de acetilcolina con los efectos generales resultantes.

1. Potenciación de la actividad parasimpática pos ganglionar. Las siguientes estructuras están afectadas: pupilas (mióticas), musculatura intestinal (estimulada), glándulas salivales y sudoríparas (estimuladas), musculatura bronquial (contraída), vejiga urinaria (contraída), nodo sinusal del corazón (desacelerado) y nodo auriculoventricular (bloqueado).
2. Despolarización persistente del músculo esquelético, lo cual trae como resultado fasciculaciones iniciales seguidas de bloqueo, neuromuscular y parálisis.
3. Estimulación inicial de las células del SNC seguida por depresión de las mismas dando como resultado la inhibición del centro inspiratorio (depresión de la descarga frenética) y convulsiones de origen central.
4. Estimulación o bloqueo ganglionar de intensidad variable, con aumento o descenso de la presión arterial y dilatación o constricción pupilar.

4.8.4. FISIOPATOLOGIA

Inhibidor de la colinesterasa: Los organofosforados son sustancias orgánicas de síntesis, conformadas por un átomo de fósforo unido a 4 átomos de oxígeno o en algunas sustancias a 3 de oxígeno y uno de azufre. Una de las uniones fósforo-oxígeno

es bastante débil y el fósforo liberado de este “grupo libre” se asocia a la acetilcolinesterasa. La acetilcolinesterasa se encarga de degradar la acetilcolina (ACh) del medio. Al no destruirse la ACh se produce una hiperactividad nerviosa que finaliza con la muerte del individuo. Sus características principales son su alta toxicidad, su baja estabilidad química y su nula acumulación en los tejidos, característica ésta que lo posiciona en ventaja con respecto a los organoclorados de baja degradabilidad y gran bioacumulación.

4.8.5 DATOS CLINICOS

Las manifestaciones principales del envenenamiento con los inhibidores de la colinesterasa son trastornos visuales, dificultad respiratoria e hiperactividad gastrointestinal.

- Envenenamiento agudo (por inhalación, absorción cutánea, e ingestión): los siguientes síntomas y signos son enumerados en orden aparición dentro de los primeros 30-60 min y alcanzan su máxima intensidad en dos o 8 hrs.
- Ligeros: anorexia, cefalea, desvanecimiento, debilidad, ansiedad, malestar subesternal, temblores de lengua, parpados, miosis y disminución de la agudeza visual.
- Moderados: náusea, salivación, lagrimeo, calambres abdominales, vomito sudoración, pulso lento y fasciculaciones musculares.
- Graves: diarrea, pupilas puntiformes y pérdida del control de los esfínteres, convulsiones, coma y bloqueo cardiaco. Se ha presentado hiperglucemia y una posible pancreatitis aguda.
- Síndrome muscarínico, síndrome neurológico y síndrome nicótico

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN

Tejidos Nerviosos y receptores Afectados	SITIO AFECTADO	MANIFESTACIONES
Fibras nerviosas postganglionares del sistema nervioso autónomo parasimpáticas (receptores muscarínicos)	Glándulas exocrinas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la salivación, transpiración.
	<u>OJOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Miosis (puntiforme y no reactiva), ptosis, visión borrosa, inyección conjuntival, "ojos sanguinolentos"
	Tubo Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas: vómito, sensación de estrechez, inflamación y cólicos abdominales; diarrea; tenesmos; incontinencia fecal.
	Vías Respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones bronquiales excesivas, rinorrea, jadeo, edema, sensación de estrechez en el tórax, broncospasmo, broncocostricción, tos, bradipnea, disnea.
	Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia, decremento de la presión arterial
Fibras del sistema nervioso autónomo parasimpáticas (receptores nicotínicos)	Vejiga	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia e incontinencia urinaria
	Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia, palidez, aumento de la presión arterial

Fibras nerviosas motoras somáticas (receptores de nicotina)	Músculos Estriados	<ul style="list-style-type: none"> • Fasciculaciones musculares (párpados, músculos faciales finos), calambres, reflejos tendinosos disminuidos, debilidad muscular generalizada en los músculos periféricos y respiratorios, parálisis, tono flácido o rígido. • Inquietud, actividad motora generalizada reacción a estímulos acústicos, temblor, labilidad emocional, ataxia.
Cerebro (receptores de acetilcolina)	Sistema Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia, letargia, fatiga, confusión mental, inhabilidad para concentrarse, cefalalgia, sensación de presión en la cabeza, debilidad generalizada. • Coma con falta de reflejos, temblores, respiración de Cheyne-Stokes, disnea, crisis convulsivas, depresión de los centros respiratorios, cianosis.

43

4.8.6 TRATAMIENTO

ENVENENAMIENTO AGUDO:

Medidas de urgencia:

- Establecer una vía respiratoria permeable.
- Respiración artificial y oxígeno. Aplicando compresión intermitente a una bolsa de respiración conectada a una toma de oxígeno.
- Administrar atropina en grandes dosis.
- Lavado de la piel: antes de que los síntomas aparezcan o después de que hayan sido controlados con atropina, se descontaminan la piel y las mucosas lavando con abundantes cantidades de agua y jabón. El personal de urgencias debe usar guantes y evitar la contaminación.

⁴³ Fuente: Klaassen&Watkin (1999)

- Lavado gástrico con agua corriente o emesis.
- Antídotos atropina en presencia de síntomas 2mg por vía intramuscular y se repetirá cada 3 o 8 min.

4.8.7 PREVENCIÓN DE LOS ENVENENAMIENTOS.

Alrededor de 4,000 envenenamientos accidentales con curso fatal acorren cada año, aproximadamente la mitad de estos ocurren en niños que tienen menos de 5 años. La prevención de los envenenamientos requiere el conocimiento adecuado, por personas

PREVENCIÓN DE ENVENENAMIENTO EN EL HOGAR.

Que los usan. Todos los insecticidas y rodenticidas deberán ser guardados en gabinetes bajo llave.

- Las soluciones peligrosas nunca deberán guardarse en vasos o botellas de bebidas.
- La inhalación de pulverizaciones o vapores debe prevenirse al momento de pintar o durante la aplicación de insecticidas.

EDUCACIÓN

- Los padres deberán ser educados en los peligros que representan los medicamentos y productos químicos del hogar.
- Los padres deben enseñar a sus hijos desde temprana edad, el peligro que implica tocar, comer o jugar con medicamentos, plaguicidas, productos químicos del hogar o plantas. Nunca se les debe relacionar con dulces a los medicamentos como algún sabor, así como tampoco se les deben administrar los medicamentos como un juego.
- Los recipientes vacíos se incineran.
- El almacenamiento de venenos en recipientes para alimentos, tales como botellas de bebidas, es extremadamente peligroso

4.9 CONSIDERACIONES ETICAS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.(PRINCIPIOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, CÓDIGO DE ÉTICA, DERECHOS DE LOS NIÑOS)

Se consideraron los principios éticos de enfermería así como los valores y derechos de los pacientes, niños hospitalizados. Las consideraciones son las que más se acercaban al padecimiento y el estado de salud por el cual estaba cursando en ese momento. Una consideración muy importante es la privacidad, veracidad, honestidad y el respeto a su individualidad.

4.9.1 ÉTICA EN ENFERMERÍA.

La ética es la rama de la filosofía, que estudia la conducta humana desde un punto de vista humanístico, de su bondad o maldad. La palabra ética proviene del griego ethos, que significa costumbre. La palabra moral proviene del latín mos, moris, que también significa costumbre. Estas palabras se refieren a las costumbres o mejor dicho a la conducta humana establecida en una época, o en una región.

En el caso de la ética, su objeto material es la conducta humana y su objeto formal es la bondad o maldad de esa misma conducta por lo tanto la definición real de la ética es: ciencia que estudia la bondad o maldad de los actos humanos.

Y si bien es cierto nos damos cuenta en el actuar diario de esta profesión o bien mejor definida como un apostolado, ya que está muy bien definida por el valor altruista que en ella se demuestra el hecho de ser altruista no quiere decir que el cuidado que se brinda no está fundamentado en un base científica. El hablar de la ética implica un enfoque humanístico, filosófico, un estatuto científico de la ética y en los valores que de ella emanan. El estudio de la ética incluye, por lo tanto, una incursión en el estudio de los valores y en especial, del valor moral.

Uno de estos valores para la enfermería son los cuidados, la esencia misma de la profesión. De ahí la relación con Ethos, que comprende los comportamientos que caracterizan a una cultura y determinada a una profesión la presenta a la sociedad, siendo así reconocida y merecedora de su confianza. A lo largo de la historia, podemos constatar la existencia de tres tipos de ethos que se desarrollaron conforme tales influencias: el ethosaltruístico o altruista, el ethosagápico y el ethos filantrópico

El ethosaltruístico está en el origen de toda la atención y cuidado dispensado por la enfermería, desde la época de las comunidades primitivas hasta las civilizaciones antiguas y al mundo greco-romano. Su característica principal era la amistad o el amor al ser humano, a la humanidad; el altruismo traducido en las formas de conducta que revelaban compasión, respeto y honestidad. El fundamento del ethosaltruístico es la beneficencia. Según este principio, hacer el bien, no causar daño, cuidar de la salud y favorecer la calidad de vida constituye las máximas del ethos de la beneficencia.

Además de eso, la profesionalización hizo que la enfermería buscara, como otras profesiones, expresar su ethos a través de códigos de ética. El CIE define el ethos de la enfermería como la promoción y la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y el alivio del sufrimiento. El CIE considera que la necesidad de los cuidados de enfermería es universal y que el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. Por esto, la enfermería no hace distinción ninguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, color, edad, credo religioso, opción política o condición económico-social.

Es de todo conocido el hecho de que la ética contiene normas que pretenden regir la conducta humana. La ética estudia lo que es normal, mas no lo estudia lo normal de hecho, sino lo normal de derecho. Saber distinguir esta diferencia podría terminar con algunas inútiles discusiones que se han suscitado al respecto.

La ética como ciencia rige a varias y a la gran mayoría de las profesiones las cuales cada una de ella tiene sus principios éticos en relación a lo que se desempeña. Dentro de la enfermería los principios éticos más comunes: Beneficencia: benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Autonomía: Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada

para la toma de una decisión fundamentada. Justicia: El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad. Fidelidad: principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. Veracidad: principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos. Un ejemplo de variación cultural sería sobre la cantidad de información a ser prestada en relación al diagnóstico y tratamiento. Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.⁴⁴

La toma de decisiones éticas del enfermero está basada en conocimientos empíricos y otros oriundos de su historia familiar. La ética en el proceso de decisión es el elemento central que viene fundamentando la práctica de salud desde que su naturaleza y complejidad han cambiado drásticamente con el avance de la tecnología, el progreso científico, las limitaciones económicas y la elevación de las expectativas. En general, la decisión ética final es tomada en base a posturas éticas personales. La toma de una decisión ética depende de la sensibilidad ética y del raciocinio moral. La sensibilidad ética del enfermero sufre la influencia de la cultura, religión, educación y experiencias personales. El raciocinio moral es la habilidad de reconocer y determinar lo que debe ser hecho, o no, en una situación particular. Se trata de un proceso cognitivo en que cada uno determina la acción éticamente defendible para resolver un conflicto de valores.

Eventualmente puede ocurrir un conflicto entre los valores personales o culturales del enfermero con los valores profesionales, o entre los valores del cliente/paciente y los del profesional de enfermería, o sea, entre los derechos del paciente y los deberes profesionales. En ese caso, las directrices ético-profesionales incluidas en un código de

⁴⁴ Introducción a la filosofía, Autor; Raúl Gutiérrez Sáenz: editorial esfinge Milenio; novena edición Naucalpan estado de México 2000.

ética deben ser suficientes para dirimir la cuestión, teniendo siempre en mente que los valores personales, religiosos o culturales del enfermero no pueden ser ubicados por encima de los derechos del paciente. Cabe todavía enfatizar que el enfermero debe estar siempre preparado para defender y proteger los derechos del paciente, asumiendo integralmente la responsabilidad legal y profesional para con él, así como cooperar, en el sentido de participar activamente con los demás miembros del equipo de salud y de enfermería para la prestación de atención al paciente con calidad.

Como último punto dentro de la ética en enfermería, debemos considerar las investigaciones que involucran a seres humanos. Es importante recordar que el camino para hacer avanzar la profesión se encuentra en la investigación sobre el quehacer de enfermería, en la búsqueda de la excelencia en la ciencia de enfermería y en la ciencia de la práctica de enfermería siguiendo siempre los principios de la ética profesional y respetando los derechos del paciente.

4.9.2 PRINCIPIO ETICOS DE ENFERMERIA Y CODIGO DE ETICA EN ENFERMERIA.

Código Internacional de Ética de Enfermería

Adoptado por el Consejo del Consejo Internacional de Enfermeras

(São Paulo, Brasil, 10 de julio de 1953)

La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.

La enfermera no sólo tiene que estar bien preparada para ejercer sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.

Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba.

La enfermera conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.

La enfermera tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.

La enfermera mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.

La enfermera tiene derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.

La enfermera no permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.

La enfermera coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería.

La enfermera en su vida privada mantiene una conducta irreprochable que acredite a su profesión.

La conducta personal de la enfermera no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.

La enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.

ENTRE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS TENEMOS:

- * Consentimiento informado.
- * Derecho a ser informado.
- * Confidencialidad.
- * Derecho a la intimidad.
- * No discriminación por motivos de raza, sexo, religión, ideas políticas o posición social.
- * Respeto a la vida humana.
- * Derecho a recibir cuidados adecuados.
- * No a la tortura y no al trato cruel y degradante, ni el sometimiento ideológico de la persona.
- * Derecho a ser tratado con dignidad humana.
- * Conservación de recursos personales.
- * Exención de perjuicio.
- * Exención del riesgo intrínseco de lesiones.

* Consentimiento informado de la persona o de los familiares responsables de los menores o personas incapacitadas.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERIA.

Parece que existe un consenso mundial entre los profesionales de la salud, abogados, filósofos, teólogos y expertos en ciencias sociales, cuando enuncian el carácter fundamental de los principios de:

* Beneficencia, es decir, el deber de hacer el bien y abstenerse del mal; o ausencia de maleficencia.

* Justicia, es decir, imparcialidad hacia todo el mundo o indiscriminación.

* Respeto por la Persona, en la ética del cuidado de la salud; es decir, respeto a la vida y a la dignidad del paciente.

LA BENEFICENCIA.

La exigencia de que los profesionales sanitarios deben aceptar la plena responsabilidad por los tratamientos que prescriben a unos pacientes no versados en las ciencias de la salud, así como a los sujetos de las investigaciones es un imperativo del principio de Beneficencia y de abstenerse de la maleficencia.

En relación con éste último estaría el principio de Reciprocidad, esto es, el reconocimiento del deber de cuidar de los demás como a uno le gustaría que le cuidaran a él. A menos que se instituya un principio de reciprocidad, no hay modo alguno de fundamentar la obligación de cuidar de los que están indefensos.

La beneficencia es un valor indispensable para el cuidado de la salud, como lo es para la ética en general. El deber de dar asistencia no implica solamente reconocer responsabilidades recíprocas entre unos y otros, sino que tiene que ver en particular, con el reconocimiento del deber de proteger a los indefensos, es decir, aceptar el papel de abogado de los derechos de quienes no pueden defenderse por sí mismos.

Asimismo, guarda relación con la obligación que tienen los profesionales de la salud de compartir sus conocimientos y su experiencia (pues "el conocimiento es poder"), o sea, dedicarlos a incrementar la autonomía, la formación y la capacidad de las personas, para que éstas asuman los deberes relativos a su vida y su salud, y poder ayudarlos a que ellos mismos se curen.

LA JUSTICIA.

La justicia, es decir, la exigencia de equidad universal, mantiene una tensa relación con el respeto a la persona, pues puede ocurrir que el ejercicio de los derechos individuales deba ser limitado o circunscrito en interés del bien común: por ejemplo, se debe conciliar la libertad de movimiento y el derecho a la intimidad con las medidas de salud pública que se adopten para combatir las epidemias. El principio de justicia en el cuidado de la salud se refiere ante todo a la máxima igualdad en la distribución de los recursos asistenciales y las oportunidades de recibir cuidados y tratamiento, de los riesgos y los beneficios, con objeto de asegurar que las personas -tanto individual como colectivamente- reciban un trato equitativo. Para los individuos, la justicia significa principalmente ausencia de discriminación por motivos de sexo, religión, posición social, ideas políticas, juventud, vejez, minusvalía y perturbación mental, y asimismo igualdad de oportunidades en cuanto al acceso de los recursos, incluyendo la medicina preventiva, los tratamientos y los frutos de las investigaciones médicas. La justicia en cuanto a la igualdad de los resultados para los grupos atañe a las responsabilidades "políticas" de los profesionales de la salud en la inspección y la distribución de los recursos, así como las etapas de planificación, investigación y realización.

RESPECTO POR LA PERSONA.

Significa en esencia, dar a los pacientes el trato de personas; esto es, individuos que poseen derechos y obligaciones. Significa respetar la autonomía de los sujetos y proteger a quienes puedan sufrir una pérdida de esta autonomía por causa de enfermedad, lesiones o trastornos mentales, y obrar para que la recuperen los que la hubieren perdido. Quiere decir, reconocer los derechos fundamentales de los pacientes en tanto que persona, a saber: el derecho a conocer, a la intimidad y a recibir tratamiento.

El principio de que los sujetos de las investigaciones biomédicas y paramédicas o las personas que reciben tratamiento médico deben ser informados y dar su consentimiento voluntario es un corolario del principio de Respeto a la Persona. La exigencia de decir la verdad o de la honradez procede del principio del honor o de

respeto hacia el paciente, considerado como una persona amparada por el derecho de saber.

El respeto por la persona implica prestar cuidados de tal modo que se mantenga el nivel óptimo de autonomía del paciente, para lo cual el enfermero, además del tratamiento, debe compartir con el paciente sus conocimientos y su experiencia, con el fin de que no se creen ni se perpetúen relaciones de dependencia.

DERECHO A LA INFORMACION.

Uno de los derechos fundamentales del paciente, es el derecho a ser informado acerca de su enfermedad o trastorno, diagnóstico y tratamiento. Este derecho a la información es extensible a la familia o personas próximas al enfermo, especialmente en aquellos casos en que las circunstancias desaconsejan que éste sea informado directamente (menor de edad, enfermedad incurable).

Por otra parte, este derecho se fundamenta en la necesidad que el enfermo y la familia tienen de conocer su situación, ya que sólo a partir de éste conocimiento es posible la sujeción y la colaboración en las medidas y tratamiento que hayan de aplicarse para el remedio de la enfermedad, y es que el enfermo, aunque "paciente" es un sujeto activo que tiene el derecho a intervenir en su propio proceso curativo, so pena de convertirse en un simple "objeto" de experimentación.

PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS INDIVIDUOS UTILIZADOS COMO SUJETOS DE INVESTIGACION.

Los principales factores implicados en tal protección son:

1. Consentimiento informado y voluntario por parte del individuo.
2. Confidencialidad de los datos recogidos.
3. Protección ante los peligros que pueda correr el individuo.

4.9.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Todo ser humano en etapa adulta y con capacidad mental completa tiene derecho de aprobar lo que se realizara en su propio cuerpo.

El término de consentimiento informado se introduce a la práctica a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad, en los centros sanitarios se le pedía al paciente su rúbrica en el documento de autorización. Protección de los profesionales de la salud.

Sin embargo, no fue suficiente la promulgación de la Ley para que se tomara en consideración los deseos del paciente a la hora de decidir el tratamiento.

Ha sido preciso que los profesionales vean al paciente no como un ignorante, incompetente moral para tomar decisiones acerca de su vida y salud, sino como un adulto capaz y responsable, que debe ser no solo consultado respecto a todo lo que le afecte, sino que además debe ser oído y sus decisiones aceptados.

La ley General de Sanidad, en su artículo 10, hace referencia a la información y al consentimiento en los siguientes términos:

- A ser advertidos de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente, y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- A que se le dé en términos comprensibles, a él, y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- A la libre elección, entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario, para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
- Cuando la intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando no esté capacitado para decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él.

- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Frente a esta situación se encuentra la información y el consentimiento en los artículos 10.5 y 10.6, respectivamente. Así, respecto a la información, la ha revestido el legislador de una serie de características:

Receptores de la información son el paciente y sus familiares o de no existir, su allegados.

La información ha de darse en términos comprensibles; es decir, que ha de ser adecuada a la capacidad y al nivel cultural del paciente.

Se trata de una información completa, continuada – no es un acto puntual de información, sino un proceso-, verbal y escrita.

Respecto a la amplitud o extensión de la información, se suele hacer referencia al criterio de la persona razonable, acuñado por la jurisprudencia norteamericana, que estima que el profesional debe contar a sus pacientes aquello que una hipotética persona razonable desearía saber si se encontrara en la misma situación que el enfermo. La información ha de estar referida a todo lo que implique la relación terapéutica: diagnóstico, pronóstico y alternativas de terapéuticas.

La formulación del contenido de la información (diagnóstico, pronóstico y tratamiento) invita a pensar que el único obligado a informar es el médico, por cuanto a él corresponde la responsabilidad de diagnosticar, pronosticar y tratar. Sin embargo, resultaría paradójico que se dejaran de lado las actividades de otros profesionales sanitarios, como pueden ser las enfermeras, que tiene una incidencia directa en la recuperación del paciente. En mi opinión, la responsabilidad de la información no recae sobre el médico, sino, en general, sobre todos los profesionales sanitarios que se ocupan del paciente, cada cual en su ámbito competencial. En este sentido, y en lo que a las enfermeras respecta, las implicaciones de la falta de información, y por ende de consentimiento, son más de carácter ético legal.

El consentimiento es un ejercicio de la voluntad que elije libremente uno de los posibles cursos de acción. Cuando quien tiene capacidad para ello no represente todas las alternativas posibles, no se puede considerar que el consentimiento haya sido presentado libremente.

En cuanto a la forma del consentimiento, exige la Ley que se formule por escrito; y por lo que se refiere al momento, debe tener siempre carácter previo a la intervención o actuación profesional que se vaya a llevar a cabo.

Las excepciones al consentimiento

Existen situaciones que la propia Ley ha tenido en cuenta, en las que no es posible obtener el consentimiento del paciente o, en su caso, respetar la elección que éste ha hecho. Esas situaciones se conocen como excepciones al consentimiento, las cuales son formuladas en el artículo 10.6. Son tres las causas de excepción.

1. Cuando el sujeto esté capacitado para tomar decisiones: la ley no manifiesta cuales pueden ser las causas de esa capacidad, pero como se ha visto al analizar la capacidad jurídica, en todo caso, la interpretación debe ser restrictiva. De esta forma, personas que legalmente carecen de capacidad, por algunas causas expresadas, podrían ser consultadas respecto a aquellas decisiones que afecten a su vida y a su salud; aunque, obviamente, las elecciones que realicen deberán ser ratificadas por sus tutores o representantes legales, para que sean jurídicamente eficaces. Esto resulta particularmente importante en el caso de los menores y de los incapacitados por causa de enfermedad mental también en los ancianos.
2. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública: este supuesto plantea una especial problemática por cuanto se ponen dos derechos en conflicto; de una parte, la libertad del sujeto se ve afectada al ser obligado a aceptar un tratamiento contra su voluntad, o, al menos, sin contar con ella; de otra parte debe respetarse la libertad del individuo para rechazar el tratamiento, se crearía una grave situación de riesgo para terceros. De tal forma que la libertad de elegir y actuar encuentra uno de sus límites en el bienestar, la vida, o la salud de los otros.
3. Cuando la urgencia no permita demoras: también en estos supuestos vuelve a hacerse prevalecer la vida, la salud y la integridad corporal sobre la libertad de elegir y actuar; de manera que, en aquellos supuestos en que el estado del paciente no permita una consulta y una respuesta inmediata, y que cualquier demora suponga un riesgo cierto para su vida o salud, el profesión queda

facultado para actuar según su leal saber y entender. En los supuestos de urgencia, solo el profesional queda facultado para intervenir en el sentido que mayor beneficio produzca al paciente, y con la finalidad de salvar su vida y/o preservar su salud y su integridad física.

LOS NIÑOS Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la gran Bretaña es costumbre y practica obtener el consentimiento del padre o tutor antes de dar tratamiento a un menor. Se considera una costumbre o practica por que las leyes de Inglaterra y de Gales no hay motivo por el cual el menor no sea quien da el consentimiento para su tratamiento, y hay fuertes argumentos, morales a favor de ello. Probablemente sea conveniente decidir cuál es el significado de la palabra niño. La respuesta no es tan sencilla como podría parecer. Según señalan Wiczorek y Natopoff (1981), la duración, la naturaleza fundamental y el significado de la niñez son determinados culturalmente, por tanto, en determinada sociedad, la ley quizá defina al niño como una persona de 12 años o menos, mientras que en otra, la edad límite sea a los 16. Bandman y Bandman (1990) sugieren tres modelos de relaciones entre padres e hijos.

La primera de ellas es el modelo de *propiedad*, en el cual los niños son considerados como posesiones de los padres. Esto niega al niño todo tipo de autonomía moral y le concede una variedad limitada de derechos. Aunque el modelo de propiedad abarque las nociones de cuidado, alimentación y protección, limita hasta qué grado se permite que el niño desarrolle su propio conjunto de valores.

Los padres tienen el derecho de tomar decisiones respecto al tratamiento que vaya a recibir el niño, quien quizá no participe para nada en el proceso. Por otra parte. El modelo implica que cuando se considere que los padres han fallado en su deber hacia el niño, como ocurre en los casos de abandono o abuso, los profesionales pueden “apropiarse” del niño para el propio bien de este último.

El segundo modelo es el de sociedad, y en él se piensa que la relación entre los padres y los hijos es casi de igualdad. Los padres y el niño negocian las acciones y están de acuerdo con ellas. Este modelo permite que el niño desarrolle valores morales propios y capacidad de raciocinio. Por lo que respecta al cuidado de la salud, el modelo sugiere que la relación entre la enfermera, y el niño y sus padres también debe

considerarse como socios. Concede al niño los mismos derechos que los de cualquier otro paciente: se le permite participar totalmente en el proceso de toma de decisiones con respecto a los cuidados que recibirá. El tercer modelo es el de membresía de club. En el a los miembros de la familia, aunque tienen cierta responsabilidad de preservar dicha familia, no se les da mucho valor como individuos. Cada miembro de la familia, ya sea adulto o niño, debe valerse por sí solo y probablemente los padres le den poca orientación. El niño, aunque tiene libertad de efectuarse sus propias elecciones, no siempre cuenta con la orientación necesaria, ni con las bases morales para la toma de decisiones.

El modelo de sociedad parece ser el más conveniente, ya que combina los atributos de cuidado, alimentación y protección del modelo de propiedad, con libertad para desarrollarse como individuo que se incluye en el modelo de membresía del club. En efecto considera al niño como un individuo y como una persona moralmente autónoma a quien se alienta y capacita para tomar sus propias decisiones y efectuar elecciones.

Es posible que algunos niños desarrollen a una edad mucho más temprana que los 16 años, cuando menos en grado razonable, los tres atributos arriba mencionados. Es evidente que el lactante no posee ninguno de ellos, pero algunos niños a partir de los 7 años (etapa tradicionalmente se denomina "edad de razón", en la cual el niño es capaz de diferenciar entre el bien y el mal) quizá hayan desarrollado estos atributos en grado suficiente como para participar en la toma de decisiones.

Para considerar a los niños como a las demás personas, en vez de como una especie distinta, es necesario permitirles que participen en las discusiones con respecto a sus cuidados.

Según dicho modelo, el niño es socio de sus padres y de la enfermera por lo que respecta a la decisión de consentir el tratamiento o negarse a recibirlo.

"El modelo de la relación considerada como sociedad, reconoce que los niños son seres humanos completos y que se deben respetar sus intereses, sentimientos, intereses y deseos en relación a los cuidados que recibirán para su propia salud" (Bandman y Bandman 1990).

En ciertos casos no es conveniente tomar en cuenta los deseos del niño: por ejemplo, cuando ha ingerido una sobre dosis de algún medicamento, o alguna sustancia

venenosa. En estas circunstancias aunque el niño se niegue, está justificado que a la enfermera se encuentre de acuerdo con los deseos de los padres de llevar a cabo el tratamiento correcto.

La cuestión de la edad a la cual la persona es capaz de dar su consentimiento con toda libertad o negarse a recibir tratamiento, se complica aún más en el Reino Unido por la posición anómala de los niños de 16 y 17 años, quienes se encuentran en una etapa intermedia: a los ojos de la ley no son considerados como niños ni como adultos.⁴⁵

CODIGO DE ETICA

El Código de Ética hace explícitos los propósitos primordiales, valores y obligaciones de la Profesión. Tiene como meta despertar la concientización de los Profesionales de la Salud, para que el ejercicio de nuestra especialidad, se pueda desarrollar en ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de nuestros pacientes.

- La responsabilidad fundamental del personal de Enfermería y/o Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.
- La Enfermera dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines debe aplicar en todo momento las pautas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional.
- Los Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, deben aplicar en todo momento la más elevada conducta profesional.
- Los profesionales de Enfermería y/o Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, no sólo tienen que estar bien preparados profesionalmente para ejercer cada una de sus funciones sino que tienen que actualizar sus conocimientos y capacidades en un elevado nivel científico y profesional.
- Deben respetarse las creencias religiosas de los pacientes.
- Tanto el personal de Enfermería como los Técnicos, mantendrán reserva absoluta sobre la información personal que reciban de los pacientes.

⁴⁵ Convención de los derechos de la niñez, cuaderno de consulta UNICEF Pant, México, 1982, Promulgada en el D.O.F., 29-5200, Legislatura Cámara de Diputados y senadores de la República Mexicana.

- Enfermería conoce no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional, dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, sólo recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico sólo en caso de urgencia e informa a éste lo más pronto posible.
- Los Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, conocen no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda opciones y/o tratamientos sólo bajo supervisión médica.
- Tanto el personal de Enfermería como los Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, tienen la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos.
- El personal de Enfermería como así también los Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, mantienen la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.
- El personal de Enfermería y/o Técnicos tienen derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
- El personal de Enfermería y/o Técnicos no permitirán que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
- La enfermería coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas.
- Los Técnicos mantienen una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas.
- La conducta personal de Enfermería y/o Técnicos no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.

- La Enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.
- Los Técnicos deben participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.
- Los Técnicos y Enfermeros dentro de un Laboratorio de Cateterismo tienen que velar por las buenas condiciones de seguridad, en lo que hace a Radio protección y Bioseguridad.
- Buscar en forma permanente la actualización y formación profesional
- No emitir públicamente juicios adversos sobre la actuación de otros colegas, menoscabando su personalidad.
- No sustituir al colega en un trabajo iniciado por éste, sin su previo conocimiento
- No ofrecer ni aceptar la prestación de servicios profesionales.
- El personal de Enfermería como así también los Técnicos dentro de un Laboratorio de Cateterismo o de áreas afines, mantienen la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo sólo deben exponerse a la autoridad competente.
- El personal de Enfermería y/o Técnicos tienen derecho a una remuneración justa y sólo acepta esa compensación según prevea el contrato real o implícito.
- El personal de Enfermería y/o Técnicos no permitirán que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal.
- La enfermería coopera y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas.
- Los Técnicos mantienen una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas.
- La conducta personal de Enfermería y/o Técnicos no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja.

- La Enfermera debe participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.
- Los Técnicos deben participar y compartir con otros ciudadanos y otras profesiones de salud la responsabilidad de iniciativas tendientes a satisfacer las necesidades de salud del público locales, estatales, nacionales e internacionales.
- Los Técnicos y Enfermeros dentro de un Laboratorio de Cateterismo tienen que velar por las buenas condiciones de seguridad, en lo que hace a Radio protección y Bioseguridad.
- Buscar en forma permanente la actualización y formación profesional
- No emitir públicamente juicios adversos sobre la actuación de otros colegas, menoscabando su personalidad.
- No sustituir al colega en un trabajo iniciado por éste, sin su previo conocimiento
- No ofrecer ni aceptar la prestación de servicios profesionales, por honorarios inferiores a los que demanda la práctica de una tarea riesgosa y de alto profesionalismo, como lo es desempeñarse dentro de un Laboratorio de Cateterismo o Unidades Críticas afines a este.

4.9.5 LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Los derechos del niño son aquellos derechos que poseen los niños y adolescentes. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia. Varios documentos consagran los derechos de la infancia en el ámbito internacional, entre ellos la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del Niño. Estos documentos reconocen a los niños como sujetos de derecho, pero convierten a los Estados y a los adultos, en titulares de la obligación de respetarlos y hacerlos respetar. Pero también recuerda que todo derecho va de la mano con un deber, así que si quieres hacer valer tus derechos cumple tus deberes u obligaciones de los niños y niñas.

ANTECEDENTES

La idea de acoger los derechos del niño circuló en algunos medios intelectuales durante el siglo XIX. Un ejemplo de ello fue la referencia que hizo el escritor francés Jules Vallés en su obra *El niño* (1879), y más claramente la reflexión sobre los derechos del niño que realizó Kate D. Wiggin en "*Children's Rights*" (1892). En este ambiente receptivo, en las dos primeras décadas del siglo XX circularon varias declaraciones de los derechos del niño, a veces en forma literaria o bien como resoluciones de organizaciones científicas y pedagógicas. La primera declaración de derechos del niño, de carácter sistemática, fue la Declaración de Ginebra de 1924, redactada por Eglantyne Jebb fundadora de la organización internacional *SavetheChildren*, que fue aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924.

Las Naciones Unidas aprobaron en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente, incluía los derechos del niño, sin embargo, posteriormente se llegó al convencimiento que las particulares necesidades de los niños y niñas debían estar especialmente enunciadas y protegidas.

Por ello, la Asamblea General de la ONU, aprueba en 1959 una Declaración de los Derechos del Niño, que constaba de 10 principios, concretando para los niños los derechos contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Seis años antes había decidido que el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños (UNICEF) continuara sus labores como organismo especializado y permanente para la protección de la infancia (denominándolo oficialmente Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

A partir de 1979, con ocasión del Año Internacional del Niño, se comenzó a discutir una nueva declaración de derechos del niño, fundada en nuevos principios. A consecuencia de este debate, en 1989 se firmó en la ONU la Convención sobre los Derechos del Niño y dos protocolos facultativos que la desarrollan:

A partir de la promulgación de la Convención de 1989 se ha ido adecuando la legislación interna a los principios contemplados en la Declaración. Aunque la legislación y el sistema jurídico de cada país suele ser diferente, casi la totalidad de los

países han ido consagrando medidas especiales para su protección, a nivel legislativo e incluso derechos constitucionales.⁴⁶

DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS.

Quienes son niños y niñas tiene derecho:

Los niños tienen derecho a la vida.

Los niños tienen derecho al juego.

Los niños tienen derecho a la libertad y a compartir sus puntos de vista con otros.

Los niños tienen derecho a dar a conocer sus opiniones.

Todos los niños tienen derecho a una familia.

Los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.

Todos los niños tienen derecho a la libertad de conciencia.

Los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.

Los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.

Los niños tienen derecho a la información adecuada.

Los niños tienen derecho a la libertad de expresión.

Los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.

Los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de nuestra cultura.

Los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.

Los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación.

Los niños tienen derecho a crecer en una familia que les dé afecto y amor.

Todos los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.

Todos los niños tienen derecho a la alimentación y la nutrición.

Todos los niños tienen derecho a vivir en armonía.

Todos los niños tienen derecho a la diversión.

Todos los niños tienen derecho a la libertad.

Todos los niños tienen derecho a la paz mundial.

Todos los niños tienen derecho a la salud.

⁴⁶ *Ibíd.*, pp 2

V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

F.I. 19/11/2010. F.CONSULTA URG. 20/11/2010. DX INTOXICACIÓN POR ORGAFOSFORADOS.

F. INICIO. 22/11/2010. SX. COLINERGICO DE ETIOLOGIA A DETERMINAR.

F. INICIO 23/22/2010. DX NEUMONIA NOSOCOMIAL SECUNDARIO A TUBO DE VENTILACIÓN.

COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL.

NEUMOTORAX DERECHO. FECHA DE RESOLUCION 23/11/2010.

COLOCACION DE SONDAJE PLEURAL.

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Pérez Torres Ma. Del Carmen.

ESTADO DE DSARROLLO	TALLA: 117 cm PC. TALLA 50-75.	SIGNOS VITALES	F.R 21
	PESO: 21 KGR. PC. PESO 25-50		F.C 88
ESTADO DE SALUD	AGUDO: SI		T/A 104/64 MEDIA 65.
			TEMP 36.5
	CRONICO		TIPO Y FACTOR RH. O POSITIVO.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA.

Acude al INP debido a un traslado de un nosocomio de la ciudad de Morelos, es trasladada por presentar de forma accidental la ingesta de alimentos que se encontraban contaminados por sustancias que son utilizadas para la destrucción de plaguicidas. Se comenta que tras la ingesta de agua de Jamaica y del consumo de manzanas silvestres que se encontraban en una cubeta la cual previamente se había utilizado para la preparación de sustancias organofosforados de utilización en la agricultura. Las personas intoxicadas presentaron de forma inmediata en especial Carmen de 6 años. De forma súbita presenta dificultad respiratoria, estado de alerta disminuido, 3 vómitos de contenido gastro alimenticio, 5 evacuaciones líquidas, sialorrea, náuseas, diaforesis rubicundez. Es llevada de forma inmediata al hospital de Tepetlixpa ingresando orientada, rubicunda, sialorrea, midriasis, le aplican dosis de atropina 4mg cada 10 min por 4 dosis y posterior a eso 2mg en infusión. Ingresa al INP(Instituto

Nacional de Pediatría) con pupilas mióticas, sialorrea, restos de carbón activado acidosis metabólica compensada PH 7.34 HCo3 18.6 PCO2 35 con antecedentes previos de intoxicación por organofosforados.

5.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

INSPECCION GENERAL (OBSERVACION CEFALOCAUDAL).

Escolar de 6 años 10 meses, 28 días, a su ingreso se encuentra sedada, con ventilación mecánica, edad aparentemente similar a la cronológica, buena coloración de tegumentos, hidratada, normo cefálica, pupilas hiporreflexicas a la luz, mióticas, narinas permeables, cavidad oral hidratada, con presencia de tubo endotraqueal, cuello sin presencia de *adenomegalias*, campos pulmonares bien ventilados, sin estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, con adecuada frecuencia e intensidad, abdomen blando, depresible, no megalias, peristalsis disminuida casi nula, miembros íntegros, pulsos, presentes y simétricos, llenado capilar de 2 seg, reflejos osteotendinosos no valorables.

5.3.1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.

María del Carmen Femenino, Edad cronológica 6 años 10 meses 28 días, edad de desarrollo, escolar, en relación a su peso y talla, se encuentra con un crecimiento y desarrollo acorde a su edad, en la valoración e interpretación en las percentiles se encuentra con un crecimiento y desarrollo ectomorfo.

Escolaridad 2do año de primaria, ocupa el 3er lugar de los hijos. Lugar de nacimiento en el estado de México. Con domicilio actual en Cordava S/N. Barrio de San Martin Atlautla edo. De México. Residente de más de 10 años. El cuidador primario es su papa en conjunto con su mama. Alergias negadas.

Llevo control prenatal desde el mes de embarazo, con consultas cada mes, no se realizó ningún ultrasonido, se aplicó dos dosis de toxoide tetánico, presento sangrado en el quinto mes de embarazo tratada con reposo, niega alteraciones en la T/A y glicemia.

Producto de la G3, que nació por vía abdominal por falta de trabajo de parto a término, ingesta de ácido fólico, y hierro durante el embarazo, al nacimiento lloro y respiro, no requirió de maniobras avanzadas de reanimación, Apgar no lo recuerda,

fue hospitalizada hasta el 5to día ya que la madre se refiere inestable, sin alteración de la paciente. Esquema de vacunación completo, pero no cuenta con la cartilla de vacunación al momento, ultima vacuna DPT hace un año.

LESIONES O DEFECTOS VIDENTES

Lesión a nivel del sistema nervioso central, por la intoxicación, globos oculares sequedad, sonda STP(sonda transpilórica), lesión en las comisuras labiales por fricción con COT(cánula orotraqueal) , cánula en tráquea, catéter en yugular, depresión en el sistema ventilar torio, sello pleural cerrada, dolor y distensión abdominal, sonda vesical, evacuaciones líquidas, lesión en región perianal, lesión y zonas de presión en talones por tiempo de estancia prolongado en hospitalización.

FACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE SALUD

- Control de niño sano: No se llevó un control de niño sano por la falta de recursos económicos y de servicio médico social.
- Antecedentes patológicos: presenta fractura en pie izquierdo, con tratamiento, de férula y reposo, niega, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, hospitalizaciones previas y alergias.
- Hospitalización previa: ninguna
- Diagnostico Medico: intoxicación por organofosforados vs carbamatos.
- Modalidad de tratamiento: Hospitalización en urgencias del INP.
- **ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL**
- Religión: Católica.

PATRON DE VIDA

Descripción de un día cotidiano.

Se comenta que Carmen es una niña muy sociable, traviesa y juega mucho con sus hermanas, en la escuela lleva buena relación con sus compañeros, con sus hermanas y mama hay buena comunicación, con su papa no convive ya que él se ausento por 4 años y hace meses regreso y recibe apoyo de el para los gastos de la casa y de las niñas.

- **HABITOS HIGIENICOS**
- Baño diario, el cambio de ropa es por lo menos 2 a 3 veces al día. El aseo dental es de 1 a 2 veces al día, y el lavado de manos muy frecuente.

- **HABITOS DIETETICOS**

- Comidas al día 3, desayuno, comida y cena. Horarios de alimentación: desayuno 9-10:30- comida 3:30-4:30 cena 19:00 a 19:30. Consume leguminosas y alimentos de origen animal. Pollo 1 ves a la semana, pescado, 0, res o puerco 1, huevo 3, frijol 4, leche 7, atún 0 soya 0.
- Cereales y tubérculos: tortilla 7, pan 1, papas 1, avena 0, pastas 2, arroz 1. Cereales 7.
- Verduras y frutas de 2 veces a la semana, y frutas 7.

- **FACTORES AMBIENTALES**

- Vive en una zona geográfica suburbana, cuanta con flora en casa, convive con unos perros. Cuenta con los servicios básicos luz, agua, drenaje, alumbrado público, pavimentación, gas. Vive en una casa rentada son 9 miembros de la familia con los que vive.

- **SERVICIOS DOMICILIARIOS.**

Cuenta con servicios básicos, luz, agua potable, drenaje, servicio de recolección de basura no gas estacionario ni de cilindro en baño.

- **CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA.**

Vive en casa proletaria, prestada 2 cuartos, el piso de concreto, paredes de concreto, techo de concreto. La ventilación es la adecuada, la iluminación es buena.

DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

No cuenta con seguridad social. Sus recursos los adecua de acuerdo a las necesidades y las prioridades de su casa. La mama trabaja hace 15 días, como ayudante de cocina, lava trastos, pica verduras y mandados. Trabajo eventual, el restaurante español cerca del parque popopark en Edo de mex.

Distribución de los recursos:

- El ingreso mensual en la familia: 2,000.00, madre. otros 400.00.
- Total d 2,400.00.
- Salud: 0
- Alimentación: 1,400.00

- Educación: 600.00
- Recreación y cultura: 0
- Combustible: 400.00
- Luz y agua: 100.00
- Otros (abonos) 100.00.
- Total: 2,600.00.

5.4 INTEGRANTES DE FAMILIA

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Tiene una familia incompleta viven 4 personas en su domicilio, la convivencia es buena y no pertenecen a ningún grupo social.

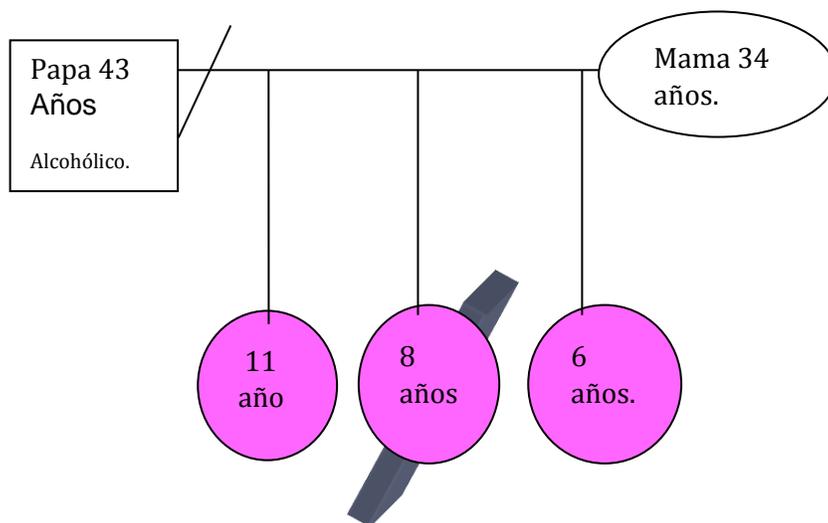
INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

No.	Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	A.P.P	Aportación económica	Coficiente intelectual
1	Lorena Torres Tupiño	34 a	Fem	Secundaria.	Ayudante de comercio	Madre		2,000.00	
2	Belén Portillo Torres.	11a	Fem	6º primaria.	Escolar	Hna.			
3	Lizbeth Pérez Torres.	8a	Fem	3ro de Primaria.	Escolar	Hna.			
4	María del Carmen Pérez torres	6a	Fem	2do. de primaria.	escolar	MOTIVO DE ESTUDIO.			

RUTINA FAMILIAR (ENFOCADA A LOS TIEMPOS DE CONVIVENCIA)

La convivencia familiar es buena, se dice que la mama es muy cariñosa con sus hijas y ellas son reciprocas, con su papa han perdido el contacto, la relación con los abuelos es buena y son ellos quien las cuida por las tardes debido a que la mama trabaja. No se reportan problemas familiares, no pertenecen a club sociales o de apoyo o autoayuda. Más sin embargo es una familia incompleta.

5.4.1 GENOGRAMA.



- Hombre.
- Mujer.
- Niñas.
-  Separación.
-  Muerte.

5.5 REQUISITOS UNIVERSALES.

1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Valoración de la vía aérea, a la exploración física se encuentra con apoyo ventila torio, en fase III de la ventilación, con COT no. 5.5 fijada en el No. 16 y circuito cerrado, en modo SIMV.

Valoración del proceso de la composición y disponibilidad de aire parámetros del ventilador: CIR 160, F.R 15, PI 14/PEEP 4, REL. 1:6.1. FIO2 40%. No existen fallas anatómicas. Valoración del proceso de ventilación pulmonar: su intercambio gaseoso es el adecuado y existe un alto riesgo de depresión de la respiración por efectos de la intoxicación.

VALORACIÓN DEL PROCESO DE VENTILACIÓN PULMONAR

Ventilación	Difusión	Perfusión.
FR ritmo adecuado profundidad adecuada sincronía Adecuada por autocontrol	Saturación de oxígeno. De 96% al 100%. FIO2 al 40% por medio de COT.	Llenado capilar de 2 seg.

Fase de ventilación fase III modo SIMV

Observaciones: la COT se encuentra bien instalada la expansión de tórax es simétrica, ruidos audibles y en campos pulmonares.

AUSCULTACIÓN DE PULMONARES: Campos pulmonares se encuentran con audición de estertores y sibilancias gruesos bilaterales, expansión simétrica de tórax, neumotórax derecho ya en remisión.

2, 3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTO

Su encuentra en ayuno, tiene sol. Bases calculadas en base a los requerimientos hidroelectrolíticos, que necesita.

Valoración física:

Mucosas orales.	hidratadas	semihidratadas	secas	
lengua	hidratadas	semihidratadas	Secas	
fontanelas	Deprimida (+)	Deprimida(++)	Deprimida (+++)	
Globos oculares	normales	Hundidos(+)	Hundidos(+)	
piel	seca	hidratada	Escamosa.	
Signo de lienzo.				

Observaciones:

Lesión en el labio superior por fricción de COT, vol. urinario: 80.4ml por hrs, Gasto fecal: 0, Aporte líquidos intravenosos en 24hrs.

Sol. De base a pasar 49ml/hrs.

SG5 % 500ML

NaCl 17.7% 8.3ml.

KCL 25mEq

Nutrición enteral 4 ml como estimulación.

NPT (24/11/2010). Vol. total 1176ml pasar 49 ml/hr.

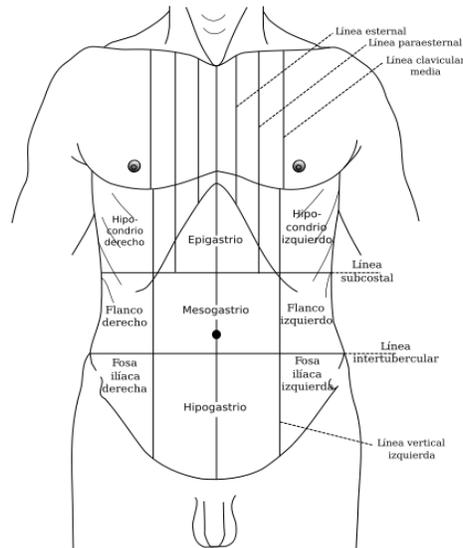
Tolerando la nutrición enteral por medio de STP, PA preprandial: 58 PA postprandial: 58.5Cavidad oral, presenta lesión en labio superior por la fricción, de la COT, se observa sangrado a la manipulación, de la cánula, además que hace esfuerzo para tratar de retirarse la cánula. Se observa abundante sialorrea, se le realiza limpieza de la cavidad oral por medio de gasas y vez por turno.

4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

Evacuaciones: 2 a 3 evacuaciones en 24hrs de características líquidas, café obscuro, sin alteraciones anatómicas, hay distensión abdominal y disminución de los movimientos peristálticos, no manifiesta dolor al presentar la evacuación. Cabe señalar que en la región perianal, presenta laceración y descamación de la piel. Uresis B. orina, presenta un PH 6.5 sangre de ++ densidad 1013 uresis horaria 80.4ml/hrs. Tiene sonda Foley drenando y cuantificación de la uresis, sin alteraciones o dificultad para la micción.

Drenajes y dispositivos: sonda naso gástrico a derivación, sonda pleural en hemitorax derecho, sonda vesical.

Auscultación, percusión y palpación de abdomen y sistema genitourinario. El abdomen es blando y depresible facies de dolor en flanco lateral izquierdo. Demás regiones anatómicas sin alteración.



5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

Somnolienta, su estado de conciencia consiente pero bajo sedación y relajación, en actividad hipo activa, hipo reactiva, los factores humanos que intervienen en la movilidad, es una inmovilidad prescrita con propósitos terapéuticos, no realiza ninguna actividad cultural por su estado de salud.

7.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

Actitud, se muestra deprimida, con cambios al momento de las intervenciones ansioso, y agitado, no hay comunicación verbal con el equipo de salud por la alteración de los requisitos debido a la ingesta de organofosforados. Su ambiente familiar refiere la madre es bueno con amigos y familiares, siente ansiedad por el desconocimiento del proceso por el que cursa, su personalidad es amorosa, autónomo, con los integrantes de su familia.

8.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD.

Estudios de laboratorio y gabinete, curva de tolerancia a la glucosa, biometría hemática y pruebas de tendencia hemorrágica, pcr, uro análisis, uro cultivo, micología, bacteriología, química clínica, bacteriología, exudado vaginal, tomografía de cráneo en fase simple, encefalograma.

Historial de infecciones: neumonía asociada a ventilador, ivu, infección por cándida. Métodos invasivos se coloca, sonda pleural, catéter yugular, hay complicación en la instalación.

PARTICIPACIÓN DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE.

Existe una muy buena participación del cuidador, en las necesidades esenciales de la paciente. Pero cabe señalar que existen dudas y mucho ansiedad en relación al pronóstico y la evolución del paciente así como las secuelas después de su egreso, cabe señalar que el cuidador se encuentra desconcertado, desorientado por la forma tan súbita de que sucedido el accidente en su domicilio. Existe un déficit en la proporción de cuidados debido a que el cuidador no cuenta con los conocimientos.

Tuvo exposición a agentes tóxicos conocidos como organofosforados sin determinar cuál es la sustancia toxica específica.

5.6 REQUISITOS DE DESARROLLO.

Valoración de crecimiento y desarrollo

Alimento al seno materno, hasta el año de edad, de forma exclusiva, a los 4 meses inicia ablactación con frutas, se integra a la dieta familiar al año de edad, fijación de la mirada al mes, sostén cefálico, a los 3 meses, sedestación, con ayuda a los 4 meses, sin ayuda a los 6 meses, bipedestación 6 meses, camina con ayuda a los 10 meses, sin ayuda al año, corrió a los 2 años, pinza gruesa a los 3 meses, sonrisa social 2 meses, pinza fina 11 meses, control de esfínteres, 2 años. Acude al 2do año de primaria con promedio de 8.5 y realiza operaciones matemáticas sencillas ya sabe leer,

la madre refiere buena relación con compañeros de la escuela. Escolar con edad cronología acorde a su edad y su estado de desarrollo.

5.7 DESVIACION DE LA SALUD.

ANTECEDENTES DE DESVIACION DE LA SALUD (EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL).

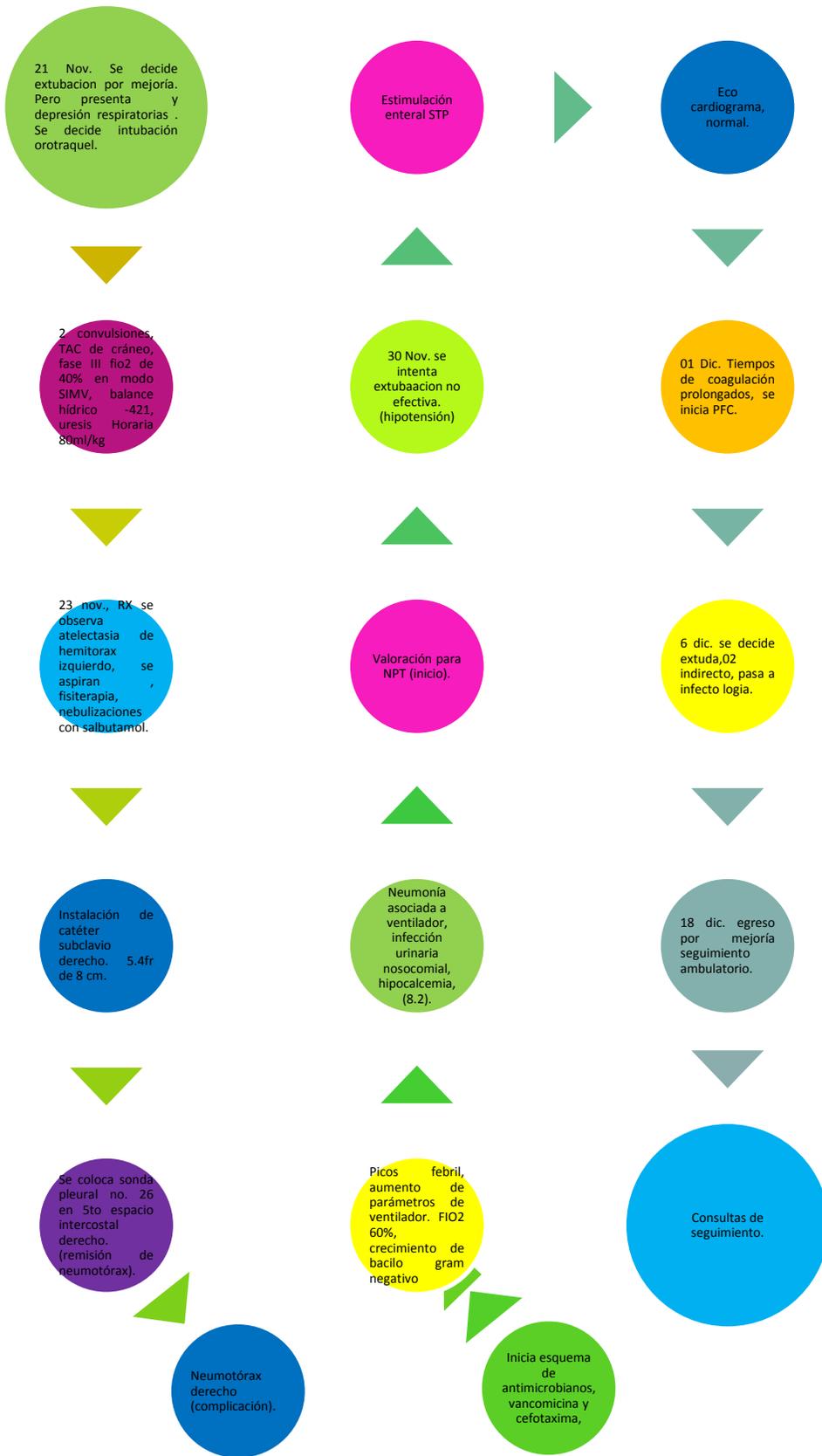
Se comenta que tras la ingesta de agua de Jamaica y del consumo de manzanas silvestres que se encontraban en una cubeta la cual previamente se había utilizado para la preparación de sustancias organofosforados de utilización en la agricultura. Las personas intoxicadas presentaron de forma inmediata en especialmente Carmen de 6 años de forma súbita presenta dificultad respiratoria, estado de alerta disminuido, 3 vómitos de contenido gastro alimenticio, 5 evacuaciones líquidas, sialorrea, náuseas, diaforesis rubicundez. Es llevada de forma inmediata al hospital de Tepetlixpa ingresando orientada, rubicunda, sialorrea, midriasis, le aplican dosis de atropina 4mg cada 10 min por 4 dosis y posterior a eso 2mg en infusión. Posteriormente pasado hora y media, presenta dificultad respiratoria, e hipoxemia, por lo que se intuba en forma electiva, para ventilación con PPI con bolsa válvula mascarilla. Ingresó al INP con pupilas mióticas, sialorrea, restos de carbón activado acidosis metabólica compensada PH 7.34 HCo₃ 18.6 PCO₂ 35 con antecedentes previos de intoxicación por organofosforados.

Seguimiento del caso:

- EL 19 de Nov. ingresa al hospital es valorada en urgencias se encuentran restos de carbón activado. Aun en estado de alerta, es internada en el servicio de urgencias hospitalización.
- Las condiciones no son las más favorables, comienza a deteriorarse es intubada en el servicio el 19 de nov. Por la tarde.
- Se le coloca catéter venoso central el día 23, administración de soluciones calculadas.

- Se encuentra el 29 de nov. Bajo efectos de sedantes pero con respuesta. Se encuentra con COT parámetros altos de ventilador, tiene abundantes secreciones, estertores gruesos, bilaterales, ruidos cardiacos audibles, abdomen blando y depresible, presenta evacuaciones liquidas y lesión de región perianal.
- 21 Nov. Se decide extubacion por mejoría. Pero presenta y depresión respiratorias. Se decide intubación orotraquel, nuevamente.
- Presenta 2 convulsiones, TAC de cráneo, fase III fio2 de 40% en modo SIMV, balance hídrico -421, uresis Horaria 80ml/kg.
- 23 nov., RX se observa atelectasia de hemitorax izquierdo, se aspiran, secreciones abundantes por medio de circuito cerrado, fisioterapia, nebulizaciones con salbutamol.
- Instalación de catéter subclavio derecho. 5.4fr de 8 cm.
- Se coloca sonda pleural no. 26 en 5to espacio intercostal derecho. (remisión de neumotórax). Secundario a la instalación de catéter.
- Neumotórax derecho (complicación).
- Inicia esquema de antimicrobianos, vancomicina y cefotaxima,
- Presenta Pico febril, aumento de parámetros de ventilador. FIO2 60%, se realiza cultivo y se detecta crecimiento de bacilo gram negativo.
- Presenta Neumonía asociada a ventilador, infección urinaria nosocomial e hipocalcemia, (8.2).
- 29/11/10. Valoración para NPT (inicio).
- 30 Nov. se intenta extubacion no efectiva. (hipotensión)
- Estimulación enteral STP
- Eco cardiograma, normal.
- 01 Dic. Tiempos de coagulación prolongados, se inicia PFC.

- 6 dic. se decide extubar, 02 indirecto, pasa a infectología y se da seguimiento y tratamiento para la neumonía.
- 18 dic. egreso por mejoría a su domicilio, seguimiento ambulatorio.
- Consultas de seguimiento.



DIRIGIDA A LA ENFERMEDAD

CONOCIMIENTOS DE LA FISIOPATOLOGÍA INCLUIDOS LOS EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO.

RECEPTOR DE CUIDADO.	AGENTE DE CUIDADO.
Desconoce el curso de la enfermedad, además que sabe que la evaluación es incierta.	Desconoce todo lo relacionado a l estado de déficit de los requisitos de auto cuidado universal.

CONOCIMIENTOS DE LAS ACCIONES GENERADAS DE AUTO CUIDADO.

RECEPTOR DE CUIDADO.	AGENTE DE CUIDADO.
No aplica por el nivel sedación y relajación que se encuentra.	Desconoce pero se le explica como puede ayudarle a su paciente para su mejor y pronto recuperación, en apoyo emocional y en acciones básicas de higiene y estimulación.

AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

El cuidador primario se, manifiesta con ansiedad, desconocimiento de la evolución y pronóstico para la vida del paciente, sentimientos de culpabilidad, y falta de control de los sentimientos, además de verse afectada por la pérdida de la herma de Carmen.

5.8 JERARQUIZACION DE LOS REQUISITOS.

Requisito alterado.	Limitaciones del auto cuidado.
1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Mantener un adecuado aporte de oxígeno mediante la permeabilidad, y que garantice un buen funcionamiento para la evolución y la vida.
2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Las diversas infusiones así como las soluciones base sufren modificaciones de acuerdo a los requerimientos de electrolitos del paciente
3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	Por la ingesta de tóxicos se mantiene en ayuda con la finalidad de realizarse lavados gástricos para eliminar los restos del toxico.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	La presencia de disminución de la motilidad, el gasto urinario y los diversos drenajes nos puede llevar a un desequilibrio entre los ingresos y egresos.
5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Se encuentra con un compromiso de salud grave y no es posible que realice las funciones adecuadamente.
6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Las funciones de comunicación están completamente disminuidas y limitadas.
7.-Prevención de peligros para la vida el funcionamiento humano y el bienestar humano.	Debido a múltiples métodos invasivos, se encuentra con un alto riesgo de contraer una infección o la invasión de agentes oportunistas.

8.- Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

No poder tener un rol normal debido a la intoxicación.

5.9 RELACION DEFICIT.

PRIORIDAD DE ACCION	
REQUISITO	ORDEN
1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	1
2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	4
3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	5
4.-provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	3
5.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	6
6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	7
7.-Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano y el desarrollo de la normalidad.	2

8.- Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad)

8

5.10 RELACION DEFICIT Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

RECEPTOR DEL CUIDADO: Ma. Del Carmen.			ETAPA DE DESARROLLO:	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: MADRE Y PADRE DE LA NIÑA.			Escolar.	
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE.A.OROZCO				
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Estado de salud Y sistema de cuidado de salud.	Es totalmente el déficit debido a que se encuentra con apoyo ventilatorio en III fase.	Obstrucción de la vía aérea, por el uso de cánula endotraqueal y el la presencia de abundantes secreciones.	La capacidad de autocuidado está limitada debido a que es totalmente compensatoria la demanda de cuidado.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Estado de salud	Es totalmente debido a que se encuentra en un estado de relajación y sedación. Es incapaz de movilizarse por si sola Se encuentra en una sola posición por las condiciones de salud. Además que tiene una línea arterial en ingle que esta disfuncional por la movilidad.	No tiene movilidad debido a que se encuentra en un estado de relajación y sedación. No es posible que se pueda movilizar además se ha presentado zonas de eritemas en ambos talones.	No presenta ninguna capacidad de autocuidado por el estado de salud en que se encuentra.

RECEPTOR DEL CUIDADO: Ma. del Carmen			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: MADRE Y PADRE DE LA NIÑA.				
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE.A.OROZCO				
REQUISITOS DE AUTOACUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICION ANTES	DEFICIT DEL AUTOACUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
<p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento</p>	<p>Estado de salud</p> <p>Estado de salud: ayuno.</p>	<p>Es total debido a que no se encuentra en estado de alerta para responder o tener interacción con su familiar.</p> <p>Ayuno secundario a la ingesta de sustancia organofosforados.</p>	<p>Obstrucción de la vía aérea, por el uso de cánula endotraqueal . Así como efectos de sedación.</p> <p>Sonda nasogástrica a derivación, COT, SPT, abdomen con peristalsis disminuida.</p>	<p>Está totalmente limitado no es capaz de tener un autocuidado.</p> <p>La capacidad de autocuidado es nula, depende del cuidador primario y la agencia de enfermería.</p>

RECEPTOR DEL CUIDADO: Ma. del Carmen			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: MADRE Y PADRE DE LA PACIENTE PEDIATRICA.				
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE.A.OROZCO				
REQUISITOS DE AUTOACUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOACUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
<p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p>	<p>Estado de salud: evacuaciones líquidas.</p> <p>Estado de salud: ayuno.</p>	<p>Debido a la disminución de los movimientos peristálticos.</p> <p>Ayuno secundario a la ingesta de sustancia organofosforados. Así como la restricción de líquidos.</p>	<p>La ingesta de sustancia aún desconocida.</p> <p>Sonda naso gástrico a derivación, COT, SPT, abdomen con peristalsis disminuida.</p>	<p>Está totalmente limitado no es capaz de tener un autocuidado.</p> <p>La capacidad de autocuidado es nula, depende del cuidador primario y la agencia de enfermería.</p>

RECEPTOR DEL CUIDADO: Ma. del Carmen			ETAPA DE DESARROLLO: Escolar.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: MADRE Y PADRE DE LA PACIENTE PEDIATRICA.				
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE.A.OROZCO				
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	FACTORES QUE ALTERAN EL REQUISITO	CAPACIDAD DE AUTOACUIDADO
Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano y el desarrollo de la normalidad. promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad)	Estado de salud: múltiples métodos invasivos. Estado de salud: limitación en la comunicación.	Tiene accesos vasculares, sondas, COT, Las múltiples alteraciones a aparatos y sistemas.	La ingesta de sustancia aún desconocida. Sonda nasogástrica a derivación, COT, SPT, sonda vesical, catéter.	Está totalmente limitado no es capaz de tener un autocuidado. La capacidad de autocuidado es nula, depende del cuidador primario y la agencia de enfermería.

5.10.1 FECHA DE DETECCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Fecha de detección	Diagnostico	Fecha de resolución.
<p>19/11/2010. 23/11/2010</p>	<p>Déficit de un mantenimiento de un aporte de aire suficiente e ineficaz R/C agente tóxico y la exposición a depresores del SNC así como la COT, M/P hipoventilación, sialorrea, presencia de secreciones en cánula y variaciones en la saturación de O₂, cianosis, ruidos respiratorios, retracciones, incomodidad con la cánula, variaciones con los parámetros de la gasometría, estados de acidosis y alcalosis, tanto metabólica como respiratoria.</p>	<p>19/11/2010. 23/11/2010. 06/12/2010</p>
<p>19/11/2010 23/11/2010 04/12/2010 08/12/2010</p>	<p>Déficit en la Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano. R/C catéter yugular, sonda pleural, COT, toma de muestras de laboratorio, gasometrías arteriales, múltiples punciones para control de la glicemia M/P picos febriles, abundantes secreciones en COT, neumonía asociado a ventilador, invasión de agentes oportunistas, urocultivo con cuenta de colonias de +100,000 UFC/ML E.coli, hemocultivo con desarrollo de staphylococcus epidermis, infección por candida Albins cuanta de 6,000UFC/ML. y deterioró en el sistema de protección.</p>	<p>18/12/2010. 08/12/2010</p>
<p>19/11/2010</p>	<p>Déficit de un mantenimiento de un aporte suficiente de agua R/C ayuno por la ingesta de sustancias toxicas M/P sequedad en los globos oculares, deshidratación y sequedad de las mucosas orales, disminución de los movimientos peristálticos, evacuaciones diarreicas liquidas.</p>	<p>25/11/2010.</p>
<p>19/11/2010</p>	<p>Déficit de mantenimiento de la promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. R/C con hospitalización M/P dependencia de los cuidados de enfermería y limitaciones en auto cuidado personal y falta de desarrollo en</p>	<p>18/12/2010.</p>

	su entorno	
19/11/2010	Déficit de un mantenimiento de aporte suficiente de alimento R/C con la ingesta accidental de organofosforados vs carbamato. M/P náuseas, vómito, diarrea, intensificación de los ruidos intestinales, cólicos abdominales, defecación y micción involuntaria, palidez, debilidad muscular y decremento del nivel de conciencia.	23/11/2010. 29/11/2010.
19/11/2010	Déficit de un mantenimiento de aporte suficiente de alimento R/C con la ingesta accidental de organofosforados o carbamato. M/P náuseas, vómito, diarrea, intensificación de los ruidos intestinales, cólicos abdominales, defecación y micción involuntaria, palidez, debilidad muscular y decremento del nivel de conciencia.	24/11/2010 27/11/2010 29/11/2010 18/12/2010
19/11/2010 18/12/2010	Déficit de mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C hospitalización prolongada, sedación y relajación con agente bloqueador neuromuscular (vecuronio) y M/P periodos de insomnio, alteración en el estado de conciencia, inmovilidad, sitios de eritema en zonas de presión, falta de actividad física social y cultural, dependencia de los cuidados de enfermería Y limitaciones en auto cuidado personal.	19/11/2010 22/11/2010 24/11/2010 27/11/2010 30/11/2010 01/12/2010 06/12/2010 08/12/2010 17/12/2010 18/12/2010
19/11/2010 27/11/2010	Déficit de mantenimiento de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal. R/C con ingesta accidental de organofosforados, drenajes y dispositivos de apoyo como sonda vesical, sonda Nasogástrica, sonda plural M/P evacuaciones líquidas de 3 a 4 veces en 24hrs, oliguria, disminución de los movimientos peristálticos, eritema en zona perianal y descamación.	19/11/2010 27/11/2010 18/12/2010
19/11/2010	Déficit de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. R/C estado de relajación y sedación, M/P periodos de ansiedad, depresión, llanto silencioso, agitación, falta de apego familiar y cuidador de 24 hrs.	19/11/2010 18/12/2010

5.11 PREESCRIPCION DE ENFERMERIA.

<p>DIAGNOSTICO: Déficit de un mantenimiento de un aporte de aire suficiente e ineficaz R/C agente tóxico y la exposición a depresores del SNC así como la COT, M/P hipoventilación, sialorrea, presencia de secreciones en cánula y variaciones en la saturación de O₂, cianosis, ruidos respiratorios, retracciones, incomodidad con la cánula, variaciones con los parámetros de la gasometría, estados de acidosis y alcalosis, tanto metabólica como respiratoria.</p>	
<p>OBJETIVO: El paciente pediátrico mantendrá un mantenimiento adecuado de oxigenación mediante las medidas terapéuticas implementadas, al momento de la detección del déficit del autocuidado.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: saturación de O₂, coloración de la piel, campos pulmonares, ruidos respiratorios, F.C., F.R T/A por debajo de la percentil 90.</p>	
<p>OPERACIONES PREESCRIPATIVAS:</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo educativo.</p>
	<p>FUNDAMENTACION</p>
<p>Auscultar los campos pulmonares en busca de estertores y sibilancias.</p>	<p>Investigar e indagar en los campos pulmonares para determinar el estado de salud por medio de técnicas de palpación, percusión y auscultación constituyen unos datos básicos sobre los cuales se elabora y se desarrolla un plan de cuidados. (Diccionario de medicina océano Mosby, pag 523.)</p>
<p>Aspiración de secreciones por medio de circuito cerrado con la frecuencia requerida.</p>	<p>La aspiración cerrada nos permite drenar líquidos que favorecen la infección por lo que la aplicación de aspiración evita la acumulación de secreciones en las cavidades. (Diccionario de medicina océano Mosby, pag 123.)</p>
<p>Lavado bronquial y aspiración directa en tubo endotraqueal.</p>	<p>La ventilación mecánica Nos sirve para tratar o prevenir el fracaso respiratorio, hipoxia, hipercapnia, y acidosis respiratoria.(terapéutica pediátrica, pág. 260, John W. Graef sexta edición).</p>
<p>Valorar la perfusión capilar. Valorar la fase de ventilación y el apoyo de</p>	<p>La valoración de la perfusión capilar nos permite valorar si existe un buen aporte</p>

<p>la ventilación verificando que los parámetros sean los indicados y que se estén realizando los cambios pertinentes de acuerdo al requerimiento y las menadas de oxígeno.</p> <p>Valorar y cuidar la presencia de desaturaciones y las variantes en la oximetría de pulso, cianosis, sonidos nasales, retracción e incomodidad del paciente.</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. Vigilancia periódica de los signos vitales. Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.</p> <p>Buscar intencionadamente signos de inadecuación respiratoria, parálisis de los músculos intercostales, medición de volumen ventilatorio y F.R constantemente.</p>	<p>en los requerimientos de oxígeno. El volumen corriente se debe evaluarse por inspección visual, auscultación y volumen espirado en las vías áreas. Los signos de cianosis, retracciones e incomodidad del paciente nos indica ventilación mecánica insuficiente. (Terapéutica pediátrica, pág. 261, John W. Graef sexta edición).</p> <p>La valoración en las constantes vitales permite llevar un buen control de las demandas en los requisitos de autocuidado universal que se encuentran con déficit.</p> <p>La intoxicación por organofosforados o carbamatos debilita los músculos intercostales, de forma que el paciente puede mostrar inadecuación respiratoria e incluso parálisis de los músculos mencionados (Urgencias en enfermería ; D.O POTTER. M.B.ROSE; pág. 808).</p>
<p>EVALUACION:</p> <p>Con las acciones de cuidado dependiente, el agente dependiente mejoro el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, intercambio gaseoso. Que se Manifestó por disminución en las variantes de los signos vitales. Además de la disminución del nivel de ansiedad que le ocasionaba la obstrucción de su cánula y el déficit en el aporte adecuado de aire.</p>	
<p>Capacidad de autocuidado adquirido:</p> <p>No adquirió ninguna capacidad de autocuidado por el estado de salud que se encontraba.</p>	

47 48

⁴⁷ Diccionario de medicina océano Mosby; autor: editorial océano año de reimpresión.

⁴⁸ Terapéutica pediátrica; autor John W. Graef del department of medicine Children's Hospital, Boston ; Editorial Marban 2002; impreso en España.

<p>DIAGNOSTICO: Déficit en la Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano. R/C catéter yugular, sonda pleural, COT, toma de muestras de laboratorio, gasometrías arteriales, múltiples punciones para control de la glicemia M/P picos febriles, abundantes secreciones en COT, neumonía asociado a ventilador, invasión de agentes oportunistas, urocultivo con cuanta de colonias de +100,000 UFC/ML E.coli, hemocultivo con desarrollo de staphylococcus epidermis, infección por cándida Albins cuanta de 6,000UFC/ML.y deterioró en el sistema de protección.</p>	
<p>OBJETIVO: Mantener una adecuada prevención de peligros para la vida y el funcionamiento, además de tener un especial cuidado en la realización de cada una de las técnicas invasivas para garantizar una funcionalidad de calidad en la vida.</p>	
<p>Indicadores de evaluación: Estado de gravedad y bienestar, ausencia de agentes en los próximos estudios, lavado de manos, medidas de asepsia y antisepsia, disminución de la sintomatología, ausencia y presencia de infección.</p>	
OPERACIONES PREESCRITIVAS:	SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Valoración de las constantes vitales.	La función de cada uno de los aparatos y sistemas que conforman el cuerpo humano nos permite tener un equilibrio adecuado en las funciones vitales para mantener una fisiología adecuada.
Aspiración de secreciones con técnica cerrada.	Las secreciones del tracto bronquial son un mecanismo de defensa de la mucosa bronquial que genera moco para atrapar partículas y expulsarlas. (Fundamentos de enfermería; Bárbara Kosier; 2008).
Curación de catéter yugular.	Es el proceso por el cual se restablecen las características estructurares y funcionales normales del tejido, órgano o sistema corporal enfermo disfuncional o lesionado. (diccionario de medicina Mosby; pag 340).
Toma de muestras con medidas de asepsia y antisepsia.	La ausencia de gérmenes y la eliminación y destrucción de los gérmenes permite tener un mejor control de las infecciones (diccionario de medicina Mosby; pag 117)118

DIAGNOSTICO: Déficit de un mantenimiento de un aporte suficiente de agua R/C ayuno por la ingesta de sustancias toxicas M/P sequedad en los globos oculares, deshidratación y sequedad de las mucosas orales, disminución de los movimientos peristálticos y presencia de evacuaciones diarreicas liquidas.	
OBJETIVO: La paciente mejorara su respuesta a la estimulación enteral y habrá una disminución en las presencia de evacuaciones diarreicas. La hidratación de la mucosa oral mejorara con las medidas terapéuticas implementadas.	
Indicadores de evaluación: estado de hidratación, movimientos peristálticos, lubricación e hidratación de la piel y características de los globos oculares.	
OPERACIONES PREESCRITIVAS:	SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
	FUNDAMENTACION
Lubricación de los globos oculares por medio de la administración de lubricantes y protección de la luz.	La secreción acuosa permite al ojo estar lubricado, haciendo que existan movimientos oculares.
Lubricación de las mucosas orales por medio de la aplicación de gasas húmedas en la cavidad oral.	Las mucosas orales lubricadas permiten al paciente tener una mejora en su hidratación.
Auscultación de los movimientos peristálticos y las condiciones abdominales.	Los organofosforados se absorbe rápidamente en las vías gastrointestinales, intensificando los ruidos intestinales y se presentan los cólicos abdominales. (Urgencias en enfermería; D.o Potter.M.B.Rose; 1987; pag. 806).
Medición de PA pre y postprandial.	La circunferencia abdominal a nivel del ombligo permite tener datos basales y ver mediciones anteriores (Urgencias en enfermería; D.o Potter.M.B.Rose; 1987; pag. 334).
Estimulación enteral.	Valoración de las condiciones gástricas y

<p>Mantenimiento del equilibrio electrolítico por medio del balance hídrico.</p> <p>Administración de soluciones y los electrolitos.</p>	<p>la tolerancia a la vía oral mediante un estímulo así como ver si los ruidos intestinales han disminuido. (Urgencias en enfermería; D.o Potter.M.B.Rose; 1987; pag. 806).</p> <p>El balance en los ingresos y egresos nos permite valorar si hay un aporte suficiente de líquidos y esta estimación se hace de manera racional, el mantenimiento de los requisitos hídricos es la cantidad de líquido extrínseco, que se necesita para reponer las pérdidas fecales, urinarias e inservibles. Que es valorable por medio de las condiciones que alteran las necesidades hídricas normales.(Terapéutica pediátrica; John W. Graef; pág. 68,69)</p> <p>La reposición de líquidos en relación a su aporte calórico requerido de acuerdo a la edad permite tener un equilibrio y mantener la función cardiovascular normal.(líquidos y electrolitos fisiología y fisiopatología; Martin G. Cogan; 1993; pag 5).</p>
<p>EVALUACION: La paciente mejoro su estado hídrico y la función cardiovascular manteniendo balances hídricos neutros así como un adecuado equilibrio entre los ingresos y egresos y el mantenimiento de un aporte adecuado de agua.</p>	
<p>CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS</p> <p>No se adquirió ninguna capacidad de autocuidado por el estado de salud de la paciente.</p>	

53 54 55
, ,

53. Urgencias en enfermería; D.o Potter.M.B.Rose; 1987;

54 líquidos y electrolitos fisiología y fisiopatología; Martin G. Cogan; 1993;

55 Ibídem pág. 68, 69.

<p>DIAGNOSTICO: Déficit de un mantenimiento de aporte suficiente de alimento R/C con la ingesta accidental de organofosforados o carbamato. M/P náuseas, vómito, diarrea, intensificación de los ruidos intestinales, cólicos abdominales, defecación y micción involuntaria, palidez, debilidad muscular y decremento del nivel de conciencia.</p>	
<p>OBJETIVO: El paciente pediátrico mejorara su condición de salud, por medio de acciones específicas que permitan tener efectos terapéuticos benéficos a corto y mediano plazo. Además de mantener un adecuado gasto energético basal, disminuir o detener la catabolia, mantener o mejorar la composición corporal e impedir el deterioro de las funciones celulares.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: cifras en la glicemia, características del catéter, composición corporal, peso, evacuaciones diarreicas, tono muscular, estado de conciencia y condiciones abdominales.</p>	
<p>OPERACIONES PREESCRITIVAS:</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: Totalmente compensatorio.</p>
<p>FUNDAMENTACION</p>	
<p>Indagación de la sustancia que se deglutió y de inmediato realizar lavado gástrico, y administración de carbón vegetal activado o bien un laxante salino.</p> <p>Administración de absorbentes como el carbón activado a través de sonda previo lavado gástrico.</p> <p>Administración de antídotos como sulfato de atropina o cloruro de pralidoxima o ambos en intoxicaciones por insecticida organofosforados previa valoración médica.</p>	<p>La finalidad del lavado es limpiar un órgano, con fines terapéuticos. El lavado gástrico con agua o solución salina estéril permite la eliminación de agentes tóxicos. El laxante favorece la evacuación intestinal, y por consiguiente la eliminación de la sustancia toxica que ingirió evitando la absorción del agente. (Diccionario de Medicina océano mosby pág.; 769)</p> <p>El carbón activado, es un polvo negro, inodoro e insípido, es la medida más eficaz de descontaminación gastrointestinal y puede administrarse sin evacuación gástrica previa. (Terapéutica pediátrica; John W. Graef; pág. 270).</p> <p>Los insecticidas organofosforados son (inhibidores de la colinesterasa). Atropina se usa para revertir los efectos muscarínicos administrándose en repetidas dosis de 2mg a intervalos de 2 a 5 minutos y después lo que sea necesario para mantener la atropinización. Y con la pralidoxima de</p>

<p>Valorar la temperatura corporal por medio de una curva térmica para determinar si existe fiebre y este condicionando un mayor gasto energético basal</p>	<p>20 a 50 mg/kg i.v lenta para revertir la acetilcolinesterasa fosfolirada. (Terapéutica pediátrica; John W. Graef; pág. 270).</p>
<p>Administración de NPT, valorando las condiciones de salud y el requerimiento de su aporte calórico.</p>	<p>En condiciones normales, la cantidad de calorías necesarias para el mantenimiento del funcionamiento visceral interno del organismo, que corresponde al 50% de los requerimientos diarios. En ciertas condiciones patológicas incrementa el gasto energético basal, como la fiebre (lo incrementa el 10%). (Introducción a la pediatría; Dr. Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; sétima edición pág. 163).</p>
<p>Valorar y vigilar de las posibles complicaciones en la administración de la solución y las relacionadas con la forma de administración.</p>	<p>La NPT está indicada cuando los requerimientos no se pueden completar con la ingesta oral o bien cualquier condición médica que requiera ayuno por más de 72hrs o más. (Introducción a la pediatría; Dr. Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; sétima edición pág. 164).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estado hidroelectrolítico y bioquímicas. • Velocidad de infusión • Determinación seriada de glucemia y la presencia de glucosuria y la diuresis osmótica. • Infecciones, trombosis y desplazamiento del catéter. 	<p>La cuantificación programada de electrolitos séricos y pruebas de función hepática y renal proporcionan información para necesidad de la modificación de las soluciones. Es importante usar solo una vía para la infusión de la NPT y evitar la infección. (Introducción a la pediatría; Dr. Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; sétima edición pág. 165).</p>
<p>Inicio de la estimulación de la alimentación enteral.</p>	<p>El tracto intestinal es la ruta que se prefiere para el apoyo nutricio por ser más fisiológico y de no presentar los efectos indeseables de la NPT. La nutrición enteral en comparación a la parenteral resulta en recuperación morfológica y funcional del tracto digestivo. (Introducción a la pediatría; Dr.</p>

	Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; séptima edición pág. 165).
--	---

EVALUACION: Por medio de la administración de la nutrición enteral y la NPT se cubrirán los requerimientos de aporte calórico en relación al gasto energético basal. La paciente mejorara su condición de salud y su pronta recuperación de la ingesta por medio de la vía oral.

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS: No se adquiere ninguna capacidad de autocuidado por la condición de salud.

56

⁵⁶ (Introducción a la pediatría; Dr. Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; séptima edición).

<p>DIAGNOSTICO: Déficit de mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C hospitalización prolongada, sedación y relajación con agente bloqueador neuromuscular (vecuronio) y M/P periodos de insomnio, alteración en el estado de conciencia, inmovilidad, sitios de eritema en zonas de presión, falta de actividad física social y cultural, dependencia de los cuidados de enfermería Y limitaciones en auto cuidado personal.</p>	
<p>OBJETIVO: La paciente mejorar sus periodos de insomnio y el estado de conciencia ira en mejoría, además de tener mayor movilidad, y evitar estancias prolongadas de una sola posición. Y adquirirá las habilidades y las destrezas para realizar de manera más dependiente sus acciones de autocuidado personal a largo plazo.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: insomnio, efectos secundarios de sedación y relajación, estado de conciencia, cambios posturales, autocuidado, habilidades, inquietudes, destrezas</p>	
<p>OPERACIONES PREESCRITAS:</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: totalmente compensatorio, apoyo educativo, parcialmente compensatorio.</p>
	<p>FUNDAMENTACION</p>
<p>Administración de bloqueador neuromuscular en infusión continua a Dosis respuesta y valoración constante de los efectos secundarios.</p> <p>Valorar si hay relajación del musculo esquelético</p> <p>Disminuir al máximo el ruido en el área de hospitalización y enfatizar en el</p>	<p>EL Bromuro De vecuronio, es un agente Bloqueador neuromuscular, que bloquea el proceso de transmisión entre las terminaciones nerviosas motoras y el músculo estriado, por unión competitiva con acetilcolina a receptores nicotínicos, localizados en la región de la placa motora terminal del músculo estriado. Para facilitar la intubación endotraqueal ⁵⁷ (Vecuronio, bromuro http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Vecuronio.htm)</p> <p>Los ruidos o producción de sonidos en el área de hospitalización, se deben de minimizar para garantizar así en los pacientes hospitalizados un adecuado mantenimiento del reposo.</p> <p>El sueño es un estado caracterizado por reducción del nivel de conciencia, disminución de actividad de los músculos y depresión de la actividad metabólica, la reducción del ruido y el manejo mínimo condiciona a mejorar el reposo.(Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 1185)</p>

⁵⁷ **Vecuronio**, bromuro de. Solución inyectable. Bloqueador neuromuscular. se encuentra en:http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Vecuronio.htm - 12k

<p>confort de la paciente.</p>	<p>La valoración de respuesta verbal, la respuesta por abertura de ojos y la respuesta motora nos permite ver el estado de conciencia del paciente .(urgencias en enfermería D.O Potter.M.R ROSE; pág. 252)</p>
<p>Favorecer el Patrón del sueño diurno de sueño y vigilia.</p>	<p>La falta de movilidad genera en el paciente una ulcera de decúbito, que se manifiesta por inflamación o llaga en la piel que recubre la prominencia osea y se debe a la hipoxia isquémica de los tejidos como consecuencia de la presión prolongada sobre la zona. La prevención de las úlceras de decúbito es un aspecto fundamental de la asistencia de determinados pacientes y hay que planificar el tratamiento teniendo en cuenta la localización y extensión de las lesiones se tienen tendencia a profundizar, extenderse e infectarse y es también denominada escara por decúbito. .(Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 1263)</p>
<p>Valoración del estado de neurológico por medio de la escala de valoración de Glasgow.</p>	<p>La estimulación con crema o loción humectante permite estimular la circulación y retardar la lisis de la piel.(urgencias en enfermería D.O Potter.M.R ROSE; pág. 808)</p>
<p>Realizar cambios posturales en la cama y disminuir la posición continua de una sola posición. Así como cuidados en los sitios de presión.</p>	<p>Las actividades sociales, culturales y físicas son una estrategia que permite la inserción del paciente a la vida cotidiana, es incorporarse a las actividades diarias que se realizaban antes de sufrir el accidente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener seca la piel • Cambiar de posición al paciente cada 2 horas. • Mantener las sábanas secas y sin arrugas. • Aplicar un 	<p>Con la deambulacion se adquiere sentido de autonomia e independencia, además de generar una actividad física moderada al paciente que nos fomente una pronta recuperación.</p>

<p>suave masaje sobre las prominencias óseas con crema lubricante cada 4 hrs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dispositivos especiales como almohadillas. <p>Fomentar la actividad física, social y cultural de la paciente, dependiendo de la evolución del caso.</p> <p>Inicio de la Deambulaci3n</p>	
<p>EVALUACION</p> <p>La implementaci3n oportuna de todas las intervenciones de enfermería fue de gran apoyo en la recuperaci3n de la paciente y la prevenci3n de alteraci3n o complicaci3n derivada de falta de intervenciones independientes de enfermería.</p>	
<p>CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS</p> <p>Por el estado de salud el riesgo y peligro para la vida y funci3n no fue posible que se adquirieran capacidades de autocuidado a corto plazo se determinaron que las intervenciones obtuvieron sus objetivos a largo plazo.</p>	

<p>DIAGNOSTICO: Déficit de mantenimiento de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal. R/C con ingesta accidental de organofosforados, drenajes y dispositivos de apoyo como sonda vesical, sonda Nasogástrica, sonda plural M/P evacuaciones liquidas de 3 a 4 veces en 24hrs, oliguria, disminución de los movimientos peristálticos, eritema en zona perianal y descamación.</p>	
<p>OBJETIVO: La paciente pediátrica mejorara el mantenimiento de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, se minimizaran las posibles complicaciones y se lograra en un mediano plazo la recuperación del requisito, mediante el cuidado especializado de enfermería.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: evacuaciones, cantidad, características, drenajes y dispositivos de apoyo, control hídrico.</p>	
<p>OPERACIONES PREESCRPTIVAS:</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: apoyo educativo, parcialmente compensatorio.</p>
	<p>FUNDAMENTACION</p>
<p>Proporcionar cuidados a la sonda Foley para mantener la seguridad, la efectividad y la prevención de infecciones.</p>	<p>El sondaje predispone a la infección del tracto urinario, es necesario mantener las condiciones de asepsia, así como realizar la manipulación pertinente evitando trauma o lesión. Es necesario una vigilancia estrecha para descubrir posibles signos de infección. (Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 1177)</p>
<p>Observar las características de la orina como olor, color y transparencia de la orina.</p>	<p>La orina normal es clara, de color pajizo, levemente ácido y con un característico olor a urea, su densidad oscila entre 1.005 y 1.030, sus constituyentes normales son agua, urea, cloruro sódico y cloruro potásico, fosfatos ácido úrico, sales orgánicas y urobilina . Determinar los constituyentes anormales indicativos de enfermedad son entre otros los cuerpos cetónicos, proteínas, bacterias, sangre, glucosa, pus y cristales. (Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 939)</p>
<p>Recabar y registrar en la hoja de cuidados, los datos de bililastix y labstix. Y los resultados de pruebas en orina.</p>	<p>La obtención de orina de forma inmediata permite valorar la presencia de metabolitos organofosforados o carbamatos(urgencias en enfermería D.O</p>

<p>Llevar un control estricto de líquidos y la cuantificación de la uresis por turno.</p> <p>Cuidar higiénicamente de las partes y superficies corporales tras la evacuación intestinal; mantener limpia la ropa de la paciente y la ropa de cama.</p> <p>Anotar las características de la evacuación, consistencia de las heces, su olor y la cantidad de líquido en la evacuación.</p> <p>Exploración física del abdomen en busca de disminución de los movimientos peristálticos o dolor a la palpación.</p> <p>Proporcionar cuidados de área perianal.</p>	<p>Potter.M.R ROSE; pág. 806)</p> <p>El mantenimiento de los requisitos hídricos es la cantidad de líquido extrínseco que se necesita para reponer las pérdidas fecales, urinarias e inservibles (Terapéutica pediátrica; John W. Graef; pág. 68).</p> <p>La limpieza de la cama de la paciente es muy importante, así como ser generadora de mantener la higiene corporal del área genital de la paciente.</p> <p>Las heces fecales o excrementos o bien productos de desecho del conducto digestivo que se forman en el intestino y se expulsan por el recto están constituidas por agua, residuos alimenticios, bacterias y secreciones del intestino. (Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 632)</p> <p>La eliminación del toxico por la vía fecal es un mecanismo del organismo que permite la eliminación de sustancias que ocasionan disminución o intensificación de los ruidos intestinales y por la gravedad del toxico ocasiona laceración de la piel.</p>
<p>EVALUACION</p> <p>Se logró corregir las desviaciones del requisito por medio de las intervenciones de enfermería, manifestándose con un mejor control del balance hídrico y los cuidados del área perianal.</p>	
<p>CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS</p> <p>No se adquirió ninguna capacidad de autocuidado debido al estado de salud de la paciente.</p>	

<p>DIAGNOSTICO: Déficit de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. R/C estado de relajación y sedación, M/P periodos de ansiedad, depresión, llanto silencioso, agitación, falta de apego familiar y cuidador de 24 hrs.</p>	
<p>OBJETIVO: La paciente pediátrica adquirirá un mejor equilibrio entre los periodos de soledad y la interacción con su familia. Disminuyendo la depresión y los episodios de llanto en el momento de retirarse o término de la visita del familiar, mediante la orientación educacional del personal de enfermería.</p>	
<p>INDICADORES DE EVALUACIÓN: presencia o ausencia de; llanto, ansiedad, depresión, irritabilidad, agitación, control y equilibrio emocional.</p>	
<p>OPERACIONES PRESCRIPTIVAS:</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA: apoyo educativo, parcialmente compensatorio.</p>
	<p>FUNDAMENTACION</p>
<p>Evitar los episodios de llanto durante la ausencia del familiar.</p>	<p>La desadaptación es un trastorno de la adaptación personal al estrés o los cambios. Las enfermedades suelen provocar una conducta de desadaptación que afecta aún más la situación del enfermo. .(Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 364)</p>
<p>Orientar de forma verbal a la paciente de las políticas del hospital y los motivos por los cuales no es posible que su familiar permanezca todo el tiempo con ella.</p>	<p>Los nosocomios son instituciones que proveen cuidados a pacientes que por alguna razón sufren un déficit en los requisitos de autocuidado universal.</p>
<p>Proporcionarle información e informar a la paciente cada que se le vaya a realizar un procedimiento.</p>	<p>La comunicación terapéutica con el paciente es el proceso por el que la enfermera influye conscientemente sobre un paciente o le ayuda a una mejor comprensión basándose en la comunicación verbal o no verbal. .(Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 288)</p>
<p>Evitar los periodos de ansiedad por medio de la comunicación de los métodos invasivos y el por qué es importante de tenerlos.</p>	
<p>Incentivar a los familiares que tengan una mejor comunicación con el paciente en el momento de la visita.</p>	<p>El consejo de anticipación es la preparación psicológica, de un enfermo o familiar para ayudarlo a superar el temor y la ansiedad ante un hecho que se considera estresante. .(Diccionario de</p>

<p>Valorar la presencia de dolor por medio de escalas análogas de dolor.</p>	<p>medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 297)</p> <p>Es la sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. .(Diccionario de medicina océano Mosby Kenneth N. Anderson; pág. 413)</p>
<p>EVALUACION La paciente de forma paulatina ira mejorando su equilibrio entre la soledad y la interacción con sus familiares por medio de técnicas estratégicas implementadas por el personal de enfermería, lográndose a corto, mediano y largo plazo.</p>	
<p>Déficit de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. R/C estado de relajación y sedación, M/P periodos de ansiedad, depresión, llanto silencioso, agitación, falta de apego familiar y cuidador de 24 hrs.</p> <p>CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS Se logró que la paciente tenga una disminución en la ansiedad y agitación a lo desconocido.</p>	

DIAGNOSTICO: Déficit de mantenimiento de la promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. R/C con hospitalización M/P dependencia de los cuidados de enfermería y limitaciones en auto cuidado personal y falta de desarrollo en su entorno	
OBJETIVO: La paciente adquirirá las habilidades y las destrezas para realizarse de manera más dependiente sus acciones de autocuidado personal.	
INDICADORES DE EVALUACIÓN: autocuidado, habilidades, inquietudes, destrezas.	
OPERACIONES PREESCRITIVAS:	SISTEMA DE ENFERMERIA: apoyo educativo, parcialmente compensatorio.
	FUNDAMENTACION
<p>Explicar al paciente como realizarse el lavado de manos.</p> <p>Indicar al paciente la manera de realizar movimientos o cambios posturales en la cama.</p> <p>Explicar al familiar la forma de realizar el baño.</p> <p>Explicar al familiar de la importancia de mantener la piel lubricada, el aseo dental y el cambio de ropa diaria en el hospital.</p> <p>Mantener una buena comunicación entre el paciente y el personal de enfermería.</p>	<p>La educación en relación al autocuidado es de suma importancia. El mantener los requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidarse si mismo. El individuo debe de tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado que se han aprendido durante el proceso de educación previa o en el desarrollo de habilidades diarias.(teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado; cristina balan Gleaves, Madgalena Franco Orozco; 2009; pag)</p> <p>Los cuidados en la salud son de vital importancia, son acciones que a diario realizamos y que no se deben de omitir ya que permiten tener una mejor calidad de vida.</p> <p>Para que un determinado paciente o padre tome una decisión informada, él o ella deben de comprender la naturaleza de a la enfermedad del paciente, el pronóstico probable con y sin tratamiento.(terapéutica pediátrica; John W. Graef; 2002;pag 10)</p>
EVALUACION: la paciente mejorar su autocuidado personal al momento del egreso del hospital así como en los días de estancia.	
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO ADQUIRIDAS; la paciente y los familiares aprendieron cuales son las medidas de higiene básicas en su autocuidado personal.	

58 59
,

⁵⁸ teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado; cristina balan Gleaves, Madgalena Franco Orozco; 2009.

⁵⁹ Terapéutica pediátrica; John W. Graef; 2002.

VI.- PLAN DE ALTA

Nombre; Ma. Del Carmen Torres Pérez.

Edad: 6 años

Servicio infectología. Cama 458

DX medico: Intoxicación por Organofosforados, Neumonía.

Acciones de autocuidado específicas: baño diario, tomar alimentos 3 veces al día, verificar la limpieza de los alimentos, cepillado dental tres veces al día, cambio de ropa diaria, desinfección de alimentos, lubricación de la piel, asistencia a las consultas para seguimiento y Vigilancia de posibles alteraciones o secuelas.

MEDICAMENTOS:

- DFH 50mg vo cada 12hrs.
- Prednisona: 2.5mg. Vo cada 6hrs.
- Melox 10ml cada 12hrs.
- Loracepam: ½ v.o cada 24hrs.

RECOMENDACIONES:

- Tomar los medicamentos en un solo horario establecido por el paciente en su domicilio.
- Llevar un control del horario de ingesta de medicamentos.
- No olvidar tomar el medicamento indicado en dosis correcta.
- Tomar el medicamento con alimentos.
- No ingerir bebidas alcoholicas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

EN CASO DE PRESENTAR.

Acudir al servicio en caso de presentar los siguientes signos y síntomas:

- mal estado general,
- fiebre,
- dolor,
- perdida del estado de alerta,
- sangrado,
- dificultad para respirar.

CITAS

En consulta externa a seguimiento.

VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente caso clínico genera una visión general de la gravedad en la deficiencia del autocuidado, y se debe de enfatizar en la prevención y los cuidados de peligros en el hogar, en el área hospitalaria y en la vía pública. La gravedad de un accidente mal intencionado puede llevar hasta la muerte o dejar secuelas graves en el paciente que sufre una intoxicación con sustancias organofosforados. Las intoxicaciones afectan cada año a seis millones de niños siendo el paciente preescolar y escolar los que con mayor frecuencia presentan la ingesta de alguna una sustancia toxica de forma accidental y esta sustancia modifica las acciones de autocuidado de un paciente pediátrico.

La teoría del autocuidado es una herramienta muy importante en la elaboración de este estudio de caso ya que nos lleva de la mano y nos orienta a proporcionar un cuidado jerarquizado orientado a la recuperación en un corto, mediano y largo plazo. Es importante señalar que la teoría aplica de forma muy implícita debido a que por la gravedad y la rapidez de la acción del toxico alteran todos los requisitos de autocuidado universal y es en donde se aplica el sistema de enfermería de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio. Permite generar un criterio más amplio de conocimientos en base a este tipo de accidentes en el hogar y el riesgo para la vida y la función. Los objetivos establecidos se cumplen con la teoría ya que es un método clínico que está muy bien estructurado y diseñado de forma que es modificable con los puntos a seguir dependiendo de la prioridad de acción. En conclusión este caso me dejó mucho conocimiento y en forma personal; como personal de salud, haría mucha difusión y prevención con los padres de familia de tener bajo resguardo todas y cada una de las sustancias toxicas que se encuentren en casa. Para prevenir de tener un niño hospitalizado de prolongada estancia o en el peor de los casos, que tenga alguna secuela o bien la muerte de forma inmediata. La prevención es el mejor elemento con el que se cuenta y se debe hacer más énfasis en las precauciones generales en el domicilio.

SUGERENCIAS

- PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y PELIGROS EN EL HOGAR.
- CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN RELACIÓN A LA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS TOXICAS.
- INFORMACIÓN POR MEDIO DE FOLLETOS A LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACIÓN A COMO Y DONDE ALMACENAR LAS SUSTANCIAS TOXICAS EN CASA.
- TENER UN ESPECIAL CUIDADO CON LOS NIÑOS EN CASA, Y LAS SUSNTANCIAS MAL COLOCADAS O NO MEMBRETADAS.
- DISMINUIR LOS PERIODOS EN QUE LOS NIÑOS SE ENCUENTREN SOLOS EN CASA.
- CREAR UN FOLLETO DE FACIL ENTENDIEMIENTO PARA LOS PADRES DE FAMILIA ACERCA DE LA PREVENICION DE PELIGROS PARA LA VIDA.
- ORIENTACION A LOS FAMILIARES Y PADRES DE FAMILIA DE LA GRAVEDAD DE LA INGESTA ACCIDENTAL DE ALGUNA SUSTANCIA EXTRAÑA.
- DAR ORIENTACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA ACERCA DE LAS SUNTACIAS TOXICAS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SON INGERIDAS POR LOS PACIENTES PEDIATRICOS.
- ACTUALIZAR AL PERSONAL ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMERIA Y LA PRIORIDAD DE ACCION EN BASE A LA TEORICA QUE SE UTILIZA EN LA PRESTACION DE CUIDADOS ESPECIALIZADSOS.
- CREAR CONCIENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA IMPORTANCIA DE TENER LOS CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS ACERCA DE LAS INTOXICACIONES EN EL PACIENTE PEDIATRICO.
- TENER UN SENTIDO HUMANISTICO EN LA PRESTACION DE LOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EN EL PACIENTE PEDIATRICO.

VIII. GLOSARIO (palabras clave)

Acetilcolina: La **acetilcolina** (ACh) es un neurotransmisor y está ampliamente distribuida en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico. Su función, al igual que otros neurotransmisores, es mediar en la actividad sináptica del sistema nervioso.

Acetilcolinesterasa: es una enzima humana de la familia de colinesterasas que se encuentra en los tejidos nerviosos y los glóbulos rojos, cuya función principal es hidrolizar al neurotransmisor acetilcolina.¹

Autocuidado: Es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Carbamato: son compuestos orgánicos derivados del ácido carbámico (NH₂COOH). Tanto los carbamatos, como los ésters de carbamato, y los ácidos carbámicos son grupos funcionales que se encuentran interrelacionados estructuralmente y pueden ser ineterconvertidos químicamente. Los esteres de carbamatos son también llamados uretanos. Dentro de los carbamatos se incluyen un grupo de pesticidas artificiales desarrollados principalmente para controlar las poblaciones de insectos plaga

Colinesterasa: enzima que cataliza la hidrolisis de la acetilcolina a colina y acetato.

El Homicidio es el acto en que se causa la muerte de otra persona. Es una conducta reprochable, es decir típica, antijurídica y por regla general culpable (excepto en casos de inimputabilidad, donde no se es culpable pero sí responsable penalmente), que consiste en atentar contra el bien jurídico de la vida de una persona física.

Envenenamiento: Alteración o daño que sufre el organismo de un ser vivo por causa de un veneno.

Escolar: Período comprendido aproximadamente de los 6 a los 11 años de edad.

Inhalar: acción de aspirar aire o vapores

Inhibidor de la acetilcolinesterasa: es un compuesto químico que inhibe a la enzima colinesterasa impidiendo que se destruya la acetilcolina liberada, produciendo como

consecuencia un aumento en la concentración y en la duración de los efectos del neurotransmisor.

Intoxicación aguda: Es el conjunto de síntomas como consecuencia inmediata de la absorción de una dosis importante de un producto tóxico ingerido o inhalado en una sola vez.

Intoxicación alimentaria: es la manifestación clínica de toxicidad (intoxicación) consecuente a la exposición a sustancias tóxicas vehiculizadas por los alimentos tanto sólidos como líquidos. La intoxicación ocurre tras la ingestión de alimentos que están contaminados con sustancias orgánicas o inorgánicas perjudiciales para el organismo, tales como: venenos, toxinas, agentes biológicos patógenos, metales pesados, etc.

Intoxicación: condición o estado físico producido por la ingestión, inyección, inhalación o exposición a una sustancia toxica.

Organofosforados: productos químicos anticolinesterásicos utilizados en ciertos pesticidas y medicamentos. Actúan provocando la inhibición irreversible de la colinesterasa.

Pediatría: rama de la medicina que estudia el desarrollo y la asistencia sanitaria de los niños. Está dividida en numerosas especialidades que se ocupan de las distintas enfermedades infantiles, su prevención y su tratamiento.

Síndrome muscarínico: Provocado por la muscarina, que actúa estimulando el sistema nervioso colinérgico. Con un período de incubación breve, entre 15 minutos y tres horas, aparece un cuadro gastrointestinal agudo con náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, lagrimeo, salivación, diaforesis y rinorrea, que puede acompañarse de hipotermia, miosis, parestesias, bradicardia, hipotensión arterial por vasodilatación, cefalea, y broncoespasmo en individuos susceptibles.

Síndrome Neurológico: conjunto de alteraciones como; Ansiedad, ataxia, confusión mental, convulsiones, colapso, coma, depresión cardiorrespiratoria central.

Síndrome nicótico: Midriasis inicial, calambres, mialgias, fasciculaciones musculares. La visión borrosa se presenta en el paciente con inhibición paulatina de las colinesterasa, ocasionada por contactos continuados con el tóxico. La miosis es un signo característico en intoxicaciones por organofosforados o carbamatos, pero puede presentarse inicialmente midriasis en la fase primaria de la intoxicación, ocasionada por una liberación de adrenalina endógena, o en la fase final de la intoxicación por acción nicotínica o parálisis muscular la cual es premonitoria de muerte. Las fasciculaciones musculares, debidas a la acción nicotínica, se evidencian con frecuencia en los grupos musculares de la región palpebral, músculos faciales y de los dedos, llegando a generalizarse y persistir aún después de la muerte durante unos minutos debido a la acumulación de acetilcolina en las placas neuromusculares.

Suicidio: es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte a sí mismo. (Acto perteneciente o relativo o tendente a la autodestrucción)

Toxico: Se define como toda sustancia que es susceptible de generar, por un mecanismo químico, acciones adversas o nocivas en los seres vivos

Toxicología: estudio científico de los tóxicos, su detección, efectos y métodos de tratamiento de los mismos.

Veneno: cualquier sustancia que afecta a la salud o destruye la vida cuando se inhala, se ingiere o se absorbe en cantidades relativamente pequeñas.

IX ANEXOS.

ESCALAS UTILIZADAS

ESCALA DE GLASGOW

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
Apertura de Ojos:	
Espontánea:	4
Al hablarle:	3
Al dolor:	2
Ausencia:	1
Verbal:	
Orientado:	5
Confuso:	4
Palabras inadecuadas:	3
Sonidos inespecíficos:	2
Ausencia:.....	1
Motora:	
Obedece órdenes:	6
Localiza dolor:	5
Retirada al dolor:	4
Flexión al dolor:	3
Extensión anormal:	2
Ausencia:	1

ESCALA PARA LA VALORACION DE LA PERFUSION

SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN

Órgano	Hipoperfusión (+)	Hipoperfusión (++)	Hipoperfusión (+++)
SNC	---	Irritabilidad- Apatía	Agitado-Confuso-Soporoso
Sistema Respiratorio	---	Hiperventilación (+)	Hiperventilación (++)
Metabolismo	---	Acidosis metabólica compensada	Acidosis metabólica no compensada
Sistema Gastrointestinal	---	Hipomotilidad	Íleo
Sistema Renal	Disminución de volumen urinario Aumento de densidad	Oliguria	Oliguria-Anuria
Piel	Entecimiento del llenado capilar	EE frías	EE frías y cianóticas
Sistema Cardiovascular	Taquicardia (+)	Taquicardia (++) Disminución pulsos periféricos	Taquicardia(++) Disminución PA Sólo pulsos centrales

ÚLCERAS POR PRESIÓN (ESCALA DE NORTON)

Puntuación	Condición física general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Buena	Alerta	Ambulatorio	Plena	No
3	Regular	Apático	Camina con ayuda	Levemente limitada	Ocasional
2	Mala	Confundido	Postrado en una silla	Muy limitada	¿Generalmente sale orina?
1	Muy mala	Estupor	Postrado en cama	Inmóvil	¿Doble?

X. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- 1 *sancho sánchez,mj., loro sancho, n., **sancho sánchez, mt., peiró andrés, ma. *d.u.e. urgencias. **d.u.e. consorcio hospital general universitario de valencia. prof.asociadas dptº de enfermería. universidad de valencia. Enfermería global nº 2 mayo 2003 página 1 clínica atención y cuidados de enfermería en las intoxicaciones por productos domésticos. revistas.um.es/global/article/download/677/709
- 2 www. Monografías
- 3 En los países en los que se han desarrollado planes d educación y prevención... causa por: insecticidas organofosforados y cambamatos, pilocarpina... hay que hacer mención a las intoxicaciones por errores en la administración. Se encuentra en: www. Eccpn.aibarra.org/temario/...capitulo 153.htm en cache –similares.
4. FCM Agroquímica de México Av. Vallarta No. 6503 Local A1-6 Cd Granja Zapopan Jal. Se encuentra en: www.fmcagroquimica.com.mx.
- 5 Dres. Santiago Mintegui Raso, Javier Benito Fernández, Ana Fernández Landaluce Uso del carbón activado en las sospechas de intoxicación en pediatría. ..se encuentra en:
www.sup.org.uy/archivos/adp74-3/pdf/adp74-3_6.pdf -
- 6 Revista chilena de pediatría - Intoxicaciones en pediatría se encuentra en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-410619...>
- 7 Nuevo protocolo de tratamiento en intoxicaciones por gramoxone en el servicio de toxicología del complejo hospitalario viedma. new protocol for treatment of ... se encuentra en:
www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?...
8. Revista médica de costa rica y Centroamérica lxvi (588) 161-167; 2009. intoxicación por. organofosforados. (revisión del diagnóstico y manejo)...se encuentra en:
www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/588/art9.pdf –
- 9-Lic. Luiris Sanabria Triana1, Lic. Marta Otero Ceballos2 y Lic. Omayda Urbina laza3, Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería, rev cubana educ med super 2002;16(4) se encuentra en;
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm - 27k
- 10 Dra. Lucia Aranda Moreno Enfermería y los paradigmas emergentes, Lima Perú 2009 asociación peruana de facultades y escuelas de enfermería - aspefeen enfermería y los paradigmas emergentes; se encuentra en; <http://www.slideshare.net/coquito7379/enfermera-y-los-paradi...> –
11. Cristina Balan Gleaves, Magdalena Franco Orozco, Teorías y modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado. 2da edición, México D.F 2009, Litto Ejid. Amado Nervo 53 Col. Moderna.

¹² Paradigmas enfermería - ensayos - saidunam; 24 ene 2010; paradigmas enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México facultad de estudios superiores Zaragoza carrera: licenciatura en enfermería; se encuentra en; <http://www.buenastareas.com/ensayos/paradigmas-enfermeria/99...>

13 *Ibíd.*, PP. 71,72,73

14 Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería

15 Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de salud, Ginebra, 1978(serie" salud para todos).

16 *Ibíd.*, pp 77

¹⁷ Historia de la enfermería 24 jun 2011... historia de la enfermería. i.-teoría y método en historia de la ... rol de las enfermeras, ciencia y disciplina, las escuelas de pensamiento ; se encuentra en; http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_histor_enf.htm

18 Index de enfermería - revisión crítica de una interpretación del estudiante de la maestría ciencias de la enfermería. escuela de enfermería el pensamiento de virginia henderson en el siglo xxi"; se encuentra en; <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-129620070002000...>

19 María Luz Fernández Fernández bases históricas y teóricas de la enfermería corrientes de pensamiento en enfermería. la enfermería, como disciplina orientada a la práctica profesional (donaldson y ...se encuentra en ;<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-históricas-y...> - 109k

20 *Ibíd.*, pp 90-98

21 *Ibíd.*, pág. 112.

22. Bibliografía de Dorothea e. orem se encuentra en:

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Dorothea-Orem-Biograf%C3%ADa/501064.html>

23 Teoría y Método en Enfermería II, La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, ... por tres teorías

relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, ... se encuentra en; http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm - 196k

24 Dorothea E. Orem, año de publicación 1993, Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica., cuarta edición, Barcelona España, ediciones científicas y técnicas, S.A.

25 *Ibíd.*, pp. 246.

26 *Ibíd.*, pp. 247

27 Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida.

www.terra.es/personal/.../teorias3.htm -

28 Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada...

es.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem -

29 *ibíd.*, pp. 237-251.

30. Proceso de enfermería Wikipedia; [es.wikipedia.org/wiki/Proceso de enfermería](http://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_de_enfermeria) - En caché Similares

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro ...

31 Patricia W. Iyer, Barbara J. Taptich y Donna Bernocchi-Losey, Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermería Mc Graw-Hill/Interamericana, Madrid 1993, pp.22-26.

32 *Ibíd.* pp151,

33E ¹Índex de **Enfermería** - Un guión de **entrevista** de valoración inicial; 1Escuela Universitaria de **Enfermería**, Universidad de Jaén, España) Ahora hago las **entrevistas** con más seguridad, con mi guión" (**Enfermera, .se encuentra**

34 Enfermería Comunitaria Enfermería Comunitaria. Comunicación. Comunicador. Entrevista. enfatizar; Asistencia sanitaria esencial. Métodos. Objetivos. Salud de la comunidad.se encuentra en; <http://html.rincondelvago.com/enfermeria-comunitaria.html> - 93k

35 Exploración física - Wikipedia, la enciclopedia libre ; La exploración física o examen físico es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la Semiología clínica, que realiza el médico al, se encuentra en; http://es.wikipedia.org/wiki/Exploración_física - 43k

36 El proceso de atención de enfermería
www.terra.es/personal/duenas/pae.htm -

37 Enfermería. Historia clínica. Antecedentes y exploración física 30 Jun 2010. Capítulo Enfermería. Historia clínica. Antecedentes y exploración física del curso Enfermería profesional. Técnicas y fundamentos. Se encuentra en; <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnic...> - 37k

³⁸ *Ibíd.*em pág. 254.

39 Manual de envenenamientos prevención, tratamiento y diagnóstico, Dr Roberte H. Dreisbach, cuarta edición, editorial, el manual moderno, S,A México D.F. 1981.

40 Toxicología, Darío Córdova 5ta edición, Manual moderno, impreso en Colombia.

⁴¹ *Ibíd.*, pp. 26.

⁴² Manual de toxicología clínica prevención diagnóstico y tratamiento, Robert H, Dreisbach William O. Robertson, Manual moderno, sexta edición Mexico D.f Santa fe de bogota.

43 Fuente: Klaassen&Watkin (1999)

44 Introducción a la filosofía, Autor; Raúl Gutiérrez Sáenz: editorial esfinge Milenio; novena edición Naucalpan estado de México 2000.

45 Convención de los derechos de la niñez, cuaderno de consulta UNICEF Pant, México, 1982, Promulgada en el D.O.F., 29-5200, Legislatura Cámara de Diputados y senadores de la República Mexicana.

46 *Ibíd.*, pp 2

47 Diccionario de medicina océano Mosby; autor: editorial océano año de reimpresión.

48 Terapéutica pediátrica; autor John W. Graef del department of medicine Children's Hospital, Boston ; Editorial Marban 2002; impreso en España.

49 Fundamentos de enfermería; Barbará Kosier; 2008.

50 El programa. S.T.AB.L.E.; Kristine Karlsen; año 2000.

51 2008 Dr. M.Sc. Byron Nuñez Freile; 2008 se encuentra en; www.higienedemanos.org/node/5 -.

52 *Ibíd.* Pag 340, 117.

53 Urgencias en enfermería; D.o Potter.M.B.Rose; 1987;

54 líquidos y electrolitos fisiología y fisiopatología; Martin G. Cogan; 1993;

55 *Ibíd.* pág. 68, 69.

56 (Introducción a la pediatría; Dr. Juan de Games Eternod, Dr. German Tronconis Trens; sétima edición).

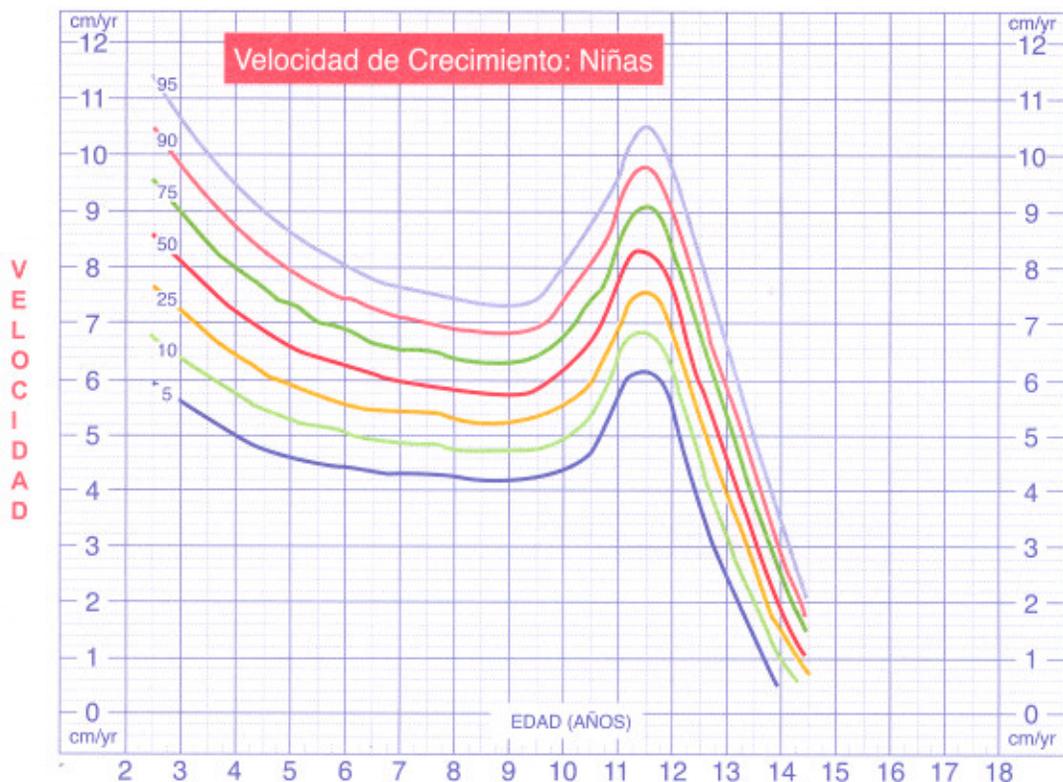
57 **Vecuronio**, bromuro de. Solución inyectable. Bloqueador neuromuscular. se encuentra en:http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Vecuronio.htm - 12k

58 teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado; cristina balan Gleaves, Madgalena Franco Orozco; 2009.

59 Terapéutica pediátrica; John W. Graef; 2002.

NIÑAS DE 2 A 20 AÑOS Velocidad de Crecimiento e Índice de Masa Corporal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____



cool.click®

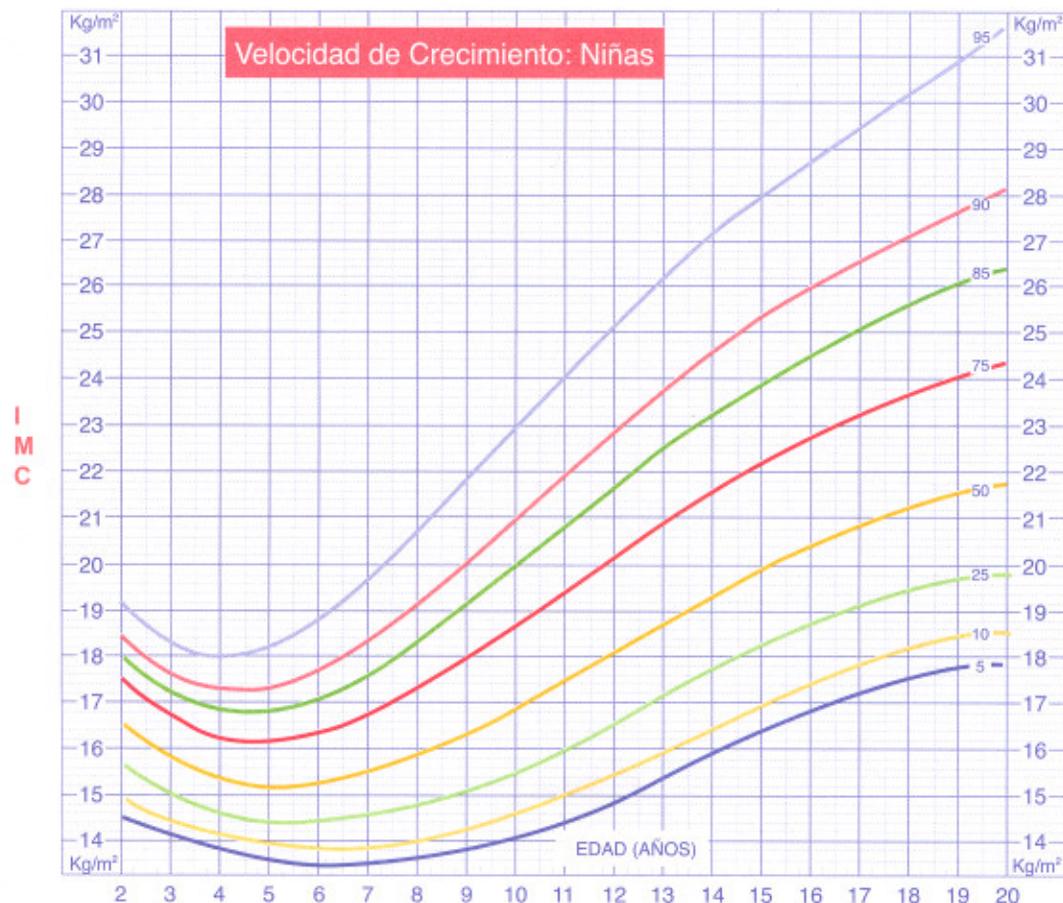
one.click®



VELOCIDAD



Fuente:
Desarrollado por el Centro Nacional
para Estadísticas de Salud
en Colaboración con el
Centro Nacional para
Prevenir Enfermedades Crónicas
y Promoción para la Salud (2000)



I M C



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE PÓSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE CASO.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ participe en el estudio de caso de Protocolo para la elaboración de un plan de cuidados en pacientes que ingresan al servicio de urgencias con Dx. Medico de intoxicación por sustancias químicas organofosforados específicamente. Cuyo objetivo principal es: El objetivo principal de este presente trabajo es crear una evidencia clara de cómo proporcionar los cuidados de enfermería a un paciente que así lo demande, o bien que las necesidades así lo requieran. Y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: los procedimientos consisten en: valorar el estado clínico del paciente y las reacciones al tratamiento y cuidados de enfermería. Y contestar en forma verbal las preguntas frecuentes, al estado de salud de mi hijo (a).

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

Nombre del responsable del estudio: Alicia Orozco granados.

Firma: 

Nombre del padre o tutor: Lorena Torres Tufiño

Firma: 

Testigos

Nombre:

Firma:

Dirección:

México, D.F. a 16 de diciembre de 2010.

Anexo

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES EN CASA

HACER UN REGUARDO DE LAS SUSTANCIAS TOXICAS DE USO COMÚN EN EL DOMICILIO.
PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y PELIGROS EN EL HOGAR.
CAPACITACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE FAMILIA EN RELACIÓN A LA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS TOXICAS.
INFORMACIÓN POR MEDIO DE FOLLETOS A LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACIÓN A COMO Y DONDE ALMACENAR LAS SUSTANCIAS TOXICAS EN CASA.
SER MUY PRECAVIDOS EN EL DOMICILIO SOBRE TODO, TENER EN CUENTA QUE ES IMPORTANTE MENCIONAR TODAS LAS SUSTANCIAS QUE SE ENCUENTREN EN FRASCOS O BOTELLAS.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



UNAM
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.



POR MI RAZA HABLARA MI ESPIRITU

PLAN DE ALTA



PLAN DE ALTA



Nombre del paciente:
Ma. Del Carmen Torres
Pérez.

Edad: 6 años

Servicio infectología.

Numero de Cama 458

DX medico: Intoxicación por Organo-
fosforados.

Neumonía.

ACCIONES DE AUTOCUIDADO ES- PECÍFICAS:

Baño diario

Tomar alimentos 3 veces al día

Verificar la limpieza de los alimentos

Cepillado dental tres veces al día

Cambio de ropa diaria

Desinfección de alimentos,

Lubricación de la piel,

Recreación, cultura y deporte.



MEDICAMENTOS

DFH 50mg vo cada 12hrs.

Prednisona: 2.5mg. Vo cada 6hrs

Melox 10ml cada 12hrs.

Loracepan: 1/2 v.o cada 24hrs.



RECOMENDACIONES DE EFECTOS SECUN- DARIOS INDESEABLES:

Adormecimiento y fatiga. (LORACEPAN)

Trastornos gastrointestinales, endocrinos y nerviosos.
(PREDNISONA)

Ataxia, nistagmo, hiperplasia gingival.(DFH)

RECOMENDACIONES GENERALES:

Tomar los medicamentos en un horario establecido por
el paciente en su domicilio.

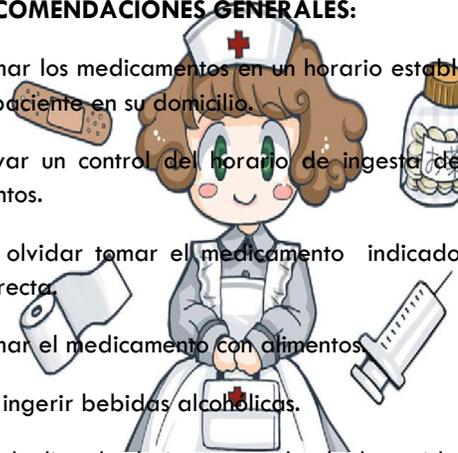
Llevar un control del horario de ingesta de medica-
mentos.

No olvidar tomar el medicamento indicado en dosis
correcta.

Tomar el medicamento con alimentos.

No ingerir bebidas alcoholicas.

No duplicar la dosis en caso de olvido accidental.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

A acudir al servicio de urgencias en caso de
presentar los siguientes signos y síntomas:

- mal estado general
- fiebre,
- dolor,
- perdida del estado de alerta,
- sangrado,
- dificultad para respirar.



CITAS

En consulta externa se da el seguimiento del
caso y próximas citas .



l n -

INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS VS CARBAMATOS

UNAM-ENEO

INP

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL
PRESENTO:

LE ALICIA OROZCO GRANADOS.

TEL: CEL 5529477989
CORREO ELECTRONICO



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Edad: _____ Servicio: _____ Cama: _____
 Fecha de Ingreso: _____
 Fecha de egreso: _____

La información que a continuación le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados de su hijo (a) en el hogar y favorecer su recuperación.

AGENTE DE AUTOCUIDADO: _____ PARENTESCO: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____

1.- ACCIONES DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICAS

1. Baño: Esponja () Tina () Regadera ()
2. Alimentación: oral () Sonda oro o nasogastrica () Gastrostomía ()
3. Curación de Sonda: () Tipo de sonda:
4. Cuidados a Catéter: () Tipo de catéter:
5. Curación de Herida Quirúrgica ()
6. Aspiración de secreciones ()
7. Fisioterapia respiratoria () Nebulizaciones ()
8. Cuidados a aparatos y dispositivos ortopédicos ()
9. Vigilancia de datos de compromiso vascular ()
10. Cuidados a estomas ()
11. Otro:

2. MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

3. OTAS

FECHA	HORA	SERVICIO

4. MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

✓ Baño diario	✓ No acudir a lugares concurridos o conglomerados
✓ Cambio de ropa diario	✓ Evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura
✓ Lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño	✓ Evitar mascotas dentro de la habitación
✓ Lavar y desinfectar alimentos	✓ Acudir a medicina preventiva para vacunas
✓ Mantener habitación limpia y libre de polvo	✓ Otro:
✓ Evitar estar en contacto con personas enfermas	

5. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

❖ Mal estado general	❖ Sangrado
❖ Fiebre	❖ Cambio de coloración de la herida quirúrgica
❖ Dolor	❖ Dificultad para respirar
❖ Pérdida del estado de alerta	❖ Otro:

EN CASO DE DUDA FAVOR DE COMUNICARSE AL (0155) 10840900. A LA EXTENSIÓN: _____

SERVICIO: _____ | CON GUSTO LO ATENDEREMOS!

M-7-0-24-a

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 POSGRADO EN ENFERMERIA INFANTIL

INSTRUMENTO DE VALORACION BAJO LA PERSPECTIVA TEORICA DEL AUTOCUIDADO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Factores descriptivos

Nombre del paciente: _____

Sexo: _____ Edad cronologica: _____ Edad de desarrollo: _____

Estado de desarrollo	Talla _____	Signos Vitales	FR	
	Peso _____		FC	
	Talla blanco: _____		TA	
Estado de salud	Agudo _____		TEMP	
	Crónico _____	tipo y factor RH		

Escolaridad: _____ Lugar en la familia _____

Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Cuidador primario: _____

Alergias _____

Control Prenatal:	no	No. De consultas
	si	

Gesta _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Partos _____

Vía de nacimiento _____ APGAR _____

Esquema de vacunación completo	si	porque _____
	no	

Inspección general (observacion cefalocaudal)

--	--	--	--

Patron de vida

Descripcion de un dia cotidiano

Hábitos higiénicos	baño		Habitos dieteticos	comidas al dia
	cambio de ropa			numero de tomas de leche en 24 horas
	aseo dental			horarios de alimentación
	lavado de manos			

Factores Ambientales

Zona geografica	urbana	Flora	- no	si	culaes (tipo)
	suburbana				
	rural				
		Fauna			

Localización de industrias cercanas al domicilio
especificaciones del giro

Servicios domiciliarios	agua	luz	drenaje	alumbrado público	pavimentación	gas	otro

Características de la vivienda

Número de habitaciones _____	Distribución				

Construccion	Techo:	lamina	carton	concreto	otro
	Paredes:	lamina	tabique	concreto	otro
	Piso:	cemento	mosaico	madera	otro

Ventilación _____

Iluminación _____

Eliminación de basura _____

Disponibilidad y adecuación de los recursos

Seguridad Social no si _____
Disponibilidad de los servicios de salud _____

Ingreso económico mensual en la familia _____

Distribución de los recursos	salud	
	alimentación	
	educación	
	recreación y cultura	
	otros	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

VALORACION DEL DESARROLLO DEL MOTOR GRUESO

Edad en meses	Manifestaciones	presente
1 a 4	Sonríe y sigue objetos con la vista	
2 a 4	Sostiene la cabeza, trata de alcanzar objetos	
3 a 4	Balbucea, reconoce a su madre y muestra gusto por la música	
4 a 6	Se rueda por sí mismo	
6 a 8	Se mantiene sentado sin ayuda, prehensión palmar, lleva objetos	
7 a 10	Primeras sílabas, se sienta solo y se voltea	
8 a 10	Gatea, transfiere objetos de una mano a otra	
9 a 11	Hace prehensión digital con el pulgar y el índice	
10 a 12	Se incorpora ayudándose	
12 a 14	Se mantiene de pie sin ayuda	
12 a 15	Camina, repite palabras y obedece órdenes sencillas	
15 a 18	Sube escaleras	
15 a 24	Corre sin caer	
15 a 24	Control de esfínter anal	
2.5 a 5 años	Control del esfínter vesical	

VALORACION DE GESSELL

CORTE ÁREAS	4	16	28	40	1	18	2
	SEMANAS	SEMANAS	SEMANAS	SEMANAS	AÑO	MESES	AÑOS
MOTRIZ	Mantiene posición asimétrica, reflejo tónico cervical Rueda hacia el costado. Al intentar sentarse la cabeza o se hacia atrás En posición prona levanta momentáneamente la Cabeza. Aprieta las Manos fuertemente y al contacto las cierra	Predomina la posición Simétrica. Sus manos se Encuentran. Al sentarse la cabeza se mantiene firme hacia adelante En posición prona las piernas están extendidas o semiestendidas. Tiende a rodar Retiene algunos objetos	Etapa intermedia en el camino hacia la posición erguida. La acomodación ocular se haña mas avanzada que lo manual. 		Gatea con destreza, se para sin ayuda pero sin equilibrio. Se desplaza de costado con ayuda de sostén. Prehensión fina hábil. Sueña las cosas voluntariamente. Hace rodar un balón 	Dominio parcial de piernas. Avanzo veloz con paso tieso. Sube escaleras con ayuda. Coloca un cubo sobre otro al primer intento. Arroja el balón	Hay progreso en la coordinación motriz fina. Expresa emociones saltando, bailando aplaudiendo, riendo, chillando. Tiene tobillos y rodillas más flexibles. Corre, sube y baja escaleras solo, patea la pelota.
ADAPTIVA	Mira los objetos solo cuando están en línea de visión Si toma algo cae inmediatamente de la mano Si escucha una campana su actividad disminuye	Mira los objetos inmediatamente y provocan la actividad de sus miembros superiores. Sostiene y toma lo que mira y algunos los lleva a la boca.	Ojos y manos funcionan en estrecha interacción, inspeccionando objetos. La conducta manipuladora-perceptual es de gran actividad, no se trata de una recepción pasiva.	Es capaz de agarrar con prehensión en forma de pinza. La importancia de la boca disminuye. Inicia interés táctil y visual por detalles. Consciencia de continente y contenido, de cima y fondo, lado y lado y de causa y efecto	Apreciación de la forma, perceptividad hacia lo redondo. Pone un objeto sobre otro por un momento Sensibilidad para modelos imitativos. Realiza garabatos. Progreso en juego social modelo de dame y toma.	Relaciones geométricas del medio físico que lo rodea. Los dibujos son burrosos, son significados para él. Hábitus perceptual reflejado en la forma significativa de su comportamiento	Progreso en atención, puede hacer tareas repetidas durante más tiempo, se amplía la acción de la memoria no discrimina color. Es pobre en imaginación directa y normatividad de geometría manipulatoria.
LENGUAJE	Aun su faz es inexpressiva. Su mirada es vaga e indirecta Realiza pequeños ruidos gestuales.	La expresión es entusiasta, respira y ríe fuertemente. 	Gran cantidad de vocalizaciones espontáneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y diptongos. El bebé establece relaciones sociales con personas específicas	La creciente destreza de labios y su facultad imitativa, favorece la vocalización articulada. Sensibilidad para las impresiones sociales, tiende a imitar ademanes, gestos y sonidos, responde a su nombre y posee una o dos palabras en su vocabulario articulado.	Reciprocidad social, repetición e imitación de palabras familiares. Atrae la atención con toses y chillidos. Al ver su imagen al espejo, contacto visual y vocalizaciones	De naturaleza ensimismada, se comunica con ademanes y palabras. Vocabulario de 10 palabras bien definidas. Uso de palabras y ademanes. Comprensión significativa. Responde a órdenes simples	Vocabulario de alrededor de 300 palabras. Canta frases de 3 palabras, no piensa ni habla en párrafos. 
PERSONA SOCIAL	Cuando mira su actividad disminuye, mira indefinidamente.	Sonríe espontáneamente Permanece sentado entre 10 y 15 minutos con ayuda Desarrolla juego manual.	El bebe es relativamente reservado, habiendo adquirido tan notable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores.	Le gusta tener gente a su alrededor, su sensibilidad al medio social le permite apreciar algunas gracias infantiles. Capacidad de reconocer un extraño sistema de mayor madurez social.	Repetición de acciones que le son festejadas. Inicio de sentido de personalidad. Reacción frente a la música. Primitivo sentido del humor. Se alimenta solo con sus dedos. Actitud sociable Perceptividad a las emociones de los demás	Independiente en sus juegos, hace pequeños mandados en casa, llevando o buscando cosas. Reaccia a los cambios de la rutina. Se aterra a sus ideas como a sus bienes. Egocentrismo. Las palabras significan poco.	Interés por la propiedad de las cosas personas. Los contactos sociales son escasos y breves. Ayuda a vestirse y desvestirse. Tiene noción de su posición en la jerarquía social. Dramatiza la relación madre-hijo

Valoración de Silverman anderson

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Adaptabilidad pulmonar _____

Factores fisiologicos _____

Factores psicologicos _____

2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AGUA Y ALIMENTO SUFICIENTE

Consumo de agua al día (ml) _____
 Tipo de agua que consume _____
 porque? _____

Ingesta de leche (ml) _____ Tipo de leche _____

Ingesta de otro tipo de líquidos	refresco (ml)	_____	otro (ml)	_____
	Thè(ml).	_____	_____	_____

Valoración física

	hidratadas	semihidratadas	secas	Observaciones
mucosas orales				
lengua				
fontanelas	Deprimida (+)	Deprimida (++)	Deprimida (+++)	
Globos oculares	Normales	humdidos (+)	hundidos (++)	
Piel	seca	hidratada	escamosa	
Signo de lienzo				

Volumen urinario	oliguria	poliuria	anuria	Gasto fecal	

Aporte de líquidos intravenosos en 24 horas _____

Nutrición enteral _____

tipo de dieta _____ Número de alimentos en 24 horas. _____

Tipo de alimentación _____

Alimentos preferidos	Alimentos permitidos

	succion	deglución	masticación
factores mecanicos			
factores fisicos			

Tolerancia a la vía oral PA preprandial _____ PA postprandial _____

Suplementos alimenticios _____

Dispositivos de apoyo para la alimentación

Ablactación	edad _____
	tipo de alimento _____
	progresión _____

Cavidad oral	alteraciones _____
	condiciones dolorosas y obstructivas _____
	limpieza _____
	dentición _____

Habitos alimenticios	come en la calle _____
	quien cocina los alimentos en casa _____

Rechazo a algun tipo de alimento y/o liquido

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por no ajustarse a normas culturales o gustos personales

Rechazo a algun tipo de alimento o liquido por incompatibilidad fisiologica (absorción, patologia o alergias)

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y
LOS EXCREMENTOS

Evacuaciones	cantidad en 24 horas _____	Uresis	cantidad en 24 horas _____
	cacteristicas _____		cacteristicas _____
	_____		_____
	Alteraciones anatomicas _____		Alteraciones anatomicas _____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	Dificultad o dolor para la evacuacion _____		Dificultad o dolor para la miccion _____
	_____		_____
	_____		_____

Perspiración	Menstruación
	Menarca _____
	Emociones y sentimientos _____
	Manejo del entorno _____
	Cuidados asociados _____
Perdidas Insensibles	Periodicidad _____
	Dolor asociado _____

Drenajes y/o dispositivos de apoyo	Ventriculostomias _____	Ileostomía _____
	_____	_____
	Esofagostomia _____	Yeyunostomia _____
	_____	_____
	Sonda Nasogastrica _____	Gastrostomia _____
	_____	_____
	Sonda Orogastrica _____	Colostomia _____
	_____	_____
	Sonda Mediastinal _____	Sonda Vesical _____
	_____	_____
Sonda Pleural _____	Penrose _____	
_____	Otro _____	
_____	_____	

Factores que dificultan los procesos de eliminación asociados en el ambiente, entrono social y/o psicologicos

Realiza alguna actividad que favorezcan los procesos de eliminación

no	si	cual
----	----	------

Auscultación, persuisión y palpación de abdomen y sisitema genitourinario

Hipogástrio

Mesogastrio

Hipocondrio

Hipocondrio derecho

Hipocondrio izquierdo

Flanco derecho

Flanco izquierdo

Fosa iliaca derecha

Fosa iliaca izquierda

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Trastornos del sueño no si No de horas de sueño _____
 cual _____

estado de conciencia	conciente	estupor	coma
	inconciente	narcosis	otro

actividad	activo	incapacidad
	hipoactivo	debilidad
	hiperactivo	otro

Factores humanos que intervienen en la movilidad	Apatía	_____
	Incapacidad	_____
	Inmovilidad prescrita con propositos terapeuticos	_____

Realiza alguna actividad fisica, social, cultural que fomente u desarrollo

si	Cual	_____
no	por que	_____

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

Actitud	Normal	Comunicacion con los demas _____ _____ _____
	Deprimido	
	ansioso	
	agitado	
	otros	

Cuenta con personas fuera del ambiente familiar con quien conviva

no	si	quienes _____
----	----	---------------

Siente miedo por algun motivo _____

tipo de personalidad	amoroso	Observaciones _____ _____ _____ _____ _____ _____
	bondados	
	indiferente	
	egoista	
	autonomo	
	dependiente	
	manipulador	

participacion del agente de cuidado dependiente

Exposicion a abusos

Busca apoyo para desarrollo personal

Se siente aceptado en la familia o-grupo social

VALORACION DE NORTON

CONDICIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
Buena	Orientado	Deambula	Total	control	4
Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria	2
Muy mala	inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria - Fecal	1

VALORACION DE CRICHTON

VALORACION DEL ESTADO DEL PACIENTE	
VALORACIÓN RIESGO	PUNTUACIÓN
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	10

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CÓDIGO
Alto riesgo	4 a 10	ROJO
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE