



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

**ESTUDIO DE CASO A UN PREESCOLAR CON DEPENDENCIA
EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA POR
SÍNDROME DE WEST**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL
PRESENTA:
L.E.O. SUSANA ISABEL CERVERA SANCHEZ

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



LEÓN, GUANAJUATO, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

OBJETIVO GENERAL:	1
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	1
1. MARCO TEORICO	2
1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS:.....	2
1.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:.....	9
1ª. ETAPA: VALORACION:.....	14
2ª. ETAPA: DIAGNOSTICO:.....	25
3ª. ETAPA: PLANEACION	31
4ta ETAPA EJECUCION DEL PLAN:	43
5ta ETAPA EVALUACION:	48
1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON.....	54
ESCUELAS DE ENFERMERIA.....	55
DATOS BIBLIOGRAFICOS DE VIRGINIA HENDERSON	56
CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA:	58
RELACION DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA: 60	
NECESIDADES BASICAS:.....	64
FUENTES DE LA DIFICULTAD:.....	68
GRAFICA DEL CONTINUM DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA:.....	70
GRAFICA TIEMPO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA	72
SUPUESTOS:.....	73
VALORES:	73
PRINCIPIOS O POSTULADOS	74
ENUNCIADOS TEÓRICOS.	74
1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	77
HISTORIA DE LA BIOÉTICA:	79
BIOETICA:	81
CODIGO DE ETICA:	82
CAPITULOS DEL CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO	87
DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA:.....	90
PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	91
CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	92
DERECHOS DE LOS NIÑOS	97
CARTA EUROPEA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS	98
RELACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON	102
1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA SINDROME DE WEST.....	104
CLASIFICACION DE LAS CRISIS EPILEPTICAS:.....	104
INCIDENCIA:	106

ETIOLOGIA:.....	106
FISIOPATOLOGIA:	106
MANIFESTACIONES CLINICAS:	107
DIAGNOSTICO:.....	108
PRONOSTICO:.....	108
TRATAMIENTO:	108
2. METODOLOGIA:	110
2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	110
ANALISIS DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	112
2.2 METODOS E INSTRUMENTOS:	116
2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNOSTICO:.....	117
2.4 PROCESO DE PLANEACION:.....	121
2.5 PLAN DE ALTA	147
3. RESULTADOS:.....	150
4. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE CASO:	151
5. BIBLIOGRAFIA:	153
6. ANEXOS	156
6.1 Historia Clínica de enfermería	156
6.2 Hoja de Reporte Diario	156
6.3 Hoja de Consentimiento informado	156
6.4 Escalas	156
6.5 Tríptico Plan de Alta	156

Gracias a Dios por haberme dado vida y fuerza para la culminación de la especialidad.

Para mis hijas Dulce y Andrea por hacerme pensar día a día en todo lo bueno de éste mundo. Para mi familia que me apoyo en la realización de éste proyecto. Dios los bendiga.

INTRODUCCION:

La enfermería se encuentra en un periodo crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero o, como diría Khun, puede afirmarse que la ciencia de los cuidados se halla inmersa en plena revolución científica, es decir “las enfermeras están empezando a ver el mundo de otra forma”.

La responsabilidad profesional de las enfermeras se debe centrar en proveer intervenciones de enfermería de alta calidad para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y obtener resultados positivos en salud. Si aceptamos este hecho, asumiremos que el cuidado cotidiano de los pacientes hace que cada día la enfermera se enfrente a múltiples interrogantes para las que necesita encontrar soluciones, lo cual resulta importante cuando de estas respuestas depende la toma de decisiones (que se convertirán en las intervenciones de enfermería) que serán sin duda más útiles, adecuadas y pertinentes acorde a la situación particular de cada paciente bajo su responsabilidad.

La especialidad en enfermería infantil profundiza aspectos teóricos, metodológicos y tecnológicos encaminados a la práctica y refuerzan aspectos esenciales de la disciplina como es el Proceso de Atención de Enfermería y los modelos de cuidados.

El proceso de enfermería es un método sistemático centrado en el paciente para estructurar la administración de la asistencia de enfermería. El proceso de enfermería conlleva la obtención y el análisis de los datos con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y sus problemas de salud potenciales o reales y el desarrollo y revisión continuos de un plan de intervenciones de enfermería para conseguir resultados acordes entre sí. En todos los estudios del proceso el profesional de enfermería trabaja con el paciente para individualizar la asistencia y construir una relación de confianza y respeto mutuos.

El hecho de adoptar un modelo de enfermería que sustente, guíe el proceso de atención de enfermería y mejore la continuidad y la calidad de los cuidados es sumamente importante. Tal es el caso de la propuesta filosófica hecha por Virginia Henderson, en la que establece que la

independencia de un individuo es alcanzada por la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus 14 necesidades básicas, que al presentar limitaciones para satisfacerlas, por falta de fuerza, conocimiento o voluntad, entonces el individuo será dependiente, situación en la cual intervendría el profesional de enfermería que permitiría (según su actividad de ayuda o suplencia) lograr nuevamente la independencia (o salud) en todo este proceso siempre tomando en cuenta los aspectos socioculturales, económicos, religiosos, la familia y el equipo de salud.

Enfermería como profesión prestadora de servicios de salud, es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, por ello debe efectuar con conocimiento, destreza y eficiencia la atención que brinda. Con la aplicación del PAE podrá evaluar constantemente la calidad del cuidado que presta, además permite al profesional dar solución a problemas ya que puede actuar con habilidad y éxito con sus pacientes en cualquier escenario donde desarrolle su práctica y da la oportunidad de unificar criterios en la asistencia del cuidado integral del paciente.

Como parte inherente a la práctica profesional de enfermería se consideran los aspectos éticos para la realización de este estudio, tomando en cuenta el respeto a la autonomía por medio del consentimiento informado al niño y a sus padres, evitando el engaño, explicando y tratando de obtener su cooperación durante los procedimientos a realizar. Así como también los principios de beneficencia y justicia.

Llevar a la práctica conceptos abstractos, como la propuesta de Virginia Henderson es factible en el área de enfermería infantil y permite ver al individuo como un ser integrante en su entorno familiar, con diferentes necesidades y no únicamente en la biológica. Además se ve beneficiada la práctica de la enfermera al contar con una base teórica para destacar su acción independiente, sin olvidar la importante actuación interdisciplinaria en la atención del individuo.

El presente trabajo describe a un paciente preescolar con dependencia en la necesidad de movimiento y postura por Síndrome de West y está conformado por 2 capítulos:

1. El marco teórico que abarca la revisión de artículos científicos relacionados, PAE, propuesta filosófica de Virginia Henderson, aspectos éticos y factor de dependencia.
2. Metodología que abarca la descripción del caso, los métodos e instrumentos utilizados, el proceso de construcción de diagnósticos y de planeación hasta el plan de alta.

La aplicación de la propuesta de las necesidades fundamentales a través del proceso de atención de enfermería nos demuestra que para proporcionar cuidados de enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades que este estudio de caso ha permitido.

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un estudio de caso aplicando el proceso de atención de enfermería a un preescolar con dependencia en la necesidad de movimiento y postura por Síndrome de West en el Hospital Regional de Alta Especialidad de León Guanajuato, durante el periodo de noviembre 2011 a junio 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar valoración exhaustiva y focalizada de enfermería al preescolar e identificar las fuentes de dificultad de la necesidad de movimiento y postura.
- Elaborar los diagnósticos de enfermería vinculados a las fuentes de dificultad y los datos subjetivos y objetivos identificados.
- Elaborar un plan de intervenciones de enfermería especializado y desarrollar estrategias para lograr la independencia.
- Integrar a la familia en el cuidado del preescolar para mejorar el confort y calidad de vida.

1. MARCO TEORICO

1.1 ESTUDIOS RELACIONADOS:

La práctica clínica basada en la evidencia es “la utilización consiente, juiciosa y explícita de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes”.¹

La formación del especialista requiere de un espacio de reflexión constante, búsqueda y análisis de su propia práctica profesional que paralelamente les permita adquirir un nivel mínimo de habilidad para cuestionar su práctica, utilizar las bases de datos, bibliotecas digitales y otros espacios web generales y especializados para el ámbito de enfermería, que permita la conexión entre la teoría y la práctica que se ejerce en el escenario del cuidado.

Con el objetivo de tener un sustento teórico y debido a que la enfermería debe estar asentada firmemente en la investigación, realicé una revisión bibliográfica detallada de evidencia científica en bases de datos como Cuiden, Cochrane, Medline, Index, Ebsco etc., en las cuales diferentes autores utilizaron la propuesta filosófica de las 14 necesidades básicas de V. Henderson como marco teórico en conjunto con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicado al paciente pediátrico.

Cabe mencionar que encontré cuatro artículos del factor de dependencia de éste estudio (Síndrome de West) y se seleccionaron diez artículos más publicados en diferentes revistas de enfermería, los cuales fueron aplicados a pacientes pediátricos, utilizando la propuesta filosófica de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. A continuación emito el análisis de la lectura crítica de dichos artículos:

Ruíz en el 2007 realizó un estudio titulado “Proceso de Enfermería en una Paciente con Insuficiencia Renal Crónica” en el cual aplicó el PAE a una paciente adolescente (19 años), femenina, con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica hospitalizada en el Hospital General de Comitán,

¹ Fuentelsaz , C. Moreno, T. et. al. (2001) *Glosario de términos para la práctica clínica basada en evidencia*. Enfermería clínica, 12(4), 173-181.

Chiapas. Este autor empleo el modelo conceptual de Virginia Henderson y valoró las 14 necesidades básicas de la paciente, con la finalidad de satisfacerlas mediante la aplicación del PAE. Con éste se aseguró la calidad de los cuidados, se facilitó la intervención y se brindó atención individualizada a la paciente. La conclusión a la que llegó dicho autor es que es fundamental utilizar el PAE basado en un modelo de cuidados que permita valorar, establecer objetivos, realizar diagnósticos de enfermería, planear, ejecutar y evaluar las acciones de enfermería encaminadas a la satisfacción de las necesidades.²

En el 2008 Solís elaboró un “Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación”, el cual se realizó a una lactante mayor (1año, 4meses), femenina, miembro de una familia nuclear de tres integrantes originarios del Distrito Federal en septiembre del 2008 con dependencia en la necesidad de oxigenación. Este estudio se realiza con el modelo conceptual de las 14 necesidades propuesto por V. Henderson. Dichas necesidades se jerarquizaron y el resultado fue que recuperó la independencia en la necesidad de oxigenación. Se concluye que con el PAE pueden planearse cuidados individualizados y se puede llevar a cabo con pacientes pediátricos. Con el Modelo propuesto por V. Henderson podemos identificar la alteración en las necesidades básicas en ésta etapa de la vida, además permite que enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar un seguimiento al paciente durante su estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio.³

En el 2001 Sánchez presenta un caso titulado “Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura” on la finalidad de dar a conocer la metodología aplicada en un estudio de caso de un adolescente (13 años), masculino en el Hospital de Pediatría CMN siglo XXI con diagnóstico médico de desplazamiento epifisiario femoral bilateral, por lo tanto con alteración en la necesidad de Moverse y Mantener una buena postura de acuerdo con el modelo de las 14 necesidades de V.

² Ruiz, L. y Tovar, M. (2007, septiembre). *Proceso de Enfermería en una paciente con insuficiencia renal crónica*. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 15(8), 377-380.

³ Solís., M. (2008, octubre). *Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación*. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 16(9), 414-417.

Henderson; orientada con el proceso de enfermería como el método científico de resolución de problemas del paciente. Se solicitó la autorización por escrito del padre en una carta de consentimiento informado. La recolección de datos se hizo a través de un instrumento, haciendo énfasis en la exploración física utilizando el método clínico llegando así a un análisis cualitativo de donde se derivan los diagnósticos jerarquizados de enfermería, de acuerdo al grado de independencia-dependencia que se presentó en el continuum según criterios de Phaneuf; para posteriormente planear, ejecutar y evaluar cada una de las intervenciones de enfermería. Se concluye que gracias a la metodología aplicada se logró identificar los problemas básicos del paciente, lo cual permitió realizar un plan de intervenciones de enfermería que favoreció la resolución de necesidades alteradas.⁴

“Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía” es el título del estudio que realizó Espinosa en el 2003 sobre un lactante mayor (1 año, 4 meses) masculino, con diagnóstico médico de neumonía, que ingresa a un hospital de tercer nivel en el Distrito Federal. Se valoraron las 14 necesidades propuestas por V. Henderson y se describen a continuación los datos de dependencia independencia más relevantes, se detectaron las fuentes de la dificultad y el grado de dependencia de cada necesidad. Se benefició al paciente mediante un cuidado integral con un sentido humano. Este autor concluyó que para proporcionar cuidados de Enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades, que es factible aplicar en el área de enfermería infantil la propuesta de V. Henderson y ver al individuo como un ser integrante en su entorno familiar, con necesidades diferentes. La práctica de enfermería se beneficia al contar con una base teórica y metodológica e instrumental como la llevada en éste estudio de caso.⁵

En el 2006 Zapatero, Quilchano y Ausin con el título “Plan de Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias” presentaron un plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias, el cual fue

⁴Sánchez, V. (2001). *Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura*. Revista de Enfermería IMSS, 9(2), 91-96.

⁵ Espinosa, V. y Franco, M. (2003, enero-febrero). *Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía*. Desarrollo Científico de Enfermería, 11 (1), 24-29

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

Sánchez y Espinoza realizaron un caso clínico en el 2008 titulado “Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica” con el objetivo de lograr la independencia de la joven adolescente (11 años), originaria del Estado de México con diagnóstico de amputación pélvica bilateral. Los datos se obtuvieron de la paciente, familiares, expediente clínico y referencias bibliográficas; se validó la información mediante observación, entrevista y exploración física. Se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con el modelo de atención de las 14 necesidades de Virginia Henderson, así como la historia clínica, el consentimiento informado, propuesta de Phaneuf para determinar el grado de independencia-dependencia de cada necesidad. Se encontró que la paciente estaba en un grado de dependencia 5 y se logró disminuir a 2 ya que después de 36 hrs. de la cirugía ella se movilizaba en cama y se desplazaba en silla de ruedas. Llegando a la conclusión de que la aplicación del PAE en conjunto con el modelo de V. Henderson son herramientas de mucha utilidad en el momento de brindar los cuidados, pero debe contarse con conocimiento y destreza en su aplicación. Incluir a la familia en todo momento resulta de mucha utilidad ya que permite fomentar y reforzar los lazos afectivos.⁷

En el 2002 Rodríguez y Ferrer realizaron un estudio en una Unidad de Lactantes. Complejo Hospitalario Juan Canalejo en Coruña, España titulado

5. Zapatero, I. Quilchano, B. et. al. (2006, enero-febrero-marzo). *Plan de Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias*. ENFURO, (97), 6-9.

⁷ Sánchez, N. y Espinosa, V. (2008). *Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica*. Desarrollo científico de Enfermería, 16(6) , 276-279.

“Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una Unidad de Lactantes” con el objetivo de determinar la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de V. Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica. Cuantificar los diagnósticos de enfermería vinculados a cada necesidad e identificar la relación entre sexo y edad. Fue un estudio observacional y de prevalencia, descriptivo. La población de estudio está constituida por todos los informes de alta de enfermería elaborados a los pacientes ingresados en el periodo comprendido de 21-10-1999 hasta 21-02-2000. Se analiza un total de 173 informes de enfermería al alta. El resultado fue que las necesidades y los diagnósticos más prevalentes han sido: evitar peligros (90.9%) con los asociados de riesgo de traumatismo (82.4%) y riesgo de infección (66.5%) mantener la temperatura adecuada (68.8%) hipertermia (56.8%). Llegando a la conclusión de que la programación de los cuidados individualizados, empleando el modelo de V. Henderson, nos orienta tanto en actuaciones hospitalarias inmediatas como a la derivación y seguimiento extrahospitalario. La edad es determinante en la presencia de diferentes problemas de enfermería. Dada la significativa prevalencia de los diagnósticos de riesgo, podemos afirmar que las actividades de prevención son un elemento fundamental en el manejo de los niños ingresados. La utilización de una clasificación de diagnósticos de enfermería informatizada aporta una serie de ventajas tanto en el ámbito asistencial como en el docente, gestor y el investigador.⁸

Ángeles, Barreto y Bolaño realizaron un estudio de caso en el año 2009 titulado “Proceso de cuidado de enfermería en un escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1 en un Hospital Nacional de Chilacayo, Perú”. Se realiza el estudio de caso para brindar los cuidados de enfermería una niña en etapa escolar (6 años, 7 meses) con diagnóstico de parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1. Se identificaron los problemas o riesgos que afectan la salud de la escolar y planificar los cuidados respectivos. Se utilizó el proceso de cuidado de enfermería: la valoración, con instrumentos

⁸ Rodríguez, A. y Ferrer, M. (2002). *Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes de Henderson en una unidad de lactantes*. *Enfermería Clínica*, 12(6) , 255-261.

como la entrevista, la exploración física, la observación y la visita domiciliaria, luego se estableció y priorizó las necesidades alteradas según V. Henderson. En la segunda etapa: formulación de diagnósticos, que para formularlos se hizo necesaria la revisión teórica de Regina Waldow, además las teorías psicosociales, así como la literatura ya que fue la principal fuente para la fundamentación, finalmente se estableció los problemas reales y potenciales. Posteriormente se planificaron los cuidados necesarios fomentando la conservación de la integridad tanto física, social, psicológica y espiritual de la persona. Los cuidados se brindaron en un 70% del total y se realizó una evaluación reflexiva de todo su desarrollo permitiendo realimentar o proponer nuevos cuidados. La conclusión a la que llegó el autor es que el proceso de cuidado, permite proporcionar y optimizar estilos de vida saludables en la niña, con la ayuda de la familia para alcanzar su bienestar.⁹

En el año 2005 Pacheco realizó un estudio titulado “Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena”. Se trató de un lactante menor (3 meses), masculino, con diagnóstico de coartación aórtica con conducto arterioso persistente e hipertensión arterial pulmonar que ingresa al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez al servicio de Cardiopediatría. Utilizando el modelo conceptual de V. Henderson se valoran las 14 necesidades de Virginia Henderson, se realizan los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA y se elabora un Plan de Intervenciones de Enfermería. El paciente presentó complicaciones que comprometieron gravemente su salud (ventilación mecánica prolongada, alteraciones metabólicas y nutricionales, etc.) Este autor concluyó que la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente pediátrico dirigido al éxito de su tratamiento, por lo que la utilización de un plan de intervenciones de enfermería como herramienta básica durante el ejercicio de la profesión ayuda a jerarquizar las necesidades del paciente con el fin de proporcionar una atención de alta calidad y calidez humana¹⁰

⁹ Angeles, Y. Barreto, M. et. al. (2010). *Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital Nacional de Chilacayo, Perú*. Revista Enfermera Herediana, 3(1), 43-48.

¹⁰ Sierra, M. (2006, Enero-Abril). *Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14(1), 16-23.

En octubre 2010 Mondragón y Macín colaboradores realizaron un estudio de caso titulado “Proceso Enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11”, el cual tenía como objetivo desarrollar un plan de intervenciones de enfermería específica, oportuna y de calidad a dicho paciente. El cuidado de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, en el cual se considera al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir su independencia, como piedra angular en la atención del paciente con síndrome de deleción 22q11. Se realiza la valoración focalizada de las 14 necesidades, identificándose 5 diagnósticos de enfermería, utilizando el formato PES y realizando un plan de intervenciones para cada uno de los diagnósticos. Se hace referencia que los niños con síndrome de deleción presentan trastornos del lenguaje, aprendizaje y aislamiento, por lo tanto la enfermera debe trabajar con técnicas de estimulación temprana y terapias de lenguaje, así como favorecer las necesidades básicas para poder integrarlo a la sociedad.¹¹

Los artículos analizados y otros existentes en la literatura, sirven de guía para la realización de otras publicaciones. La práctica de enfermería basada en la investigación ofrece mejores resultados que la práctica habitual. Asimismo, el especialista que avanza en la capacidad de cuestionar la práctica, de pensar diferente y buscar nuevas formas de cuidar y tomar decisiones, debe ser capaz de comunicarlo en trabajos académicos de calidad científica.

La enfermería basada en la evidencia solo tendrá futuro si las enfermeras nos planteamos un cambio en la filosofía enfermera y empezamos a cuestionar nuestra forma de entender y practicar la enfermería, con pruebas científicas de distinta naturaleza.

¹¹ Mondragón, A. y Macín G. (2010, septiembre-diciembre). “Proceso Enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de deleción 22q11”. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 18(3) 82-86 .

1.2 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:

Desde el inicio de la profesión, las enfermeras han elaborado juicios acerca de las situaciones del paciente. En los pasados 40 años, la enfermería ha progresado a través de varias etapas de crecimiento y evolución profesional. Un componente esencial fue la búsqueda de una identidad profesional, incluyendo la definición del dominio de enfermería.

El **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es el resultado de los esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX para sistematizar los cuidados con el propósito de hallar un método que permitiera estimar la calidad de las intervenciones de los profesionales de la Enfermería. Estas afirmaciones conducen al nacimiento de un proceso de intervención producto de la corriente reflexiva acontecida en el nacimiento que todos conocemos como Modelos teóricos de Enfermería.

Hall creó el termino proceso de enfermería en 1955 al decir en una conferencia "*la asistencia sanitaria es un proceso*" que tiene como preposiciones fundamentales al paciente, para y con el paciente. Sin embargo fue hasta la siguiente década cuando se inicia el interés por el proceso y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollan un proceso de tres partes y fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería. Desde entonces varios profesionales de enfermería han descrito el proceso de la enfermería y organizado las fases de diferentes formas, tal como Yura y Walch (1967), quienes describen un proceso de 4 partes (valoración, planificación, ejecución y evaluación). La segunda fase del Proceso: Diagnóstico de enfermería estuvo en su estado embrionario incluido en la fase de valoración. La primera conferencia para la Clasificación del Diagnóstico de Enfermería tuvo lugar en 1973, existiendo en su forma actual desde 1982. Bloch (1974), Roy (1975) Mundinger y Jauron(1975) Y Aspinall(1976) añaden la fase diagnóstica¹²

Se comparaba el Proceso de Enfermera, con el proceso de Resolución de problemas y el Método Científico, ya que es un método formalizado,

Berman, A. Snyder, S. et al. (2008). *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas* (8ª. ed.). (Vol.I). Madrid, España: Pearson, prentice Hall. 160-267

lógico y sistemático de resolver problemas. Los profesionales sanitarios, trabajando con personas en una situación descontrolada, requieren una forma modificada de abordar el método científico para resolver los problemas. El pensamiento crítico es importante en todos los procesos de resolución de problemas ya que los profesionales de enfermería evalúan las posibles soluciones a un problema dado y toma una decisión para seleccionar la solución más adecuada para esa situación.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los Standards of Nursing Practice de la ANA y se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería porque se destacó la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la estudiante de enfermería y de impulsar su participación activa en la atención al paciente, utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados mediante el cual se dé al paciente un trato más individual y se atiendan sus necesidades en las tres esferas, considerándolo como sin ser bio-psico-social.

Recientemente se incorporo a la enseñanza teórica de este instrumento, el de las Categorías Diagnosticas o Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA, este grupo facilita la aceptación de una lista común de diagnósticos de enfermería, examinar y evaluar la lista actual de diagnósticos de enfermería.¹³

Aunque los conceptos han sufrido modificaciones, estas son solo de forma, no de fondo: tales modificaciones son necesarias, a fin de que haya mayor claridad, y se logre en un futuro más cercano, la aceptación y puesta en práctica tanto del proceso de Enfermería como de los Modelos, por el mayor número de enfermeras (dedicadas a la clínica, enseñanza e investigación).

¹³ Heather C. et al.(2010) NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid, España: Hacourt.

DEFINICION:

"Método sistematizado y organizado de administrar cuidados Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales" (Alfaro, 1993)

"Ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y comunidad" (Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A. C., 1976)

"Es un sistema planeado en la ejecución de los cuidados de enfermería". (Atkinson 1985)

"Es un método intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente". (Phaneuf 1993)

"Es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería individualizada". (kozier 1993)

"Es un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar (Iyer, 1995)

"Es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar Optimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la calidad o cantidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarte de nuevo al estado de bienestar "(Yura y Walsh. 1988.)

OBJETIVOS:

- Establecer una base de datos para el paciente (identificar el estado de salud del paciente y sus problemas reales o potenciales).
- Determinar las prioridades de cuidados, objetivos y resultados esperados mediante un plan que aborde las necesidades identificadas.

- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad (aplicando las intervenciones).¹⁴

CARACTERÍSTICAS:

- Sistemático: configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).
- Cíclico: los datos de cada fase proporcionan información sobre la siguiente.
- Dinámico: cambia continuamente
- De naturaleza interactiva: en un esfuerzo conjunto (paciente, familia, enfermera y equipo multidisciplinario) para proporcionar una asistencia de calidad al paciente.
- Flexible y Universal: se adapta a cada paciente de todos los grupos de edad.
- Tiene una base teórica: es una adaptación de la resolución de problemas (lo que implica toma de decisiones) y de la teoría de sistemas.
- Potencia el desarrollo profesional, favorece el desarrollo cognitivo, técnico e interpersonal a través de sus etapas.¹⁵

REQUISITOS PREVIOS:

- Opiniones dentro de las opiniones de los profesionales de enfermería se incluyen su filosofía sobre la enfermería, la salud, el cliente como individuo y como consumidor de atención sanitaria y las interacciones entre estos factores.
- Conocimientos: el PAE exige que posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas (tanto físicas como de la conducta).
- Habilidades: están relacionadas con la base de conocimientos y pueden ser de naturaleza técnica (técnicas y procedimientos que le permitirán recoger los datos y desarrollar, ejecutar y evaluar un plan integral de cuidados) o

¹⁴ Iyer, P. Taptich, W. et al, (1997). *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. Trad. Valladar M. México: McGraw – Hill Interamericana, 105-288

¹⁵ Ibíd Iyer pag. 105-288

interpersonal (deberá poseer una capacidad de comunicación muy desarrollada).¹⁶

CONSECUENCIAS:

PARA EL CLIENTE

- Continuidad a los cuidados.
- Mejora la calidad de los cuidados
- Atención individualizada
- Se valora el apoyo del paciente y su familia

PARA LA ENFERMERA

- Aumenta la satisfacción del trabajo
- Potencia el desarrollo profesional
- Previene omisiones y repeticiones innecesarias
- Ayuda a las Enfermeras a adoptar intervenciones al individuo y no a la enfermedad
- Promueve la flexibilidad y pensamiento independiente
- Mejora la comunicación
- Estimula la identificación y utilización de las capacidades del paciente

PARA LAS INSTITUCIONES

- Identidad de la profesión
- Su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades
- Es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas.¹⁷

En la práctica profesional, el profesional de enfermería toma decisiones intencionadas y dirigidas a un objetivo. El pensamiento crítico consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de justificaciones que las apoyen. Usted necesita poseer una capacidad de razonamiento crítico como individuo y como profesional: debe ser capaz de tomar decisiones personales informadas, y también todas las

¹⁶ op. cit. Berman, A. pág.160-267

¹⁷ op. cit. Iyer, pág. 105-288

que sean necesarias para prestar una atención de enfermería segura, competente y calificada.

Como todo método, el PAE 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, en la práctica las etapas se superponen y éstas se describen a continuación:

1ª. ETAPA: VALORACION:

CONCEPTOS:

"Proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente"(Iyer 1997).

"Técnica de recolección de datos para el diagnóstico de enfermería" (Morán, 2006)

'Primera etapa del proceso de enfermería en la cual se reúne la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad sobre los problemas del paciente. Se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso" (García 1997)

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información) y se realiza en todas las fases del proceso de enfermería (Berman, 2008).

TIPOS DE VALORACION

- Inicial: constituye la primera experiencia y se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución sanitaria con el objetivo de establecer una base de datos completa para la identificación del problema referencias y futuras comparaciones.
- Exhaustiva: se recoge la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad sobre los problemas del paciente.
- Focalizada: se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial.

- De urgencia durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, con el objetivo de identificar problemas peligrosos para la vida, o bien nuevos problemas o que se pasaron por alto.¹⁸

Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente. Los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre que valorar, ya que los datos deben ser relevantes para un problema de salud particular.

El proceso de la valoración de enfermería implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención, organización, validación y registro de los datos. Posteriormente, estos datos serán la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería (Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación).

DATOS: “información específica obtenida acerca del usuario” (Iyer 1999).

TIPOS DE DATOS:

Datos subjetivos: se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos (síntomas). Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos, ideas, valores, creencias y actitud sobre sí mismo (dolor, debilidad, la frustración, las nauseas o el desconcierto). La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

Datos objetivos: consisten en información observable y mensurable (signos). Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para

¹⁸ op. cit. Berman, pág.160-267

identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario

Datos actuales: se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento, Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente. (Bellack y Bamford, 1984).

Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de éstos tipos.¹⁹

FUENTES DE DATOS:

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

Secundarias: son todas las demás que no sean el propio cliente Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria, laboratorios y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.²⁰

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar

¹⁹ op. cit. Iyer, pág. 105-288

²⁰ Ibíd Iyer, pág. 105-288

las respuestas del usuario. Las personas del entorno hospitalario más cercano al usuario pueden proporcionar también información.

El registro clínico contiene gran cantidad de datos geográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión, seguros. Estos datos dan una idea más amplia de la situación socioeconómica del usuario. Además el registro contiene datos actuales e históricos documentados por profesionales de otras especialidades (médico, dietista, terapeuta respiratorio, asistente social, planificador de altas).

También se dispone de datos diagnósticos como los hallazgos de laboratorio o los radiológicos. Considerar detenidamente los derechos del usuario a la intimidad y la confidencialidad al obtener información de fuentes secundarias.

OBTENCION DE LOS DATOS:

Es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

TECNICAS PARA LA OBTENCION DE DATOS:

Verbales: que comprende

- a) La anamnesis. para obtener las percepciones de la respuesta humana del usuario, datos subjetivos y objetivos.
- b) Reflexión: repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente, para que el continúe dando más información al respecto.
- c) Declaraciones complementarias: usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

No verbales: Expresión de la cara, posición corporal, respuesta al contacto, el tono y velocidad de la voz

CARACTERÍSTICAS DE LA RECOGIDA DE DATOS:

Sistemática: Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

Continua: Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según los resultados esperados.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OBTENCION DE DATOS:

- Estado emotivo
- Bagaje cultural
- Capacidad de los sentidos
- Intereses, preocupaciones
- Distracciones
- Conocimientos

PRIORIDADES EN LA RECOGIDA DE DATOS

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar, por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades de Virginia Henderson.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS: Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería que incluye: observación, entrevista, y exploración física.²¹

1.- OBSERVACION: *"Es obtener datos usando los sentidos (vista, oído, tacto y olfato) de el paciente, su familia y el entorno. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado". (Berman 2008). Los objetivos son: notar los estímulos, seleccionar, organizar e interpretar los datos. Puede presentar*

²¹ op. cit. Berman, pág.160-267

varios errores como: Falta de objetividad, organización defectuosa o bien mala interpretación de los datos

2.- ENTREVISTA: *"Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad"* (Berman 2008), cuyos objetivos son: Adquirir información específica, facilitar la relación con el paciente, el paciente recibe información y seguir una guía de valoración.

CARACTERISTICAS DEL ENTORNO:

- Seleccionar el momento y el lugar de la entrevista.
- La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser muy corta ni muy pequeña (de 60-90 cm del paciente).
- Ser amable y cordial.
- Preguntas claras y sencillas
- Escuchar con atención

PARTES DE LA ENTREVISTA:

Introducción: es la parte más importante porque se establece una buena relación (creación de buena voluntad y confianza) y se orienta al entrevistado (explica el propósito y naturaleza de la entrevista).

Cuero: aquí el paciente comunica lo que siente, piensa y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería.

Cierre: El personal de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. El cierre es importante para facilitar futuras interacciones. Se pueden utilizar las siguientes técnicas: ofrecerse a responder preguntas (¿tiene alguna duda?); concluir diciendo "bien, es todo lo que necesito saber por ahora", dar las gracias al paciente; expresar su preocupación por el bienestar y futuro de la persona; planificar la siguiente reunión y proporcionar un resumen para verificar la precisión y el acuerdo.

METODOS PARA ENTREVISTAR:

Dirigido: la entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo y controla la entrevista. El paciente responde y tiene poca oportunidad para plantear preguntas.

No dirigido: el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. Es importante combinar ambos métodos.

TIPOS DE PREGUNTAS:

ABIERTAS: Para obtener una descripción de preocupaciones o sentimientos del paciente, exige respuestas de más de dos palabras

CERRADAS. Para obtener hechos concretos, para enfocar la recolección de datos, exige respuestas breves de 1-2 palabras

CESGADAS: Para obtener respuestas concretas, incluye preguntas intencionadas o guiadas.

GUIADAS. Supone la preferencia de una respuesta en particular

INTENCIONADAS: Pensadas para provocar la reacción del paciente a una determinada situación o tema

3.- EXPLORACION FISICA

"Es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud". (Berman 2008).

Se realiza por aparatos y sistemas, de céfalo-caudal, medición y aspecto externo.

El método clínico "es el proceso sistemático y continuo que guía para la buena atención del paciente. Es la aplicación del pensamiento crítico a las actividades de la atención del paciente y se basa en el método científico, que abarca el reconocimiento y establecimiento de un problema, así como la obtención de datos sobre éste, por medio de la observación,

experimentación, la creación y comprobación de hipótesis para solucionar problemas (Lodewich, 1984).

Para tener éxito, la enfermera debe ser capaz de distinguir con exactitud los signos normales y anormales, así como tener la capacidad de discriminar las variaciones de lo normal entre los pacientes, así como los grados de anormalidad de un mismo paciente.

El método clínico incluye inspección, palpación, percusión, auscultación y medición. La realización de éstas técnicas requiere paciencia, práctica y un continuo perfeccionamiento.

INSPECCION:

“Método de exploración física que se realiza por medio de la vista, de manera deliberada, dirigida y sistemática” (Diccionario de Medicina Océano Mosby). La enfermera inspecciona a simple vista y con instrumentos provistos de iluminación (otoscopio, oftalmoscopio, etc.) con el objetivo de observar y detectar hallazgos anormales en relación con los normales

Normas para la inspección:

1. La inspección es una técnica sencilla, pero muy especializada.
2. Incluye el uso de la vista, el oído y el olfato para la evaluación sistemática de lactantes y niños.
3. Es esencial para iniciar la evaluación sanitaria, detectar problemas de salud obvios y establecer prioridades.
4. Debe ser completa e incluir todas las áreas corporales.
5. En todas las áreas corporales se evalúan la forma, el color, la simetría, posición, el olor y las anomalías, así como humedad, textura de las superficies corporales.
6. La inspección cuidadosa requiere una buena iluminación.²²

Clasificación:

- a) Por la región a explorar: local (por segmentos) o genera.

²² Engel, J. (1994). Guía clínica de enfermería. Exploración física pediátrica. (2ª. ed. Diorky, Servicios Integrales de Edición, Trad.). Madrid, España: Mosby, División de Times Mirror de España, S.A.

- b) Según la forma de realizarla: directa o indirecta (con instrumentos).
- c) Por el estado de respuesta: dinámico.

PALPACIÓN:

"Proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto" (Diccionario de Medicina Océano Mosby). Para ello se usan los pulpejos de los dedos ya que poseen terminaciones nerviosas que los hacen muy sensibles. Tiene el objetivo de detectar la presencia dolor, temperatura, tono muscular, textura, vibración, distensión, pulsación, posición, tamaño, consistencia, y movilidad de órganos o tumores. La efectividad de la palpación depende del grado de relajación del paciente. La enfermera ayuda cubriendo al paciente con una bata y lo coloca en una postura cómoda. Durante la palpación la enfermera debe estar alerta a las expresiones verbales y faciales del paciente que indiquen malestar.

Normas para la palpación:

1. La palpación incluye el uso de los dedos y palmas para determinar temperatura, hidratación, textura, forma, movimiento y dolor.
2. Lavarse y calentarse las manos antes de iniciarla.
3. Mantener las uñas de las manos cortas.
4. Palpar las zonas sensibles al final.
5. Hablar o usar juegos para relajar al niño.
6. Palpar con la punta de los dedos pulsación, tamaño, forma, textura e hidratación.
7. Palpar la vibración con las palmas.
8. Palpar la temperatura con el dorso de la mano.²³

Clasificación:

- a) Según la forma en que se realiza: Directa (Tacto) Indirecta (Instrumentos).
- b) Según el grado de presión: superficial o profunda
- c) Según el tipo de exploración: tacto (1-2 dedos) o manual (1-2 manos).

²³ Ibíd, Engel

PERCUSION:

"Método de exploración física que consiste en golpear suavemente un objeto contra otro (mano o instrumentos), produciendo vibración y consiguientemente ondas sonoras". (Diccionario de Medicina Océano Mosby). Esto con el objetivo de obtener sonidos para detectar posición, tamaño y densidad de una estructura, determinar cantidad de aire o material sólido de un órgano. La percusión produce 5 tipos de sonidos: Matidez acentuada (sonido mate producido por un tejido denso como músculo o hueso), matidez absoluta (sonido sordo producido por hígado, bazo corazón), resonancia (sonido hueco producido por pulmones llenos de aire), hiperresonancia (estampido de pulmón edematoso), y timpanismo (sonido musical, de tambor producido por el estómago lleno de aire).

Normas para la percusión:

1. La percusión debe ser suave. superficial y de igual intensidad.
2. La percusión incluye el uso de golpecitos para producir ondas sonoras, que se caracterizan por su intensidad, profundidad, duración y cualidad.²⁴

Clasificación: directa o indirecta (con plexímetro o un plexor).

AUSCULTACION:

"Método de exploración física que se efectúa por medio del oído" (Diccionario de Medicina Océano Mosby). Tiene por objetivo valorar los ruidos o sonidos producidos por los órganos. Los sonidos auscultados se describen según su tono (frecuencia de las vibraciones), intensidad (amplitud, fuerza o suavidad del sonido), duración (largo o corto) y cualidad (silbante, golpeteo, etc.). Se requiere un estetoscopio.

Normas:

1. La campana del estetoscopio se utiliza para sonidos bajos (cardiovasculares) y el diafragma para los altos (pulmones e intestinos)
2. Se calienta la campana y el diafragma antes de colocarlo en la piel.

²⁴ Ibíd Engel

3. El estetoscopio se sujeta con fuerza contra la pared de la parte del cuerpo.
4. El examinador debe practicar en la identificación de sonidos normales antes de identificar los anormales.²⁵

Clasificación: directa (sin ayuda) o indirecta (con estetoscopio)

MEDICION:

"Es la comparación de una magnitud con una unidad establecida previamente y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente" (Diccionario de Medicina Océano Mosby).

SOMATOMETRIA:	SIGNOS VITALES:
Talla	Temperatura
Peso	Pulso
Circunferencia cefálica	Respiración
Perímetro torácico y abdominal	Presión arterial
Segmento inferior	

VALIDACION DE LA INFORMACIÓN:

"Es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos" (Berman 2008). Ésta nos ayuda a asegurarnos que la información es completa, comparar datos objetivos y subjetivos, obtener información adicional, evita saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada.

REGISTRO Y ORGANIZACION DE LA INFORMACION

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. En el presente estudio de caso se obtendrán, registrarán y se organizarán en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson. Esto con el objetivo de

- Establecer un mecanismo de comunicación

²⁵ *Ibíd.* Engel

- Facilitar la prestación de la asistencia
- Proporciona mecanismos para la evaluación
- Registro legal de la asistencia
- Proporciona una base para investigación

DIRECTRICES:

- Anotar en forma objetiva. sin sesgos. juicios de valor ni opiniones personales
- Incluir información completa del paciente
- Evitar generalizaciones y términos como "bueno", "normal", etc.
- Escribir de forma legible y tinta indeleble
- No manipular el registro
- Evitar dejar espacios en blanco
- Anotar siempre fecha y hora del registro.²⁶

2ª. ETAPA: DIAGNOSTICO:

DEFINICION:

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. (Carpenito, 1994).

“Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería”. (Shoemaker, 1984).

“Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente”. (Alfaro, 1993).

“Es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia enfermera”. (Mundinger y Jauron, 1975).

²⁶ op. cit. Iyer, pág. 105-288

“Es un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales”. (NANDA, 2010).

“Es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y estas autorizadas para tratar” (Gordon, 1976).

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

Esta etapa comprende 4 fases:

1. Procesamiento de los datos.
2. Formulación del diagnóstico.
3. Validar la interpretación de los datos.
4. Registro de los diagnósticos.

CARACTERISTICAS ESENCIALES DE UN DIAGNOSTICO:

- Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
- Puede referirse a problemas potenciales de salud.
- Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
- Es el enunciado de un juicio de enfermería.
- Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- Se limita a aquellas condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
- Es un enunciado de dos partes.

BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

1. Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece.
2. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería, porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
3. Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.

4. Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería.
5. Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.
6. Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación.

ERRORES EN EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO

1. Recolección incompleta o incorrecta de datos por problemas de comunicación, ocultamiento de datos o distracciones.
2. Interpretación errónea de los datos por deducciones prematuras o prejuicios personales.
3. Falta de conocimiento clínico o de experiencia: novicio, principiante iniciado, competente, diestro y experto.

DIRECTRICES PARA REDACTAR DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. Escriba el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente a la salud o a la enfermedad, en lugar de las necesidades de enfermería.
2. Usar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejable.
4. Redactar los diagnósticos sin juicio de valor o prejuicios de la enfermera.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico
6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los 2 enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
8. Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar.
9. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería
10. Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa²⁷.

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

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

²⁷Ibíd Iyer, P. Pag. 105-112, 138-143.

Se elaboran con el formato PES:

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

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

Se formula en dos partes:

Problema + r/c (factores contribuyentes)

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

Se formula:

Etiqueta diagnóstica

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

Se formula en dos partes:

Posible problema + r/c (posibles factores contribuyentes)

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

ESTRUCTURA Y COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo, y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de 3 partes:

La estructura la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

Los componentes de los diagnósticos enfermeros son:

- 1) **El problema (etiqueta diagnóstica) y definición.**

Describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud

del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados y sugerir una alguna intervención de enfermería.

Los calificadores son palabras añadidas a algunas etiquetas de la NANDA para dar significado adicional a la declaración diagnóstica, por ejemplo:

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

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

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

3) *Características definidoras*

Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de enfermería actuales, las características definidoras son los signos y síntomas del paciente. En los diagnósticos de enfermería de riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos. Por ello los factores que hacen que el paciente sea más vulnerable al problema constituyen la causa de un diagnóstico de enfermería de riesgo²⁸.

CLASIFICACION SEGÚN LA NANDA:

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

²⁸Ibíd Iyer, P. Pag 124 -134.

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el Comité para la Taxonomía decidió desarrollar una nueva taxonomía donde se usaron los patrones funcionales con el permiso de la Dra. Gordon, los cuales posteriormente se llamaron dominios. En 1984 la NANDA renombró los patrones del hombre unitario como patrones de respuesta humanos basándose en el trabajo de Marjorie Gordón. Una vez acordado el número y nombre de los dominios se decidió el número y nombre de las clases que debía contener cada uno de ellos, procediéndose luego a definir ambos. A continuación se situó a cada diagnóstico en una clase concreta dentro de un dominio específico, la clase y el diagnóstico.

El resultado de todo este proceso fue la Taxonomía II (NANDA Internacional), con sus tres niveles: 13 dominios, 46 clases y 188 Diagnósticos de enfermería. En la actualidad, dicha Taxonomía consta de 7 ejes:

1. concepto diagnóstico.
2. Sujeto del diagnóstico
3. Juicio
4. Localización
5. Edad
6. Tiempo
7. Estado del diagnóstico²⁹

La verificación de los diagnósticos es la tercera fase de la etapa diagnóstica. Una vez que se enuncian los diagnósticos siguiendo las reglas descritas, el personal de enfermería se formulará una serie de preguntas como: ¿son suficientes los datos obtenidos?, ¿hay datos objetivos y subjetivos para constituirlo?, ¿se basa en conocimientos de enfermería?, ¿la situación se puede solucionar con intervenciones de enfermería?; los diagnósticos también se validan con el paciente o usuario, que su percepción del problema y de causas asociadas por parte de él es importante para confirmarlo.

El registro de los diagnósticos es la cuarta fase de la etapa diagnóstica.

²⁹Rodrigo, M.(2008). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*.(8ª. ed.) Barcelona, España: Elsevier.

3ª. ETAPA: PLANEACION

CONCEPTO:

“Es el momento en que se determina como proporcionar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada en los objetivos” (Alfaro, 1992).

“Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería” (Iyer, 1995).

“Es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución del problemas” (Berman 2008).

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

TIPOS DE PLANEACION

1. **Planeación inicial:** es cuando se lleva a cabo el plan de asistencia inicial completo.
2. **Planeación en curso o continua:** la hacen todos los profesionales de enfermería de enfermería que trabajan con el paciente y tiene los siguientes propósitos:
 - Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado
 - Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
 - Decidir en qué problemas centrarse durante el turno
 - Coordinar las actividades de enfermería de manera que puedan abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.
3. **Planeación de alta:** el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia sanitaria completa y debe realizarse en el plan de asistencia a todos los pacientes y comienza en el primer contacto del paciente e implica una valoración completa y continua para obtener información sobre las necesidades continuas del paciente³⁰.

³⁰ op. cit. Berman, pág.160-267

FASES DE LA PLANEACION:

I. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES:

Determinar prioridades garantiza la efectividad y buen uso de recursos, esto es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de tomar decisiones. Dicha prioridad está influenciada por la percepción del paciente, el plan general de tratamiento y el estado de salud del paciente. Además se necesita elegir un método para asignar prioridades, necesidades fisiológicas, seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

TIPOS DE PRIORIDAD:

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

Intermedia: problemas que NO amenazan la vida

Baja: necesidades que pueden afectar su futuro bienestar.

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

Necesidades de supervivencia

Necesidades de estimulación

Necesidades de seguridad

Amor y pertenencia

Estima

Autorrealización

II. FIJACION DE OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS DEL PACIENTE

“Los objetivos son indicadores para la selección de intervenciones de Enfermería y criterios en la evaluación de las mismas”. (Potter, 1997).

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional. Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que he ha corregido, disminuido o prevenido el problema. Aun cuando los objetivos son parte del planeamiento también son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar las intervenciones.

Los términos metas, objetivos y resultados esperados son prácticamente intercambiables y se usan sin importar como se denominen, lo que se busca es guiar el plan de intervenciones. Del mismo modo que las respuestas humanas disfuncionales se pueden encontrar en el campo físico, emocional, social y espiritual, los resultados esperados deben abarcar múltiples aspectos, entre ellos tenemos: aspecto y función corporal, síntomas específicos, conocimientos, habilidades psicomotoras, estado emocional y respuesta al tratamiento.

Propósito de los objetivos/resultados deseados:

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

Características de los objetivos:

Deben ser decididos en conjunto con el usuario, si es posible.

Es necesario tener un término de tiempo

La formulación debe ser clara, simple y concisa.

Debe ser propia del sujeto o su familia.

Debe ser observable y mensurable.

Debe evolucionar con la situación.

Su formulación incluye un verbo de acción.

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

Debe relacionarse con la parte problema del diagnóstico.

CLASIFICACION DE OBJETIVOS

Largo plazo: Su duración es de semanas o meses incluye los cotidianos

Corto plazo: Requieren asistencia sanitaria durante un periodo corto

Competencia cognitiva: asociados a la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (enseñar, describir, enumerar).

Competencia psicomotora: tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras (demostrar, practicar, realizar, administrar, etc.)

Competencia afectiva: asociados con cambios de actividades, sentimientos o valores (expresar, compartir, escuchar, comunicar, relatar).

RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

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

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

COMPONENTES DE LA DECLARACION DEL OBJETIVO/RESULTADO DESEADO

La declaración debe tener los siguientes componentes:

1. **Sujeto.** Es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente.
2. **Verbo.** Especifica las acciones que debe realizar el paciente.
3. **Condiciones o modificadores.** Explican las circunstancias en las cuales se muestra la conducta.
4. **Criterio de realización deseada.** Especifica el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad.³¹

DIRECTRICES PARA ESCRIBIR LOS OBJETIVOS/RESULTADOS DESEADOS

³¹ Alfaro, L. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. 4ª. ed. Madrid, España: Masson

1. Escribir los objetivos y resultados en términos de respuestas del paciente, Evitar declaraciones que indican lo que el profesional espera conseguir, no lo que el paciente hará.
2. Asegurarse de que los resultados deseados son realistas para las capacidades y limitaciones del paciente y para el tiempo designado. .
3. Asegurarse de que los objetivos y resultados son compatibles con los tratamientos de los otros profesionales.
4. Asegurarse de que todos los objetivos derivan sólo de un diagnóstico de enfermería.
5. Usar términos mensurables y observables para los resultados. Evitar palabras que sean vagas y exijan una interpretación o un juicio por parte del observador.
6. Asegúrese de que el paciente considere los objetivos/resultados deseados importantes y valiosos para él³².

III. SELECCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Las órdenes de enfermería se refieren a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería. Debe recordarse que la enfermera también recibe órdenes del personal médico, éstas órdenes se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las órdenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de enfermería.

INTERVENCION:

"Es cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para aumentar los resultados del paciente" (McCloskey y Bulechek, 2000). Esto con la finalidad de

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

³²op. cit.. Berman, pág. 160-267

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

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

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

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

ASISTENCIA:

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

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

TIPO DE INTERVENCIONES

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

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

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

CRITERIOS PARA LA ELECCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

El plan debe ser:

- Seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.
- Alcanzable con los recursos disponibles

- Ser coherente con los valores, creencias y culturas del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos
- Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes.
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, asociaciones profesionales y normas de la institución.
- Formularse de manera concisa, simple y concreta.
- Derivarse de la etiología.
- Reponder a las preguntas: que, cuando, como, donde, con que frecuencia, en que medida, quien.
- Buscar la autonomía o mayor bienestar del paciente.

REDACCION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS PLANES DE ASISTENCIA:

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

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

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

Especificaciones de quien, que, donde, cuanto.

La firma no se debe olvidar.

Para la redacción de intervenciones, la enfermera debe recurrir a **conocimientos técnicos** de los cuidados básicos que hay que aplicar de manera autónoma, en colaboración y en interdependencia; **conocimientos teóricos** en cuidados enfermeros (modelos de enfermería, PAE, etc.); conocimientos de la vida de relación, comunicación y relación de ayuda; **conocimientos éticos** (legales, normas profesionales, etc.); **conocimientos científicos y conocimientos relacionados con las ciencias humanas** y con el medio (psicología, sociología, economía, ecología, etc.).

LA IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):

Completa: La NIC incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las aéreas de especialidades. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales: tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades, así como cuidados indirectos. Se incluyen tanto intervenciones individuales como en equipo; pueden utilizarse en cualquier situación de la práctica, independientemente de la orientación filosófica.

Basada en la investigación: La investigación, que comenzó en 1987, utiliza un enfoque de métodos múltiples; estos incluyen análisis de contenido, cuestionarios de ensayo para los expertos, revisión de grupos de enfoque, análisis de similitudes, agrupación jerárquica, escala multidimensional y pruebas clínicas de campo. La investigación ha sido submencionada parcialmente (siete años de apoyo) por el National Institute of Health y el National Institute of Nursing Research.

Desarrollo inductivo basado en la práctica existente. Las fuentes originales incluyen libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de cuidados de la práctica clínica, apoyados por la preparación técnica en la práctica clínica de los miembros del equipo y los expertos de áreas de la práctica de especialidades. Las intervenciones añadidas y las mejoras son resultado de las sugerencias de los usuarios.

Refleja la práctica y la investigación clínicas actuales Todas las intervenciones van acompañadas de una bibliografía que apoya el desarrollo de la intervención. Todas han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y por sociedades científicas de las especialidades correspondientes. Se ha desarrollado un proceso de respuesta para disponer de los cambios sugeridos por los usuarios en la práctica.

Estructura organizativa de uso sencillo (campos, clases, intervenciones, actividades). Todos los campos, clases e intervenciones disponen de definiciones. Se han desarrollado principios para mantener una coherencia y

cohesión de las clasificaciones; las intervenciones se han codificado numéricamente.

Lenguaje claro y con significado clínico. Durante el trabajo se ha seleccionado el lenguaje más útil para la práctica clínica. El lenguaje refleja claridad en cuestiones conceptuales (ej., lo que es una intervención frente a un diagnóstico o una valoración para realizar un diagnóstico o un resultado esperado).

Establece un proceso y una estructura de mejora continua. La Clasificación se ha desarrollado mediante investigadores del College of Nursing, University of Iowa; el compromiso con el proyecto está evidenciado por años de trabajo y una continua implicación. El Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, creado en el College of Nursing de la University of Iowa en 1995 por el Iowa Board of Regents, ha facilitado la mejora continua de la NIC.

Probada en campo. El procedimiento de implantación inicialmente se ha estudiado en cinco ámbitos que representaban las diversas situaciones donde se llevan a cabo los cuidados de enfermería; cientos de centros clínicos y educativos también están comenzando a poner en práctica la clasificación. Se han desarrollado etapas de implantación para ayudar en el proceso de cambio.

Accesible a través del creciente número de publicaciones. Además de la propia clasificación, desde 1990 los miembros del equipo de investigación han publicado aproximadamente cinco docenas de artículos y capítulos de libros. La revisión de libros y de artículos así como las publicaciones realizadas acerca del uso de la NIC revelan la importancia del trabajo. Se ha realizado un video sobre el desarrollo de la NIC. Una hoja informativa publicada dos veces al año mantiene al día sobre desarrollos recientes.

Reconocimiento nacional. La NIC ha recibido el reconocimiento de la American Nurses Association. ha sido incluida en la obra *Metathesaurus for a Unified Medical Language* de la National Library of Medicine, ha sido agregada a los índices de CINAHL, figura en la lista de la JCAHO como clasificación que puede utilizarse para cumplir con la norma de datos uniformes, ha sido llevada a video por la National League for Nursing, está incluida en los códigos ABC de la Alternative Link para la retribución a

proveedores alternativos, esta registrada en HL7 y está incluida en la SNOMED.³³

La Clasificación contiene 542 intervenciones. Para su uso clínico existen varios métodos disponibles para encontrar la intervención deseada:

Por orden alfabético: si se sabe el nombre de la intervención y se desea ver la lista entera de actividades y su bibliografía.

Taxonomía NIC: si se desea identificar intervenciones relacionadas en áreas temáticas concretas.

Intervenciones centrales según la especialidad de enfermería: si se está diseñando un curso o sistema de información para un grupo concreto de especialistas, éste es un buen lugar para empezar.

Relaciones con los diagnósticos de la NANDA: si se dispone de diagnósticos de la NANDA y se desea tener una lista de intervenciones sugeridas.

Relaciones con los diagnósticos de la NANDA y los resultados NOC³⁴

CIE: “Es el orden y la disposición de las actividades de Enfermería en grupos, en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

LA TAXONOMIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

“Es la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de la similitud de lo que puede considerarse como estructura conceptual.

AGRUPACION DE INTERVENCIONES DE LA CIE

7 CAMPOS: Fisiológico básico	Fisiológico complejo
Conductual	Seguridad
Familia	Sistema de salud
Comunidad	

Códigos: 1-7 30 Clases Códigos: A-Z más a, b, c y d.

ESPECIFICACIONES

- Algunas intervenciones de la CIE hacen referencia de otras: según corresponda.

³³ Bulechek, G. (2004). Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC. Sta Ed. España, Barcelona: Elsevier.

³⁴ Ibíd. Bulechek

- Muchas de las intervenciones requieren educación avanzada y experiencia en la práctica clínica
- La CIE cubre el campo práctico de toda la Enfermería
- Las actividades de la CIE utilizan modificadores para individualizar según proceda, según sea necesario. según se indique.
- No incluye, en su mayor parte conductas de naturaleza administrativa.

“Las clasificaciones ayudan a hacer avanzar la base del conocimiento de un campo mediante la organización del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido (McCloskey y Bulechek, 2000)

IV. DOCUMENTACION:

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los preceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición, para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen.

CARACTERISTICAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES:

- Ser escritos por enfermeras profesionales.
- Iniciarse al primer contacto con el paciente.
- Ser disponibles para que el resto del personal los conozca.
- Estar actualizados y ser pertinentes con la condición clínica del usuario.

OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES:

1. Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermera que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.

3 Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.

5. Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

COMPONENTES DEL PLAN:

- Breve perfil del paciente
- Diagnósticos de enfermería
- Objetivos
- Intervenciones y actividades
- Fundamento científico
- Comentarios de la evaluación

PLANES DE ASISTENCIA DE ENFERMERIA:

Estos planes comprenden acciones que los profesionales de enfermería deben realizar para abordar los diagnósticos de enfermería del paciente y obtener los resultados esperados y son:

Individualizados: Permite la documentación de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones, pero exige mucho tiempo.

Estandarizados: Habitualmente son desarrollados por expertos clínicos que han investigado meticulosamente. Son útiles en la enseñanza del profesional no familiarizado con diagnósticos médicos. Estos pueden ser limitantes, ya que es raro que todos los problemas se aborden en un solo plan.

Computarizados: Aumentan el potencial de documentación exacta y completa; la preparación del plan exige menos tiempo que el escrito a mano. Se leen fácilmente; el plan se realiza en la unidad del paciente y se facilita la actualización frecuente. Desventaja: se debe disponer de ordenadores y personal capacitado.

Multidisciplinarios: La asistencia del paciente está reforzada por la comunicación cuando diferentes áreas comparten puntos de vista, solo que se necesita tiempo para que el personal se ponga de acuerdo.³⁵

³⁵ op. cit. Iyer, pág. 205-219

4ta ETAPA EJECUCION DEL PLAN:

La etapa de ejecución, que es la que implica mayor proximidad al usuario, da las mejores oportunidades para reiniciar el proceso de enfermería. De la ejecución se obtienen datos para valoración y diagnóstico; para modificar el plan y la ejecución misma y, por supuesto, datos para evaluar los resultados pues, mientras se da el cuidado se están percibiendo todas las respuestas que indican el éxito o el fracaso del plan.

La ejecución del plan se inicia tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y **de la** preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como urgencias, UCI y salas de parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

A los profesionales de Enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, y no por los problemas que tratan. Actualmente, para desarrollar el conocimiento de enfermería se está enfatizando en que enfermería determine los problemas que puede tratar, las metas que pretende alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; de el profesional de Enfermería; de el profesional de Enfermería y otros miembros del equipo, para actuar bajo la dirección del profesional de enfermería.

En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario. En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos: Capacidades intelectuales, capacidades interpersonales y capacidades técnicas.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades

de éxito durante la ejecución tanto del profesional de enfermería como de los miembros del equipo de salud.

El éxito de planeamiento depende de la capacidad profesional de enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante ejecución y de las capacidades de innovación y creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean estas físicas, emocionales, culturales o espirituales

Las acciones que corresponden a la fase de ejecución que profesional de enfermería realiza con y para el usuario son necesarias para resolver o atenuar el problema

Existen tres categorías de actividades de enfermería iniciadas independientemente: Procedimientos de enfermería, observación de enfermería, y educación en salud.

Según Iyer y Taptich la ejecución del plan, independientemente del escenario donde se cumpla, comprende tres subetapas:

PREPARACION

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

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

6. Preparación del entorno: bienestar y seguridad

INTERVENCIÓN:

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

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

GUIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES

- No realizar nunca una intervención hasta conocer la razón científica.
- Comprender las intervenciones a poner en marcha y cuestionar todas las que no se entiendan.
- Revalorar si la acción aún es apropiada y adaptar las actividades a cada paciente.
- Ser integral: el personal de enfermería debe ver siempre al paciente como un todo.
- Al realizar la intervención incluir al paciente y familia.
- Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima
- Cerciorarse de conocer los protocolos y procedimientos de la institución

APTITUDES PARA LA EJECUCIÓN

Cognitivas, Interpersonales Y Técnicas

NIVEL DE ASISTENCIA:

- Estado del paciente (incapacitado, enfermo, sano).
- Cuidados de enfermería (totales, de ayuda o de apoyo).

DOCUMENTACION:

El registro o carpeta del cliente es un compendio escrito sobre el estado de salud y el cuidado dado al cliente. Describe la salud del cliente,

especifica las medidas diagnósticas y terapéuticas y las respuestas del cliente; estos incluyen los registros hechos por enfermería.

GUIA PARA EL REGISTRO DE LAS OBSERVACIONES

- Uso de tinta y letra legible
- Escribir las notas tan pronto como sea posible
- Ser preciso
- Firmar siempre con la inicial del nombre, primer apellido y credencial (F. Fernandez, Enfermero)
- No dejar nunca líneas en blanco
- Anotar las variaciones de lo normal
- Anotar el estado de las vías invasivas

RAZONES PARA LOS REGISTROS:

Comunicación: mediante los registros se comunican los miembros del equipo de salud. Aun cuando hay comunicación verbal entre ellos, la comunicación escrita es eficiente y permanente. Se evitan errores y se puede pasar información de unos a otros.

Documentación legal: Los registros sirven para documentar defensas en juzgados y tribunales, siempre y cuando la ley lo permita o si el paciente no se opone por violación a su privacidad.

Investigación: los registros pueden ser instrumentos valiosos para la investigación, especialmente de investigaciones de tipo retrospectivo. Para el usuario mismo que pueda olvidar detalles de su historia, los registros sirven para conducir adecuadamente el tratamiento.

Estadística: los registros sirven para que las instituciones puedan establecer planes para futuras necesidades basadas en datos estadísticos y tendencias.

Educación: los registros son muy valiosos para el proceso educativo de todos los profesionales de salud. En los registros se puede tener una visión completa del cliente, si todas las esferas del individuo se han considerado y si las disciplinas involucradas han hecho registros.

Auditoría: los registros sirven también para controlar la calidad del cuidado que recibe el paciente y las capacidades del personal que da el cuidado. Una auditoría de enfermería revisa concretamente el cuidado de enfermería.

Es con frecuencia de tipo retrospectivo del cuidado dado y se hace comparándolo con estándares o normas preestablecidas.³⁶

A medida que se ejecutan las acciones para y con el usuario se va haciendo valoración y de esta surgen inmediatos planes, ya sean terapéuticos o de enseñanza. Dentro del concepto de interacción de las diversas etapas del proceso de enfermería cabe destacar aquí de que manera cada etapa genera información hacia la etapa siguiente, hacia lo anterior o hacia todas. Las acciones de enfermería se comunican tanto oralmente como por escrito. Los profesionales de enfermería tienen personas específicas a quienes rinden los informes: jefe del equipo, coordinadores, profesionales y demás integrantes del siguiente turno.

SISTEMAS DE PRESTACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

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

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

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

Enfermería de cuidados básicos: Es un sistema de prestación de cuidados que se desarrolló en la década de los 80, en el que el personal de enfermería es el responsable y el encargado de dirigir la atención de un

³⁶ *Ibid* Iyer, P. 104-285

cliente o un grupo de clientes. El profesional de enfermería de cuidados básicos desarrolla el plan de cuidados y asegura que el plan se ejecuta durante las 24 horas del día.

Control de casos: Es la organización de la atención para conseguir resultados concretos del cliente dentro de un margen de tiempo compatible con la duración de la estancia diseñada por el diagnóstico del cliente.

Atención enfocada al paciente: es el diseño de la intervención del paciente de forma que los recursos y los profesionales del hospital se organicen alrededor de los pacientes, en lugar de hacerlo alrededor de varios departamentos especializados.³⁷

5ta ETAPA EVALUACION:

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad

Algunos autores proponen la evaluación como núcleo del Proceso de Enfermería que llama modelo de juicio-acción. Griffith y Christense señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

Veamos ahora de que manera podría aplicarse la evaluación a cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.

VALORACIÓN

En esta etapa se aplica el juicio clínico a la información que se obtiene y a medida que se van tomando los datos se les va dando sentido o significancia y se va estimulando la formación de hipótesis sobre probables áreas problema. La observación crítica puede llevar a una observación más concienzuda y a una mejor interacción con el paciente. Se buscan datos para confirmar hipótesis o rechazarlas o para explicar más adelante el significado de lo observado.

³⁷ *Ibid* Iyer, P. 224-285

Cuando no se ejercen juicios sobre los datos a medida que se van obteniendo, se puede olvidar la hipótesis inicial; los datos pueden resultar insuficientes o imprecisos de ciertas áreas; de este modo puede ser difícil la asociación de hallazgos.

La evaluación en la valoración comprende la ponderación de los datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. También contribuye a reconocer que faltan datos y mantener el principio de continuidad.

DIAGNOSTICO

La evaluación crítica de las categorías diagnósticas utilizadas para rotular un conjunto de signos y síntomas sirve para establecer la corrección del diagnóstico utilizado y para dirigir la selección de las etapas siguientes del proceso de enfermería. Por ejemplo, si los datos son insuficientes para sustentar el diagnóstico formulado, el paso siguiente es volver a la etapa de valoración. De otro modo, si se evalúan como suficientes los rótulos diagnósticos para la situación, la etapa siguiente es el planeamiento del cuidado.

En la etapa de diagnóstico pueden surgir varios diagnósticos y otros nombres de problemas que se pueden conservar o descartar gracias a la evaluación crítica para ese conjunto de signos y síntomas.

PLANEACION

En esta etapa se hace evaluación crítica cuando se está formulando el plan y luego cuando se ha ejecutado para medir los resultados obtenidos. Los planes se evalúan en dos sentidos.

- a. Si son adecuados para el cliente
- b. Si se ajustan a normas preestablecidas

Se pueden juzgar los planes formulados al compararlos con planes estandarizados en las instituciones o en los textos. El hecho de que los planes estandarizados ya están escritos puede tentar a los profesionales a usarlos sin juzgar críticamente si se ajustan al cliente o no.

Así, la evaluación en la etapa del planeamiento, juzga si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y, además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario

EJECUCION DEL PLAN

En esta etapa la evaluación es tan importante como en las otras. La evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del cliente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores. Sin embargo, cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales.

1. Evaluar la capacidad de quienes ejecutan el plan.
2. El conocimiento sobre las actividades se pueden evaluar observando las intervenciones al tiempo que se ejecutan.
3. Determinar los esfuerzos que se requieren para ejecutar las acciones de enfermería.
4. Para asegurar la cooperación y persistencia en las actividades de intervención se requiere evaluar los esfuerzos, los conocimientos y las habilidades de los ejecutores. El cliente evalúa al personal de enfermería del mismo modo que su actividad personal.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE. Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan.

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, no habrá modificaciones. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

En la evaluación de resultados del cuidado y la mayoría de las autoras coincide en recomendar una comparación entre lo planeado como resultados esperado con los resultados alcanzados en las fechas límites.

Si se lograron fácilmente es quizá porque el profesional de enfermería propuso metas a largo plazo que pudieran haberse programado para lograrlas en menos tiempo.

Discutir estos aspectos con el paciente y su familia. No hay que olvidar que a la familia le cuesta el tiempo de atención de salud y que las tarifas generalmente son altas.

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

PASOS:

1. Determinar el logro de los objetivos
2. Identificar las variables que afectan al logro de los objetivos.
3. Decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan³⁸

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

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

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

¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?. Si la respuesta es no, ¿Eran adecuados los objetivos?

¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?. Si la respuesta es no, ¿eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería?

¿Eran adecuadas las actuaciones? Si no se revisará el plan de cuidados.³⁹

³⁸ Ibid Iyer, P. Pág. 224, 231, 248, 269 - 285.

³⁸ Griffith W. y Chistensen P. (1993), Proceso de Atención de Enfermería. México: Manual Moderno. Pag. 186.

³⁹ op. cit. Iyer, P. 288

ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO

Formas	Estructura	Proceso	Resultados
P R O P Ó S I T O	Mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades del paciente	Mide lo adecuado de las acciones de enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso	Mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y enfermera
INSTRU- MEN- TOS O MEDIOS	Comisión de la junta sobre hospitales Auditorias	Escala de clasificación de competencia de enfermería Escala de calidad de los cuidados de enfermería	Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento (hoja de enfermería, planes de intervenciones).
FUENTE DE DATOS	Manuales de procedimientos. Enunciados de la política institucional Planes de atención Programas de servicio Niveles educativos del personal. Instalaciones y equipo disponible	Concurrente: la enfermera demuestra conocimientos y rendimientos en habilidades. Retrospectivo: graficas de procedimientos como los signos vitales	Concurrente: el pte. demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud. Retrospectivo: cambio de conducta, destrezas y conocimientos del paciente.

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

METODOS DE EVALUACION DEL PROCESO Y RESULTADO

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

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

1.3 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON

En las últimas décadas, se ha notado entre el gremio de enfermería (docentes, clínicas, investigadoras, etc.) un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería. Este fenómeno significa para enfermería, un avance muy importante, dado que, ya se han tenido experiencias, en la comprensión y aplicación del Proceso de Enfermería.

Las grandes corrientes del pensamiento o maneras de comprender el mundo, han sido llamadas *paradigmas*. (Jun, 1970 y Capra 1982.). En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de éstos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry y son los siguientes:

PARADIGMA		
CATEGORIZACION: (características bien definidas) los fenomenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.	INTEGRACION: (el ser bio-psico-social) prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se situa un fenómeno.	TRANSFORMACION: (método científico) un fenómeno es único. algunos presentan similitudes, pero no son idénticos

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen a menudo sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante los últimos siglos.

ESCUELAS DE ENFERMERIA

Los modelos enfermeros reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las diversas escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en que las concepciones se han elaborado, que son guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras. Seis escuelas prevalecen en la actualidad:

1. Escuela de las necesidades: la jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erickson han influenciado ésta escuela. Las principales teorizadoras son Virginia Henderson, Dorothea Orem (modelo del auto cuidado) y Faye Abdellah
2. Escuela de la interacción: Inspirada en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona. Las teorizadoras de ésta escuela son Hildegart Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderab, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.
3. Escuela de los efectos deseables: esta escuela considera que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas. Las principales teorizadoras son: Dorothy Johnson, Lydia Hal, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.
4. Escuela de la promoción de la salud: Moyra Allen (teorizadora canadiense) ha elaborado el modelo orientado a la promoción de la salud de la familia. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) son las fuentes explícitas subyacentes en ésta concepción.
5. 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 propone una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos, de

teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy. Otras teorizadoras como Margaret Neuman y Rosemarie Rizzo Parse han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología.

6. Escuela del caring: en ésta escuela se cree que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson 1985) y la cultura (Leininger, 1988) y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación.

Los trabajos de las enfermeras teorizadoras permiten, cada vez más, precisar lo esencial de la disciplina enfermera.

Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de enfermería, que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, la UNAM seleccionó la filosofía de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano y se centra en la función propia de la enfermera.

Esta filosofía, junto con el modelo de Dorotea E. Orem, son los más conocidos y trabajados en nuestro entornos. En muchos centros asistenciales, los documentos de recogida de datos están organizados según ésta filosofía, y la definición de lo que para ella es la función de la enfermera ha merecido el reconocimiento internacional por parte del Consejo Internacional de Enfermeras que ha hecho suya esta definición.

DATOS BIBLIOGRAFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

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

Nature of Nursing, editado en 1966, describe su modelo y formula, la definición de la función Única de la enfermería.⁴⁰

Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y publicó varios textos a lo largo de esos años. Ella identificó 3 niveles de relaciones enfermera-paciente: sustituta del paciente, colaboradora del paciente y compañera del paciente.

El impacto que ha dejado su modelo en la enfermería se vio reconocido por el nombramiento de Profesora Honorífica que le concedió la Universidad de Barcelona en el año 1988. Sólo Virginia Henderson quien habla de enfermería con la cabeza, las manos y el corazón, pudo captar nuestra profesión con una simplicidad tan elegante. Ella dijo que la *“verdadera naturaleza de la enfermería sólo puede transmitirse a través de ideales, amor, simpatía, conocimientos y cultura, expresados mediante la práctica de conocimientos artísticos y relaciones humanas”*.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de Thorndike (psicólogo estadounidense). Henderson puso de relieve el arte de la enfermería, e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, y la creación de conceptos de autoayuda.

Virginia Henderson favoreció la comprensión empática, y afirmó que la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué necesitan. Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y los médicos se superponen, ella afirmaba que la enfermera trabajaba en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el

⁴⁰ Mariner, T. Raile, A. (2003). *Modelos y teorías en enfermería* (5ª. ed.). Madrid, España: Mosby.

paciente, y utilizó un gráfico de sectores para representar sus contribuciones relativas. El tamaño de los sectores varía según las necesidades del paciente, pero el objetivo es que el paciente represente la mayor parte del círculo a medida que gana en independencia.

Para Virginia Henderson, la especialización en la atención de enfermería puede ser interpretada en diferente forma. Se puede dividir en grupos de acuerdo a las funciones que desempeñan (directoras, maestras, supervisoras, privadas, investigadoras, etc.). Otra forma de interpretar la especialización es de acuerdo con el ambiente en el cual trabajan (comunitarias, escolares, industriales, en prisiones). Una tercera forma de dividir a las enfermeras es de acuerdo con el área clínica en la cual ejerce: el tipo de paciente que atiende (geriatra, quirúrgica, pediatra, etc.).⁴¹

La especialización en enfermería debe correr paralela a la especialización en medicina. Esto facilitará la integración de la enfermera especialista dentro del sistema como la comunicación entre enfermería, medicina y público.

En las siguientes líneas se explicará la propuesta filosófica de las necesidades fundamentales descrito por Virginia Henderson y de cómo trasladar sus ideas a la práctica enfermera utilizándolas como marco de referencia en todas las etapas del proceso de cuidados.

CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA:

ENFERMERIA:

“La función de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o la recuperación de la misma (o bien a una muerte tranquila y digna), y que él podría llevar a cabo sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más pronto posible”. (Henderson, 1994)

⁴¹ Henderson, V. (1987). *Enfermería Teórica y Práctica. Papel de la enfermera en la atención del paciente.* (3ª.ed.)Vol.1(Trad.R. Carrasco.) Coyoacan, México: Copilco.

Este concepto de la enfermera como un sustituto de lo que le falta al paciente para que se sienta completo, entero o independiente debido a la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento, puede parecer limitado para algunos. El objetivo de la profesión enfermera es conservar y restablecer la independencia del cliente, de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales. Ella maneja el concepto de prevención, aunque se le dio importancia hasta años recientes.

SALUD:

“No dio una definición propia, pero afirmaba: que es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/ física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades y la considera un estado de independencia”. (Rodríguez, 2005)

ENTORNO:

“El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital, y éste puede influir de manera positiva o negativa”. (Rodríguez, 2005)

“Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos. La enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud”. (LouisRiopelle, 1993)

PERSONA:

“Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende hacia la independencia. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad. El individuo precisa ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila”. (Rodríguez, 2005)

Henderson postula que la persona es un todo complejo presentando 14 necesidades fundamentales; cada persona tiene dimensiones de orden bio-fisiológico y psico-sociocultural.

NECESIDAD:

“Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades”. (Torney, 2003)

LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad). Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse. Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).⁴²

RELACION DE LA PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

La propuesta filosófica de Virginia Henderson se ubica en el modelo de las necesidades humanas que parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y las salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando en menor o mayor grado del auto cuidado por parte del paciente.⁴³

⁴² Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, M. (1993). *Un proceso centrado en las necesidades de la persona* (1a. ed.). (Trad. M. Gil, O. Prats). España: MacGraw – Hill.

⁴³ García, G. (1997). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. (1ª.ed.). Delegación Cuauhtémoc, México: Progreso.

Esta filosofía intenta responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? Según esta filosofía, el cuidado está centrado en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Henderson reconoce varias influencias en sus conceptos, algunas provienen de la fisióloga Stackpole y otras del psicólogo Thorndike y Maslow, de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psicosocioculturales.

El modelo de V. Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso Atención de Enfermería, como se describe a continuación:

VALORACION:

Comprende los pasos de recogida, validación y organización de los datos: la valoración de las 14 necesidades básicas incluye los datos objetivos y subjetivos necesarios para determinar si los comportamientos anteriores y actuales de la persona para satisfacer sus necesidades son adecuadas y suficientes de acuerdo a su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida. Esta valoración se obtiene a través de la historia enfermera y la observación.

Como y que observa la enfermera (según Virginia Henderson): Apariencia general; temperamento, vida mental o emocional, sentimientos de afecto o condición psíquica; identidad de género y sexualidad; relaciones con otras personas, sitios y cosas; estados de conciencia, conocimiento del medio y sueño; pérdida o disminución de los sentidos especiales; anomalías en la sensación o interpretación de los estímulos, anomalía en el dominio del pensamiento; postura y síntomas de alteración de la función motora; registro de los síntomas más importantes de los procesos anormales.

DIAGNOSTICO:

Incluye los pasos de análisis de los datos, en la elaboración de inferencias y formulación de problemas detectados. La enfermera ayuda a la persona a identificar el problema que tiene, no decide que ese es el problema. No debemos cometer el error de contemplar las necesidades de

manera aislada sin interrelacionarlas con las demás necesidades. Pasos para elaborar diagnósticos:

1.- Análisis de los datos, identificar problemas de salud y elaboración del diagnóstico de enfermería. En esta etapa se determina por:

- El grado de independencia-dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

PLANEACION:

En la tercera etapa del proceso se deben seguir los siguientes pasos:

- 1.- Fijación de prioridades en base a las 14 necesidades.
- 2.- Formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas.
- 3.- Determinación de intervenciones y actividades más adecuadas a su situación.
- 4.- Registro del plan

EJECUCION: Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior.

EVALUACION:

Determina el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados. Evidentemente, la enfermera no le proporciona la independencia al paciente, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos. Si bien es la quinta etapa, está presente desde el inicio, se valora el logro o no de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan y se hace junto con el paciente.⁴⁴

⁴⁴ García, G. (1997). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. (1ª.ed.). Delegación Cuauhtémoc, México: Progreso.

INDEPENDENCIA: *“Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona”.* (LouisRiopelle, 1993)

No hay que confundirlo con **autonomía**, la cual se define como la capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.

INDEPENDENCIA DEL NIÑO: *“Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. (Phaneuf, 1993)”.*

MANIFESTACIONES: Son conductas o indicadores de conducta de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida y salud.

DEPENDENCIA: *“Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o es inadecuado el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas. (LouisRiopelle, 1993)”*

DEPENDENCIA DEL NIÑO: *“Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo. (Phaneuf, 1993)”.*

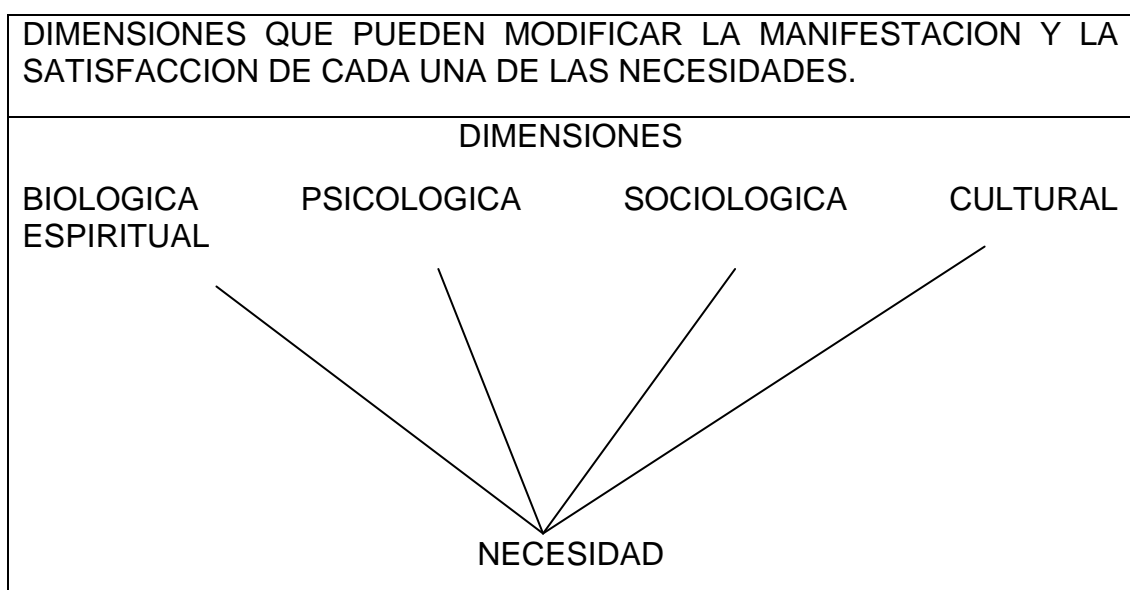
MANIFESTACIONES: Son conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida y salud. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad.

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención, de que dispone la enfermera son los siguientes: reemplazar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento.

NECESIDADES BASICAS:

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras. **Para V. Henderson una necesidad es un requisito más que una carencia.**

DIMENSIONES: Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede descubrirse la enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones. Aunque cada una de las necesidades está más relacionada con alguna de éstas dimensiones, sin embargo en todas ellas se dan éstos componentes esenciales.



FUENTE: Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería* (1ª.ed.)(Trad. C. Lopez, J. Lopez). Barcelona, España: MacGraw – Hill.

CUIDADOS BASICOS:

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a su aumentar, mantener o recuperar la independencia en la satisfacción de las necesidades como a suplir la autonomía de la persona en los aspectos que lo requieran. (Fernández, 2005)

Tal como se deduce en ésta definición, los cuidados básicos no implican tareas de escasa complejidad, sino cualquier cuidado enfermero que requiera la persona para alcanzar su independencia o para ser publicada en su autonomía, sin importar el grado de dificultad.⁴⁵

Cada persona se configura como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su crecimiento y desarrollo. Por cuidados básicos de enfermería se refiere a ayudar a los pacientes o darles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlos a cabo sin ayuda en las siguientes actividades:

Respirar normalmente: Consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.

Comer y beber adecuadamente: Necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

Eliminar por todas las vías corporales: Es la necesidad que tiene todo organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina, heces, la transpiración, espiración pulmonar y menstruación.

⁴⁵ Luis, M. Fernández, C. Navarro, M. (2005). *De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (3ª. ed.). Barcelona, España: El Seiver Masson.

Moverse y mantener posturas adecuadas: Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.

Dormir y descansar: Es una necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo

Escoger ropa adecuada: Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente: Necesidad del organismo para mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales y constante para mantenerse en buen estado

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Necesidad del individuo, para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: El ser humano debe protegerse de toda agresión externa o interna para mantener así su integridad física y psicológica.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal, para expresar sentimientos, opiniones, experiencias e información.

Rendir culto según sus propias creencias Es una necesidad para todo individuo hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal, la justicia y la persecución de una ideología.

Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Esto le permite desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo y así llegar a una total plenitud.

Jugar y participar en actividades recreativas: Es divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un desarrollo físico y psicológico.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes: Necesidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.^{46, 47}

Para ayudar al paciente en estas actividades, la enfermera necesita un gran conocimiento de las ciencias biológicas y sociales y las técnicas basadas en éstas.

Todas las necesidades adquieren su pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad: universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos y especificidad porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.

El estudio por separado de cada necesidad no nos da la visión del ser humano en su totalidad, sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de éstas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. El análisis de las necesidades una a una, es adecuada cuando los fines son didácticos, o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención.

⁴⁶ Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, M. (1993). Un proceso centrado en las necesidades de la persona (1a. ed.). (Trad. M. Gil, O. Prats). España: MacGraw – Hill.

⁴⁷ Henderson, V. (1994). La Naturaleza de la Enfermera. Reflexiones 25 años después. (Trad. S. Haase) Interamericana-Mcgraw-Hill.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

FUENTES DE LA DIFICULTAD:

“Es el impedimento para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales del individuo, (Phaneuf, 1993) y son:

Falta de conocimiento: saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la práctica (saber qué hacer y cómo hacerlo).

Falta de fuerza: puede ser física aspectos relacionados con el poder hacer y que incluyen la fuerza, tono muscular y capacidad psicomotriz-Psíquica alude cambio de valores y actitudes, (saber porqué y para qué actuar), y requiere que la persona tenga la capacidad de interrelacionar los conocimientos con su situación de salud, de extraer conclusiones y tomar decisiones

Falta de voluntad: implica mantener la conducta adecuada para satisfacer las necesidades básicas durante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad requeridas (querer hacer).

FACTORES DE LA FUENTE DE DIFICULTAD

FACTOR DE ORDEN FISICO	Atentado de la integridad física: -Insuficiencia intrínseca del organismo -Insuficiencia extrínseca del organismo -Desequilibrio del organismo -Sobrecarga del organismo
FACTOR DE ORDEN PSICOLOGICO	Atentado en la integridad del yo, implican sentimientos y emociones.
FACTOR DE ORDEN SOCIOLOGICO	Atentado en la integridad social (relación con el medio ambiente y el entorno)

FALTA DE CONOCIMIENTO	Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del mundo.
FACTOR DE ORDEN ESPIRITUAL	Relacionado con conflicto de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa.

FUENTE: Phaneuf, M. (1993). Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería (1ª.ed.)(Trad. C. Lopez, J. Lopez). Barcelona, España: MacGraw – Hill.

FOCO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención de enfermería debe centrarse directamente en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella, aunque esto no siempre sea posible. La suma del problema de dependencia y de la fuente de dificultad que lo causa constituye el diagnóstico de cuidados de enfermería.

GRAFICA DEL CONTINIUM DE DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en éste punto. Significa que existen grados de satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo puede darse un grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. Por tanto es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera, se puede evitar en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

La siguiente gráfica muestra los diversos niveles del continuum independencia dependencia facilitando así la visualización.

GRAFICA DEL CONTINUM DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA:

	1	2	3	4	5	6	
I	El cliente	Utiliza sin ayuda y	Debe recurrir a otra	Necesita	Debe contar con	Debe confiarse	D
N	responde por sí	de forma	persona para que	asistencia para	otro, para hacer lo	enteramente a	E
D	mismo a sus	adecuada un	le enseñe lo que	utilizar un aparato,	necesario para	otro para poder	P
E	necesidades de	dispositivo de	debe hacer y para	un dispositivo de	cubrir sus	satisfacer sus	E
P	forma aceptable,	sostén o una	controlar si lo hace	sostén o una	necesidades pero	necesidades.	N
E	que le permita	prótesis.	bien; debe ser	prótesis.	puede colaborar de		D
N	asegurar su		asistido, aunque		algún modo.		E
D	homeostasia		ligeramente.				N
E	física y						C
N	psicológica.						I
C							A
I							
A							

FUENTE: Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería* (1ª.ed.)(Trad. C. Lopez, J. Lopez). Barcelona, España: MacGraw – Hill.

INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA DEL CONTINUM DEPENDENCIA INDEPENDENCIA

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles entre la independencia y dependencia de una persona adulta, los cuales se enuncian así:

1.-El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.

2.- Es independiente si utiliza – sin ayuda, y de forma adecuada – un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis. Y, de este modo logra satisfacer sus necesidades.

3.- Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.

4.- Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

5.- Su dependencia es a un mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones

6.- Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.⁴⁸

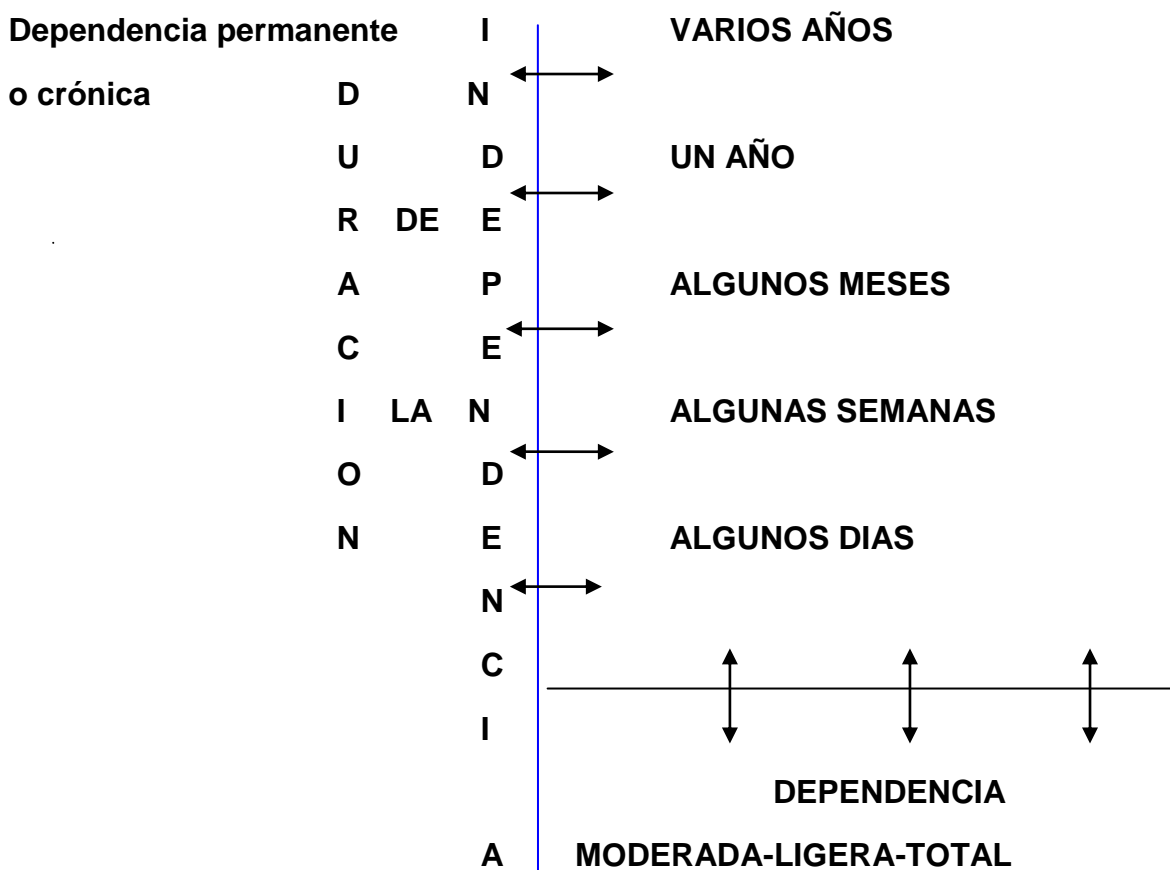
⁴⁸ Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería* (1ª.ed.)(Trad. C. Lopez, J. Lopez). Barcelona, España: MacGraw – Hill.

GRAFICA TIEMPO Y DURACIÓN DE LA DEPENDENCIA

La dependencia de una persona debe ser considerada en relación a su intensidad y a su duración.

Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. Es evidente que cuanto mayor es la intensidad y la duración de la dependencia más importante es el impacto sobre la persona y sobre los cuidados de enfermería.

La figura siguiente permite ver esta relación.



SUPUESTOS:

1. La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de sociología como de psicología, puede evaluar las necesidades básicas.
2. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables y requiere ayuda para conseguir su independencia.
3. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
4. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.⁴⁹

VALORES:

Constituyen el porqué del modelo y se refieren a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales desde la perspectiva de la autora (no son cuestionables)

- 1.- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud.
- 2.- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La enfermera que no tiene claro su propio papel lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.
- 3.- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle. La enfermera debe su existencia al

⁴⁹ García, G. (1997). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. (1ª.ed.)México, Del. Cuahtémoc: Progreso.

hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.⁵⁰

PRINCIPIOS O POSTULADOS

Para Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta 14 necesidades, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

1.- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.

2.- Independencia: satisfacción de una o varias necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según la fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

3.- Dependencia: no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

4.- Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

5.- Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.⁵¹

ENUNCIADOS TEÓRICOS.

- *DEFICION DE LA FUNCION DE ENFERMERIA*: “Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena),

⁵⁰ Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, M. (1993). *Un proceso centrado en las necesidades de la persona* (1a. ed.). (Trad. M. Gil, O. Prats). España: MacGraw – Hill.

⁵¹ Ibid Riopelle.

actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

- *RELACION CON EL PACIENTE EN EL PROCESO DE CUIDAR:*

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

- *RELACION DE LA ENFERMERA CON EL EQUIPO DE SALUD:*

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

Si representamos la salud y el cuidado médico en un gráfico con forma de tarta, podremos asignar partes de diferentes tamaños a los miembros de lo que ahora denominaremos como el equipo. Hay miembros del equipo que en ciertas situaciones no tienen ninguna parte en la tarta, y la porción de cada miembro deberá variar de tamaño dependiendo del problema que tenga el paciente, su habilidad para ayudarse a sí mismo y la persona que esté disponible para ayudarlo. De todos los miembros del equipo exceptuando al paciente y al médico, la enfermera es la que más a menudo tiene participación. Desempeña un papel importante en un período y asume otro menos importante a medida que otros la sustituyen y que el paciente va adquiriendo independencia.

Cuando las enfermeras asumen el papel del médico, delegan sus funciones principales en personal preparado inadecuadamente.

EL EQUIPO DE ATENCION INCLUYE AL PACIENTE Y A SU FAMILIA:

La enfermera es la principal ayuda del paciente para seguir las prescripciones del médico y su estrecha relación con el paciente puede ser en sí misma terapéutica.

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratara de que ambos alcancen e máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.⁵²

Se ha hecho un gran esfuerzo por parte de distintas personas, pequeños grupos y enfermeras organizadas para definir sus funciones, pero éste es todavía un trabajo sin finalizar ya que mientras las definiciones oficiales sean insatisfactorias para las enfermeras o demasiado generales para proteger a las enfermeras y a la población, o para guiar la práctica, la investigación y la educación, las enfermeras seguirán buscando respuestas que satisfagan sus necesidades.

Los profesionales de enfermería debemos asumir el liderazgo del cuidado, para lo cual requerimos un marco de referencia que nos centre en aspectos fundamentales y nos dé una perspectiva global del servicio donde nos desempeñamos.

En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos nos orientan sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina, además favorece la comunicación entre los profesionales de enfermería al unificar criterios frente a situaciones de cuidado, y a la aplicación del proceso de enfermería

Aunque los conceptos han sufrido modificaciones a lo largo de la historia de enfermería, éstas son solo de forma, no de fondo; tales modificaciones son necesarias, a fin de que haya mayor claridad, y se logre en un futuro más cercano, la aceptación y puesta en práctica tanto del proceso de enfermería como de los modelos, por el mayor número de enfermeras, así de clínica, como de enseñanza e investigación.

⁵² Luis, M. Fernández, C. Navarro, M. (2005). De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (3ª. ed.). Barcelona, España: El Seiver Masson.

1.4 ASPECTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los abusos cometidos durante el régimen nazi y las violaciones a la dignidad y a la vida de las personas sometidas a estudios de investigación, constituyen los antecedentes que generaron una concientización creciente sobre la importancia de defender los derechos humanos en el curso de ensayos clínicos y farmacológicos. Así surgieron los códigos y normas internacionales que sirven como referencia de las diferentes organizaciones, consejos y comités de ética y bioética institucionales donde la UNESCO se ha configurado como el punto de referencia de la ética institucional.⁵³

Aunque durante muchos años ha estado identificada con la Ética Médica o la Ética Ampliada, lo cierto es que la Bioética es una materia multidisciplinaria que se ocupa de examinar desde el punto de vista de los principios y normas de buenas prácticas bioéticas, el impacto del desarrollo y las aplicaciones que numerosas situaciones clínicas plantean interrogantes morales y requieren de una cuidadosa evaluación para establecer un modelo ético de relación clínica. El actual modelo intenta poner en relevancia la autonomía y suplantar al antiguo en que se ha sustentado la relación médico-paciente y que ha sido el del paternalismo. El principio ético, soporte de estas nuevas ideas es el de la autonomía. Este principio afirma la potestad moral de los individuos para decidir libremente cómo gobernar su propia vida mientras ello no interfiera con el proyecto vital de sus semejantes. Esta nueva concepción se ha ido introduciendo y está transformando radicalmente la clásica relación.

Los principios de la bioética en el mundo contemporáneo además de caracterizarse por el incremento de tecnologías se acompaña de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo, como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales, con valores que pueden considerarse prioritarios. Esta nueva situación social con su abundancia de opciones de diversos valores que exigen concentrarse en los principios

⁵³ Villalba, C.Torres, M. et al. (2008, octubre-diciembre) *Generalidades de la Bioética*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 21(4), 296-305.

morales intermedios tradicionales de la ética médica tales como beneficencia justicia, responsabilidad profesional y respeto por la autonomía del paciente.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

El código representa el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.⁵⁴

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

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

⁵⁴ Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. México, D.F.

El consentimiento informado representa el desarrollo de un proceso de intercambio de información, entre el profesional de la salud y las personas que recibirán la asistencia sanitaria. La condición básica para que éste se efectúe es el establecimiento de la relación interpersonal, la que, en este contexto se denomina relación clínica. La discusión bioética refuerza la idea de que los niños, niñas y adolescentes tienen derechos y deben ser respetados como tales. El derecho a la salud, el derecho a una atención correcta, en tiempo y forma, con todos los deberes que emanan de la atención del niño, niña y adolescente hospitalizado y en atención ambulatoria. Debe quedar muy claro que se otorga privilegio a que el bien tutelado es la “vida”, más allá de todas las formalidades que existieran y que deben tenerse en cuenta a la hora de solicitar los consentimientos que surgieran, apoyándose en la Justicia, realizando las denuncias en los estamentos que correspondan y siempre teniendo en cuenta que el interés superior es el del niño, niña y adolescente.⁵⁵

En éste momento, en que todo pasa aprisa es momento de reflexionar sobre los conceptos éticos de la enfermera, como se beneficia con ellos y como los vive para con el enfermo, quien es el fin de la existencia de una enfermería humana.

El objetivo de este documento es familiarizarme con los principios éticos y bioéticos que complementan mi formación, su historia; conocer el código de ética para enfermeras y enfermeros de México, así como el decálogo de la enfermera; establecer las bases para la aplicación del Consentimiento Informado en niños y adolescentes parcial y gradualmente dependiendo del desarrollo evolutivo moral que cada individuo tenga alcanzado.

HISTORIA DE LA BIOÉTICA:

Hasta fines de la década de los 60 la práctica médica universalmente estaba regida por la Ética Hipocrática, basada fundamentalmente por los principios de no dañar y hacer el bien , que respondía al énfasis puesto por

⁵⁵ Cortés, G. (2007, septiembre- diciembre). *Consentimiento Informado: Fundamentos y Práctica*. *Revista Calimed*, 13(3), 79-87.

filósofos de la Grecia Antigua, especialmente Aristóteles , aunque también Sócrates y Platón, en la práctica de las virtudes, una ética más bien Deontología.

El código de Nuremberg surgió como resultado de una propuesta colectiva posterior a las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial. La declaración de Helsinki (1964) es una propuesta de principios éticos que permite orientar a los médicos y a los investigadores en medicina humana. En el informe Belmont (1979) se consagraron los 3 principios éticos sobre el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. La aplicación de éstos principios conduce a la consideración de tres requisitos para realizar investigaciones biomédicas (consentimiento informado, evaluación de riesgos y beneficios y selección de sujetos). El Consejo de Nuffield de Bioética emitió un documento para la ética de investigación sanitaria dirigido a países en desarrollo, el cual contiene cuatro principios: aliviar el sufrimiento, mostrar respeto hacia las personas, ser sensible hacia las diferencias culturales y no aprovecharse de la vulnerabilidad.

En México (septiembre 2005) se decretó la creación del órgano desconcentrado denominado “Comisión Nacional de Bioética”, el cual es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía técnica y operativa, la cual tiene por objetivo promover la creación de una cultura ética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana y desarrollar normas éticas para la atención, investigación y la docencia en salud.⁵⁶

El gran desarrollo científico técnico y sistema de valores morales propiciaron cambios en la Ética Médica y consecuentemente su enseñanza. En este contexto, el Doctor Van Roensselaer Potter, oncólogo norteamericano de la universidad de Wisconsin, en 1970, crea el término “Bioética”, dándolo a conocer al mundo en su libro “Bioética, Puente Hacia El Futuro”.

⁵⁶ Villalba, C.Torres, M. et al. (2008, octubre-diciembre) *Generalidades de la Bioética*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 21(4), 296-305.

BIOETICA:

Es necesario el equilibrio entre los polos de confianza; tecnología y humanismo médico. Para lograr esa justa dimensión que el desarrollo implica, se instituye la Bioética, potente, sabia, fortalecida por los imperativos tecnológicos de estos tiempos. Erguida sobre los fundamentos hipocráticos, la Bioética no debe ser entendida como material para teoría inerte en anaqueles empolvados. Precisa manejo y estudio constante dadas las insospechadas formas de manipulación de la vida, a saber: los trasplantes de órganos, la fertilización en vitro, bancos de semen, la manipulación ingenieril de genes y la abogacía del derecho consentido a morir (eutanasia).

La Bioética se define como: *"El estudio sistemático de los problemas de la biomedicina de carácter interdisciplinario y plural a la luz de los principios y normas morales"*. (Villalba, 2008). La bioética representa hoy, un movimiento universal de responsabilidad profesional y por su concepción de ética global, es de la incumbencia de todos los seres humanos para respetar la naturaleza, conservar los ecosistemas y favorecer la supervivencia de la biodiversidad.⁵⁷

PROBLEMAS ETICOS A QUE SE ENFRENTA EL PERSONAL DE SALUD:

Entre los problemas de esta relación, en la vertiente del médico hacia el paciente, la más destacada es la deshumanización y la despersonalización, esto es, la pérdida de la relación con el enfermo. Se debe al aumento en el número de personas que le brindan el cuidado (especialización y grupo de médicos tratantes) y a la tecnificación de la medicina. Sus expresiones mayores son: la "codificación" del paciente al convertirlo en un objeto sin rasgos personales, sentimientos y valores, identificándolo como un número (de cama, de filiación), una enfermedad o un procedimiento; la ausencia de calor en la relación humana. Otros problemas son: el abuso económico, el físico o el sexual; el engaño, la indiscreción y el abandono, la desconfianza y la discriminación.

⁵⁷ Ibíd Villalba, pág. (296-305)

En la otra vertiente también se ha producido la deshumanización ya que el paciente o los familiares han convertido al médico en objeto; difícilmente en nuestros hospitales lo conocen por su nombre y lo han transformado en un número (el del consultorio) o en una especialidad (el pediatra), perdiendo así sus cualidades personales. Una forma frecuente de utilización del médico es mediante la exigencia por parte del paciente de una solución, o de realizar tratamientos que el médico no considera adecuados, o incluso inmorales. Esto pasa por considerar al médico como un prestatario de servicios técnicos, rebajándolo del carácter de persona, con creencias, al de una máquina. También puede suceder, y es una situación frecuente, el abuso personal (consultas telefónicas), el engaño (fingir una enfermedad para obtener un certificado de incapacidad) y la indiscreción (un paciente insatisfecho no guarda confidencia, sino difunde su descontento), las demandas injustificadas (al exigir obligación de resultados o para obtener dinero), la desconfianza y la discriminación.⁵⁸

Uno de los dilemas éticos que debemos enfrentar, desde el punto de vista de la sociedad, es el de la elevada tecnología, al servicio de unos pocos; o bien el incremento de la atención de extranjeros en detrimento de la capacidad de los servicios de atención.

CODIGO DE ETICA:

Un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que

⁵⁸ Cortés, G., (2010). *Bioética en la relación médico-paciente*. CONAMED, 63-69.

puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

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

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

Con motivo de la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, que la Secretaría de Salud emprende, el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios.

PRINCIPIOS DEL CODIGO DE ETICA:

Beneficencia y no maleficencia:

Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar éste principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de éste principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia:

En la atención de enfermería la justicia no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico,

espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía:

Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con éste principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana:

Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad:

El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se

obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad:

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

Veracidad:

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

Confiabilidad:

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

Solidaridad:

Es un servicio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de

unión y asociación, en el conocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las otras personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia:

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

Terapéutico de totalidad:

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

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

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante o sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁵⁹

⁵⁹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. México, D.F.

CAPITULOS DEL CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de auto cuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los horarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPITULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas, consultar fuentes de informaciones fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionales: evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.⁶⁰

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA:

La observancia del Código de Ética compromete al personal de enfermería:

1. A respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas de cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante el riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas, experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁶¹

⁶⁰ Ibid. Comisión Interinstitucional de Enfermería.

⁶¹ Ibid. Comisión Interinstitucional de Enfermería.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Quizás el cambio más importante en la ética clínica a partir del movimiento de la bioética es el reconocimiento pleno de la autonomía del paciente que le fuera escatimada durante mucho tiempo. Con el principio de autonomía se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones, aún cuando no sean las mejores desde una perspectiva sanitaria, incluso negarse a seguir las prescripciones de los médicos si no les parecen apropiadas. Con el reconocimiento de éste principio se fortalece la regulación social, donde el paciente juzga la calidad del médico, demanda y exige, denuncia y reclama. Actualmente, el consentimiento informado se sustenta en la autonomía, entendida tanto como derecho moral y legal, como deber. El Principio de autonomía se define como *“la capacidad que permite elegir y actuar de forma razonable, basándose en la apreciación personal acerca de las futuras posibilidades, evaluadas en función de los sistemas de valores de la persona”*. (Cortés, 2007). Se trata de una facultad que surge de la correspondiente para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que se considera bueno. Tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas. El autónomo es un acto sin restricciones internas ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con la evaluación hecha por la persona en el momento de tomar la decisión.⁶²

La situación más simple, si bien no la más común, es que el paciente rechace explícitamente la información y acepte la decisión médica. En casos de urgencias suele aplicarse el denominado consentimiento presuntivo, donde se presume que si el paciente o su familia pudieran ser informados, otorgarían el consentimiento. Otra excepción es que la enfermedad del paciente represente un grave peligro para la salud pública, bien de su entorno familiar o bien de la comunidad, lo que justifica la acción médica aún en contra de la voluntad del enfermo o su familia (por ejemplo, casos de cuarentena por enfermedades de alto poder de contagio). En el caso de niños hijos de padres con ideas religiosas contrarias a la buena práctica clínica, puede aplicarse el imperativo legal para la acción médica. Una

⁶² Ibíd Cortés, 79-87.

última excepción, es el llamado privilegio terapéutico, en el que el médico podría realizar un procedimiento o tratar al paciente sin informarle, si considera que dicha información puede ser lesiva para él o su familia. Esta circunstancia es, afortunadamente, mucho menos frecuente.⁶³

La información implica una explicación clara de beneficios, riesgos y alternativas. Es imprescindible el convencimiento de que se ha comprendido dicha información, que versará sobre:

- Estudio a realizar, objetivos, duración, procedimientos que se seguirán.
- Riesgos y molestias previsibles, ya sean leves o graves, aun siendo raros. Beneficios para el sujeto o para otros individuos.
- Alternativas para los procedimientos o tratamientos a realizar.
- Confidencialidad de los datos y documentos que identifiquen al sujeto.
- Fuentes de información adicional en caso de dudas.
- Personas con las que contactar en caso de imprevistos, dudas o lesiones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- El consentimiento informado ha pasado por diferentes etapas: inexistente, documento firmado a ciegas, documento firmado luego de informaciones parciales o incompletas, documento firmado con conocimiento del experimento en curso, sus riesgos y sus beneficios y como renovación de consentimiento para realizar nuevas pruebas.
- En la actualidad el consentimiento informado constituye un elemento esencial de la relación médico paciente, es inadmisibles la realización de un procedimiento médico que conlleve riesgo, o de un proyecto de investigación, sin la firma de éste.
- El consentimiento informado “es el acto mediante el cual se comunica al paciente sobre el padecimiento, procedimientos de diagnóstico, tratamiento, complicaciones, riesgos inherentes, o participar en una investigación que representa un riesgo para su vida o su salud, y que en forma libre, consciente y responsable, tome la decisión”. (Cortés,

⁶³ Lifshitz, A. (2007, Julio-Agosto). *Influencia de la bioética en la ética clínica*. Revista Medigraphic Artemisa, .45(3), 209- 211.

2007) El paciente debe comprender la información, analizar los riesgos y beneficios y que la decisión sea autónoma, para lo cual debe ser competente. Para ser competente necesita conciencia, inteligencia y raciocinio.⁶⁴

- Para que realmente podamos hablar de consentimiento libre e informado, se requieren tres elementos a saber:
- **Información completa.** Los sujetos deben recibir del médico la información completa, adecuada y veraz. Esto implica utilizar un lenguaje adecuado y una terminología comprensible para ofrecer información suficiente en cantidad y profundidad, que permita comprender el alcance y las consecuencias que pueden tener sus decisiones.
- **Comprensión.** Es necesario que el individuo comprenda la información proporcionada desde su ángulo en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.
- **Libertad de elección.** Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No debe existir coacción, es decir, no debe presionarse para que tome rápidamente decisiones sin haber elaborado adecuadamente la información.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PEDIATRIA:

La "Convención sobre los derechos del niño", en su Artículo 1 manifiesta que un niño es todo ser humano menor de 18 años de edad. Los adultos, en virtud del principio de autonomía, son quienes consienten y deciden sobre la proposición médica. Pero en pacientes con edad pediátrica nos encontramos con la dificultad de la competencia del sujeto para otorgarlo.

La "Declaración de los derechos del niño" indica que este, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Las capacidades del niño para comprender lo que sucede se van

⁶⁴ Cortés, G. (2007, septiembre- diciembre). *Consentimiento Informado: Fundamentos y Práctica*. Revista Calimed, 13(3), 79-87.

adquiriendo progresivamente según avanza en edad. Mientras no alcanzan la capacidad física (y jurídica) obra en los padres o la persona que los sustituya el derecho de recibir las informaciones relativas a la enfermedad y bienestar del niño, y decidir por ellos.⁶⁵

Esta limitación de la competencia infantil no debe ser aplicada a ultranza. Cada vez se reconoce más la necesidad moral de solicitar el consentimiento a aquellos que ya rondan o están de lleno en la adolescencia, aunque legalmente todavía sean los padres quienes deben otorgarlo. Aún en pre-adolescentes, es necesario dar explicaciones sencillas que alejen o al menos minimicen el temor a la acción de salud, lo cual no entra en conflicto con la responsabilidad paterna o del tutor por esa acción.

Los conflictos suelen suscitarse en casos de maltrato o abuso infantil, rechazo de tratamientos basado en creencias religiosas por parte de los padres, solicitud por parte del niño de que ciertas informaciones sean confidenciales y limitación paterna de la comprensión de la información, bien por "bloqueo" emocional, rechazo o defensa ante la situación, estrés familiar, desconocimiento de términos o conceptos, e incapacidad mental para afrontar la situación.

Ante dichas situaciones, los pediatras y demás profesionales dedicados a la asistencia de este grupo poblacional, cada vez más deben considerar cuál pudiera ser el punto de vista del niño y recurrir a instancias judiciales, si es preciso, para defenderlo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Los mismos problemas enunciados en relación con la práctica pediátrica estrictamente "clínica", se aprecian en el ámbito de la actividad de los servicios pediátricos quirúrgicos y anestésicos, con la particularidad de que el paciente, en el proceso de curación, es sometido a dos procedimientos con riesgos separados y a la vez interrelacionados: aquellos derivados de la intervención operatoria propiamente dicha y aquellos relacionados con la sedación y la anestesia. Ello representaría, en términos estrictos, la aceptación de propuestas y decisiones médicas diferentes para

⁶⁵ González, L., Cabrera, A. (2009, Julio-Agosto). *Relación médico paciente y consentimiento informado en cirugía pediátrica: teoría y realidad en la práctica local*. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 7(4).

un mismo paciente, que en la mayoría de los casos se enuncian en momentos distintos.

Adicionalmente, a diferencia también de la mayoría de los pacientes con otro tipo de enfermedades, la atención médica a pacientes con dolencias que requieren procedimientos quirúrgicos presupone la separación forzosa de la familia durante un tiempo variable: aquel en el cual el enfermo está en el quirófano, antes, durante y después de la operación. Pero, cualquiera sea el motivo de la obligada separación, lo cierto es que se deja al niño enteramente al cuidado del equipo de salud, lo que implica una gran responsabilidad para sus integrantes.⁶⁶

PROBLEMAS "NO MÉDICOS" EN SERVICIOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Hay problemas que de forma recurrente tocan a la puerta de los cirujanos pediátricos y cuyas respuestas no suelen estar tan accesibles como los instrumentos del quirófano, pero rondan la RMP como amenazas potenciales.

1. Hay instituciones en las que existen posibilidades "técnicas" (o se han creado a partir de las decisiones y la voluntad administrativa) para que el niño esté acompañado por sus familiares en la mayor parte del proceso quirúrgico. Esto puede ser una limitación, pero otras veces pudiera ser el temor del equipo de trabajo a la "supervisión" o "intromisión".
2. El niño tiene una enfermedad que requiere una intervención quirúrgica, pero los padres no desean operarlo. En la cirugía infantil suele estar bien delimitado el momento más apropiado para cada operación en cada enfermedad, por lo que en algunas enfermedades no pueden retardarse o adelantarse porque los efectos serían dañinos a la salud.
3. Los padres no desean aplicar un tratamiento al niño.
4. Los padres quieren operar a un niño sano, pero el niño no decide.
5. Los padres tienen dudas del diagnóstico y desean exámenes adicionales o una "segunda opinión".

⁶⁶ Ibid González,

6. El niño tiene una enfermedad solucionable dentro de la capacidad resolutoria de la unidad, pero los padres quieren que se les refiera a otro centro.
7. El niño es sometido a exámenes o tratamientos que generan dolor y este no es prevenido o aliviado precozmente.
8. El niño está limitado para comprender lo que sucede pero no para sufrir o sentir (retraso mental severo, parálisis cerebral infantil).
9. Tiempo restringido para ofrecer y discutir la información con el paciente y sus familiares.⁶⁷

Es preciso imponer siempre un límite a la actuación y decisiones de enfermería en su interacción con el usuario y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en todos sus aspectos así como ser humano y espiritual. El usuario tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento que se le sugiera, y al profesional de enfermería solo le corresponde explicar y justificar la necesidad del procedimiento a practicarle y si el caso lo requiere advertir de los riesgos de rechazar el procedimiento. Pero hasta ahí, el enfermo es el único dueño de su vida y decisiones.

“En estos tiempos tenemos una tarea mucho más exaltante e infinitamente más alegre, tarea que consiste en proclamar que, al elegir llegar a ser enfermera(o), hicimos sin restricción ni derogación la elección por la vida y que, ante el sufrimiento, discapacidad y la muerte queremos ser testigos de aquello que hace más falta a los hombres de hoy en día: la ternura, la esperanza y el amor”.

Como profesionales de enfermería es nuestra obligación el estudiar, investigar e informarnos así como formarnos en cuestiones de biomedicina, bioética, política y derechos relativos a la promoción y defensa de la dignidad humana, vigilando siempre el cumplimiento de los principios deontológicos. Así, la práctica de la medicina y la enfermería se convierten en un contacto entre dos sistemas de valores: por un lado los valores médicos y por otro lado los valores del usuario.

⁶⁷ Ibid González

Como profesionales en enfermería no solamente estamos relacionados directamente con el usuario sino también, estamos incluidos en los equipos de investigación, desarrollo, y planteamiento de nuevas ideas científicas y tecnológicas. Hemos de aprovechar esta ventaja para defender aquello en lo que creemos, sin permitir que nuestra propia concepción de lo “bueno y lo malo” estancuen el desarrollo personal y de la humanidad, pero representando los ideales de ética y moral que nos cualifican.

DERECHOS DE LOS NIÑOS

La idea de crear 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). Se llevó a cabo por iniciativa de la UNICEF el 20 noviembre de 1959.

de La primera declaración de derechos del niño, de carácter sistémica, fue la Declaración de Ginebra de 1924, redactada por Eglantyne Jebb fundadora de la organización de Naciones el 26 de diciembre de 1924.

Las Naciones Unidas aprobaron el 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente, incluía los derechos del niño. A partir de 1975, con ocasión del Año Internacional del Niño, se comenzó a discutir una nueva declaración de derechos del niño, fundada en nuevos principios. A consecuencias de este debate, en 1989 se firmó en la ONU la Convención sobre los Derechos del Niño y dos protocolos facultativos que la desarrollan:

- **Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía**

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. Entre los Derechos del niño destacan los siguientes:

- A la vida.
- A la salud.
- Al descanso, el esparcimiento, el juego, la creatividad y las actividades recreativas.
- A la libertad de expresión y a compartir sus puntos de vista con otros.
- A un nombre y una nacionalidad.
- A una familia.
- A la protección durante los conflictos armados.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- A la protección contra el descuido o trato negligente.
- A la protección contra el trabajo infantil y contra la explotación económica en general.
- A la educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales.
- a la protección contra toda clase de explotación y/o abuso sexual.

CARTA EUROPEA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

- **Extracto de la Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo**
 1. Derecho del menor a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un Centro de Salud y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.
 2. Derecho del menor a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
 3. Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor.

4. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
5. Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
6. El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
7. Derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
8. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
9. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
10. Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
11. Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
12. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

13. Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
14. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
15. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
16. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
17. Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
18. Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen.
19. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
20. Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
21. Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita -incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituya se los niega por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.

22. Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
23. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.

Última revisión: 17/10/2012

Extracto de la Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados.

(03/05/2010) | (40

KB)

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



ELABORADO POR: L.E.O. SUSANA ISABEL CERVERA SANCHEZ

Virginia Henderson consideraba a la persona como un todo complejo que presenta 14 necesidades humanas básicas y que tiende hacia la independencia. La persona está inmersa en un entorno (hogar, trabajo, escuela, hospital,) y éste puede influir de manera positiva o negativa. Los individuos sanos pueden controlar su entorno y realizar sin ayuda las 14 necesidades y se considera un estado de independencia.

La enfermera posee conocimientos técnicos, éticos y científicos para ayudar a las personas (sanas o enfermas) a realizar actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación de la misma, las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad y conocimiento. Cuando existe una carencia, las necesidades pueden no ser satisfechas y originar problemas de salud.

Con la aplicación del PAE, la enfermera valora las 14 necesidades básicas, identifica problemas y determina el grado de independencia y las causas de la dificultad; durante la planeación se fijan prioridades en base a las 14 necesidades y se ejecuta el plan. Durante la evaluación se determina el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA SINDROME DE WEST

Debido a la amplia variedad de manifestaciones de las crisis epilépticas y con el fin de tener una comunicación adecuada y uniforme entre los clínicos, se vio la necesidad de establecer una terminología universal y de ésta manera se llegó a una clasificación internacional con base en el tipo de crisis. Esta clasificación se ha venido utilizando y ha permitido un mejor enfoque del paciente con epilepsia.

CLASIFICACION DE LAS CRISIS EPILEPTICAS:

<p>A. Epilepsia y síndromes focales idiopáticos</p> <p>Epilepsia benigna rolándica</p> <p>Epilepsia benigna occipital</p> <p>Epilepsia de la lectura</p>	<p>Sintomáticos</p> <p>Epilepsia parcial continua</p> <p>Epilepsia del lóbulo frontal</p> <p>Epilepsia del lóbulo temporal</p> <p>Epilepsia del lóbulo parietal</p> <p>Epilepsia del lóbulo refleja</p>
<p>B. Epilepsia y síndromes generalizados idiopáticos</p> <p>Convulsiones neonatales benignas familiares</p> <p>Convulsiones neonatales benignas</p> <p>Ausencias de la niñez</p> <p>Epilepsia mioclónica juvenil</p> <p>Crisis TCG del despertar</p> <p>Epilepsia con crisis facilitadas por modos específicos de activación</p> <p>Sintomática</p> <p>Etiologías no específicas</p> <p>Síndromes específicos</p>	<p>Criptogénicos o sintomáticos</p> <p>Síndrome de West</p> <p>Síndrome de Lennox-Gastaut</p> <p>Epilepsia mioclónica astática</p> <p>Epilepsias con ausencias-mioclónías).</p> <p>Encefalopatía mioclónica temprana</p> <p>Encefalopatía epiléptica temprana con supresión.</p> <p>Enfermedades en las cuales las crisis están presentes o son predominantes.</p>
<p>C. Epilepsia y síndromes sin inicio claro focal o generalizado</p> <p>Crisis generalizadas focales</p> <p>Crisis neonatales</p>	<p>Con hallazgos inequívocos generalizados o focales.</p> <p>Todas las crisis TCG generalizadas en las que el EEG y la clínica no permiten clasificarlas como focales o</p>

Epilepsia mioclónica de la niñez Epilepsia con puntas continuas durante el sueño Epilepsia con afasia adquirida	generalizadas.
D. Síndromes especiales Crisis en situaciones específicas	Crisis febriles, crisis aisladas Crisis en estados agudos metabólico-tóxicos

Fuente: Toro, J. Yepes, M. et al. (2001). Neurología, serie interamericano de medicina. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.

En el año de 1841, el médico inglés William West observó en su hijo de 4 meses de edad una serie de episodios con espasmos en flexión los cuales fueron relatados en una carta dirigida a la revista Lancet titulada “sobre una forma peculiar de convulsiones del lactante”. Por ello a este cuadro patológico se le atribuyó su nombre.

Está actualmente incluido en la nueva clasificación de las epilepsias como uno de los “síndromes especiales” (como se observa en el cuadro anterior) y es además una de las epilepsias de más difícil manejo aún para el neuropediatra más experimentado.

CONCEPTO:

El Síndrome de West *“es una encefalopatía epiléptica (condición en donde las anomalías epileptiformes contribuyen al disturbio progresivo en la función cerebral) de comienzo temprano en el periodo de la niñez, se caracteriza por espasmos epilépticos La duración de cada espasmo varía de medio segundo a dos segundos, al comienzo suelen ser aislados, pero posteriormente pueden llegar a generar hasta cien espasmos”.* (Atuesta, 2001)

INCIDENCIA:

La incidencia de éste síndrome es de alrededor de 1 por 4000 a 6000 nacidos vivos, predomina en el sexo masculino y se presenta por lo general en menores de un año.⁶⁸

ETIOLOGIA:

En la literatura se describen la categoría **sintomática** que hace referencia al síndrome en el cual las crisis son el resultado de una o más lesiones estructurales cerebrales identificables, mientras el **criptógeno** se reserva para aquéllos que son sintomáticos pero no se ha conseguido identificar la casusa y en el **idiopático** se considera a los pacientes con desarrollo psicomotor normal, hipsarritmia, antecedentes perinatales negativos, ausencia de otro tipo de convulsiones y estudios de neuroimagen normales.

El ruido repentino, la estimulación táctil, el hambre, la excitación y el calor ambiental pueden favorecer la presencia de los espasmos.

Factores prenatales: son los de mayor frecuencia como malformaciones cerebrales, anomalías macrosómicas (Síndrome de Down), infección, enfermedades metabólicas que son causas poco frecuentes, síndrome congénito.

Factores perinatales ocupan el segundo lugar y se considera la encefalopatía hipóxico isquémica, hipoglicemia. La gravedad de éstos factores aumenta se aparecen otros agentes como anemia o infección.

Factores posnatales constituyen las causas menos frecuentes y predominan la meningitis, hemorragia intracraneal y la encefalitis aguda.⁶⁹

FISIOPATOLOGIA:

Aun es desconocida, pero existen diversas hipótesis para ofrecer alguna explicación. Se considera que los espasmos son una respuesta inespecífica del cerebro inmaduro a cualquier daño. En el periodo de 6

⁶⁸ Pozo, A. Pozo, D. (2002). *Síndrome de West: etiología, Fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos*. *Revista Cubana Pedriátrica*. 74(3) 151-161.

⁶⁹ Atuesta, A. Reina, D. (2009). *Síndrome de West: encefalopatía epiléptica*. *Revista de los Estudiantes de la Universidad Industrial Santander*. 22(1). 66-74.

meses a un año de vida se confirma la corticalización, se completa la mielinización de la sustancia blanca, se encuentra más completo el desarrollo dendrítico y comienzan a aparecer los mecanismos inhibitorios. Se piensa que lo anterior coincide con la edad inicial para el síndrome de West. La ipsarritmia es por el desequilibrio de los neurotransmisores del tallo cerebral en el incremento o disminución de la actividad del sistema colinérgico, anomalías en la función receptora del glutamato origina espasmos y la participación de estructuras subcorticales apoyan el origen de ipsarritmias aumentando la actividad metabólica en el núcleo lenticulado y en el tallo cerebral.^{70,71}

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Espasmos infantiles: los cuales consisten en contracciones breves en flexión o extensión o mixtas, bilaterales simétricas y bifásicas (imitando algunas veces el reflejo de Moro). La duración varia de medio a dos segundos, al principio aislados y posteriormente se generan hasta 100 espasmos, y se acompañan de una breve pérdida de la conciencia. El espasmo inicia con un ataque de risa, posteriormente llanto, continuando con somnolencia.

Retardo del desarrollo psicomotor se produce a raíz de un daño cerebral, suele surgir durante los primeros meses de vida, ya que se evidencia una desproporción entre el desarrollo observado y el esperado para la edad. En ocasiones es muy notorio y en otras muy leves.

Hipsarritmia designa un patrón desorganizado, arrítmico y de elevado voltaje consistente en una mezcla caótica de descargas de punta onda aguda y ondas lentas arrítmicas, continuas, multifocales y de gran amplitud.⁷²

A la reunión de éstos hallazgos clínicos se le denomina la triada clásica electro clínica.

⁷⁰ Op. Cit.Pozo, pág. 151-161.

⁷¹ Op. Cit.Atuesta, pág. 66-74.

⁷² Ibíd Auesta, pág. 66-74

DIAGNOSTICO:

La importancia de un diagnóstico rápido consiste en poder iniciar el tratamiento lo antes posible. Es sencillo de diagnosticar al tener todos los parámetros de la **triada clásica**. El progreso en la identificación de casos sintomáticos ha aumentado gracias al mejoramiento en los métodos de neuroimagen como **tomografía computarizada, resonancia nuclear magnética**, así como el electroencefalograma **EEG**.⁷³

PRONOSTICO:

Se considera de mal pronóstico, pues la mayoría de éstos pacientes desarrolla un cuadro de epilepsia crónica, con retardo mental en el 90% de los casos y con frecuencia se asocia con déficit motor, trastornos de conducta y rasgos autísticos. El 60% de los niños desarrollan posteriormente otros tipos de epilepsia (Lennox Gastaut). La mortalidad es de aproximadamente 5%.⁷⁴

Un factor importante que contribuye a emitir un pronóstico, es si el paciente inicialmente se clasifica como criptogénico (si se demora el tratamiento el pronóstico es malo), idiopático (pronóstico favorable) o sintomático (pronóstico desfavorable).

La evolución de estos pacientes está muy condicionada por las malformaciones o lesiones preexistentes, que ensombrecen el pronóstico de los pacientes sintomáticos.

TRATAMIENTO:

El objetivo es prevenir los factores etiológicos para de esta manera lograr disminuir su incidencia. No hay un protocolo universal aceptado para el manejo del síndrome de West; los fármacos más utilizados son los siguientes:

Vigabatrin: ha demostrado tener buena efectividad. Medicamento antiepiléptico no hormonal, utilizado en el tratamiento de espasmos. Posee

⁷³ Ibid Atuesta, pag. 66-74.

⁷⁴ Ibid Atuesta, pág. 66-74

una mayor eficacia en pacientes sintomáticos por malformaciones cerebrales. No se ha encontrado mejoría en el desarrollo mental.

Ácido valproico: existe controversia en el uso de éste fármaco ya que su efectividad varía del 40 al 73% y la respuesta se obtiene generalmente a las 2 semanas, pero el 23% de los pacientes recaen. Se recomienda usarlo en dosis bajas. Si la etiología es de origen metabólico, se restringe su uso.

Topiramato: este anticonvulsivante ha demostrado control de epilepsias crónicas refractarias y se está usando en el tratamiento de espasmos infantiles y síndrome de Lennox- Gastaut.

Fenobarbital: tiene toxicidad baja y se conserva como uno de los fármacos más eficaces y de mayor uso para ésta finalidad.

Benzodiacepinas: además de su efecto anticonvulsivante, tienen un gran efecto sedante. Permiten el desarrollo de tolerancia para algunos efectos neurotóxicos. Desarrollan dependencia física con un síndrome de abstinencia, pero si se suspenden rápidamente se genera actividad epiléptica de rebote.⁷⁵

La tendencia a la resolución del patrón hipsarrítmico es gradual y puede tomar años. En caso de desaparecer ese patrón pueden sucederle otros como anomalías focales o descargas multifocales, patrones monorrítmicos, actividad paroxística lenta o pequeño mal.

⁷⁵ Ibíd Atuesta, pág. 66-74

2. METODOLOGIA:

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

José Luis, preescolar, masculino, con diagnóstico médico de Síndrome de West. Procede de segunda gesta (7 años después de la anterior); miembro de una familia funcional, católica, nuclear compuesta por 5 integrantes mamá, papá, hermana mayor (7 años), él y hermana menor (3 meses), originarios de León Gto. Madre de 32 años, dedicada al hogar con carrera técnica, casada. El padre de 29 años con secundaria terminada dedicado a la carpintería quien es el proveedor económico de la familia; toxicomanías negadas. Las relaciones afectivas son fuertes, pero con el nacimiento de la hermanita J.L. ha tenido algunas necesidades alteradas (descanso y sueño, eliminación, etc.) dado que ha habido cambios en su vida (dejaron de llevarlo a rehabilitación, lo cambiaron a su cuna para que durmiera solo). Habitan casa tipo urbana, prestada, ventilada y bien iluminada, cuenta con 4 habitaciones, construida de ladrillos, techo de cemento, piso de mosaico, puertas y ventanas de metal, con vidrios, enjarrada que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y no hay convivencia con animales.

El embarazo evolucionó normalmente, pero a los 8 meses de embarazo en un ultrasonido que se realizó la mamá le detectaron microcefalia al niño, sin aparentes riesgos maternos, el nacimiento fue a las 39 semanas de gestación, con bloqueo peridural por vía abdominal (cesárea) por cérvix desfavorable y baja reserva fetal. J.L. no llora ni respira al momento de nacer, presenta meconio +++, Apgar 7/9 se dan maniobras de reanimación, pesa 3050gr. Y mide 49 cm. Se queda en observación unas horas y posteriormente es dado de alta a alojamiento conjunto.

A los 3 días de nacido es llevado al H.M.I. quedándose 22 días hospitalizado por presentar crisis convulsivas secundarias a hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, y trombocitopenia. Se transfundió un paquete globular, se administró fenitoína, antibióticos, fototerapia, soluciones IV y alimentación por sonda orogástrica, padeció de ERGE desde el nacimiento hasta el año

de edad. Es referido a estimulación temprana desde los 3 meses, y al año de tratamiento le diagnostican que presenta crisis convulsivas, no hay avance en su desarrollo, falta de sostén del cuello, indiferencia al medio y microcefalia, por lo que es referido al HRAEB en abril del 2009 donde se le realizan estudios (TAC, resonancia magnética, EEG), los cuales arrojaron los siguientes resultados: microcefalia, el EEG reporta epilepsia fronto-temporal izquierda, se inicia manejo con valproato de Mg y fenitoína, se envía a neurología. A partir de aquí J.L. empieza su rehabilitación en HRAEB. A los 2 años de edad es llevado al HGR donde es hospitalizado 24 días por presentar várices esofágicas grado II e hipertensión portal.

Se realizan potenciales visuales en el HRAEB que muestran inmadurez del nervio óptico por probable déficit axonal izquierdo. Los potenciales auditivos muestran audición conservada.

El día de hoy (Noviembre 2011), J.L. es traído al servicio de urgencias del HMI por su madre, ya que presentar irritabilidad, poca ingesta a la V.O. tos seca, estreñimiento y amígdalas hiperhémicas, se diagnostica infección viral y estreñimiento, por lo que se da amoxicilina, paracetamol, y el lactulax lo administra por razón necesaria. La señora muestra la cartilla de vacunación, la cual se encuentra con inmunizaciones al corriente.

Hábitus externo

J.L. se encuentra en brazos de su madre, se evidencia retraso en el desarrollo motor y fino, ya que éste no corresponde a su edad cronológica, debido a que no presenta sostén cefálico, sedestación ni marcha; no hay control del tronco, sólo emite sonidos guturales y llanto; coloración pálida; con microcefalia, fascie simétrica y de dolor, estrabismo convergente, constitución pequeña, actitud pasiva, espástico, movimientos incoordinados. Presenta angustia de separación de su madre.

ANÁLISIS DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON (NOV. 2011):

NECESIDADES EN DEPENDENCIA:

MOVIMIENTO Y POSTURA: José Luis con retraso psicomotor, con reflejo cocleopalpebral bilateral, seguimiento visual deficiente, simetría facial, sonrisa social y sostén cefálico incipiente a los 7 meses de vida, sin presencia de defensas anteriores y posteriores, arcos de movilidad completos, REMS ++/++, no reflejos patológicos, extremidades inferiores íntegras, simétricas, tono bajo para cadera y rodilla, los arcos de movilidad completos, REMS +/+, 2 años, , tronco fluctuante, escoliosis, trofismo conservado, sus movimientos activos son incoordinados e incompletos y los pasivos se realizan con dificultad (aducción, abducción, extensión, flexión, hiperextensión, rotación, supinación, etc.), no gira sobre su propio eje. Logra mayor liberación de sus manos, pues ya juega ellas. En la escala de fuerza muscular se encuentra en 2 (movimiento sin gravedad). J.L. no se mueve por sí mismo, por lo que se encuentra en un grado 6 de dependencia.

APRENDIZAJE: J.L. presenta irritabilidad, falta de integración sensorial visual y táctil, retraso psicomotor, microcefalia, PC 41.5, con reflejo cocleopalpebral bilateral, los potenciales de la visión demuestran que sí ve, pero su agudeza visual sólo detecta objetos grandes o luz intensa. Hay respuesta pupilar a la luz, el seguimiento visual es deficiente. Los potenciales auditivos demuestran que sí escucha, ya que al hacer un ruido voltea hacia donde se produjo, Ahora ya tolera las texturas y poco a poco deja que lo toque, así que irá aprendiendo por medio del tacto. A ésta edad los niños aprenden con los juegos y J.L. ya juega con sus manos (reflejo de prensión presente). No se interesa por conocer lo que le rodea, sólo quiere que su madre esté cerca. Por lo anterior mencionado, J.L. se encuentra en un nivel 6 de dependencia.

COMUNICACIÓN: J.L. presenta alteración de la agudeza visual, la agudeza auditiva conservada, voltea con movimientos fuertes y la audiometría muestra que sí escucha. En el gusto no detecta si algo le gusta o no, todo se come, el reflejo de succión estuvo presente desde el nacimiento. No habla, sólo balbucea. En la sensibilidad táctil ya tolera diferentes texturas. Tiene

dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, no establece relaciones armónicas con la gente que se acerca a él. J.L. se comunica con llanto sonidos guturales, por lo que se encuentra en grado 6 de dependencia.

ALIMENTACIÓN: Somatometría: Peso: 11 kg Talla: 89 PA: 45 PC 41.5 PB: 10 Percentil: Peso/talla menor de 3 Talla/Edad menor de 3 IMC: menor de 3, Peso/Edad: menor de 3.

Come con sus padres y hermana en la cocina, realiza 3 comidas blandas al día (9-15-20 hrs.) a base de pollo, frutas, verduras, cereal, pastas, todo en picados, blanda y dos biberones con leche (480ml), además de 200 ml. de agua. No presenta preferencia o disgusto por algún alimento. Por ahora ha disminuido la ingesta de sólidos (sólo está tomando leche). Se observa la mucosa oral bien hidratada, con un poco de inflamación e irritación faríngea, dentadura completa para su edad (20 piezas dentales), limpias, y sin caries. Presenta regular masticación y deglución. El abdomen es globoso y doloroso a la palpación, se palpa hepatomegalia, el sonido abdominal es timpánico Se auscultan 3 ruidos peristálticos en 1 minuto. J.L. se encuentra en un nivel 5 de dependencia, ya que aunque J.L. mastica y deglute, inició la ablactación al año con papilla y hasta los 3 con picados, pero no es capaz de sujetar los utensilios y comer por sí solo, por lo que es alimentado por la madre. Se espera que pronto se integre a la dieta familiar

ELIMINACIÓN: J.L con piel delgada y sudorosa durante los ejercicios llora porque no le gustan; orina 4 veces al día y aproximadamente 800 ml. diarios, la orina es clara, aroma débil; tiene 2 días sin evacuar. No se observa edema en cara, mucosa oral bien hidratada, orejas bien implantadas, abdomen globoso, duro, se auscultan 2-3 ruidos peristálticos y se percute timpanismo. Los genitales con testículos descendidos, prepucio retráctil y limpio, no presencia de eritema de pañal. Anteriormente su patrón de eliminación era 2 veces por día, pero desde que nació su hermanita (hace 2 meses) hay días que está estreñido y días que tiene diarrea. Se encuentra en un nivel 4 de dependencia

DORMIR Y DESCANSAR: J.L. duerme 7 hrs. diarias, se acuesta a las 9 de la noche y despierta a las 4 de la mañana desde que nació su hermana;

acostumbra dormir con la luz apagada y con una cobija verde que siempre lo acompaña. No es sonámbulo ni tiene pesadillas, y no tiene siestas y se encuentra despierto todo el día pero irritable. Así que se encuentra en grado 4 de dependencia, porque debe de dormir de 12 a 13 horas diarias.

TRABAJO Y REALIZACIÓN: Se encuentra afectada, ya que J.L. iba muy bien en su terapia de rehabilitación, pues ya lograba sostenerse en cuatro puntos (gateo), pero la señora dio a luz y dejó de traerlo por aproximadamente 4 meses (2 antes y 2 después), hasta ahora en agosto reanuda sus actividades pero se perdieron algunas habilidades que se habían logrado. Por este motivo se encuentra en nivel 3 de dependencia.

NECESIDADES EN RIESGO:

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL: En éstos momentos J.L. se observa con cabello limpio y peinado; piel íntegra, turgente y zonas óseas no enrojecidas, los ojos y oídos se encuentran limpios, los dientes limpios y sin caries, uñas cortas y limpias, así como la ropa. Es bañado cada tercer día por su madre, cambiado diario de ropa y le cepilla los dientes una vez al día, se hace énfasis en que lave bien el pene. Si bien en éstos momentos se encuentra en grado 2 de independencia, porque la madre lo tiene en óptimas condiciones, se considera en riesgo pues puede presentar ulceraciones por la inmovilidad.

OXIGENACIÓN: FR: 26 FC: 100 pulso: 95 T/A 90/50 percentil 50/50 PT: 47 llenado capilar 2 seg. J.L. se encuentra con coloración ligeramente pálida, respiración nasal, con salida de escasa secreción hialina, con inflamación e irritación de faringe, cuello corto, con movimientos simétricos, no se palpan masas ni ganglios. El tórax es circular, con expansión simétrica y superficial, ritmo respiratorio es regular, la respiración es toraco abdominal, no presenta datos de dificultad respiratoria, no se palpan masas ni megalias. A la auscultación con murmullo vesicular bilateral. J.L. respira por sí mismo, pero está en riesgo de presentar bronco aspiración por la debilidad muscular y las crisis convulsivas. Por lo anterior él se encuentra en nivel 2 de independencia.

RECREACION: J.L. lo entretienen con una bolsita de plástico que le genera ruido y llama su atención, además juega con sus manos y se entretiene. No puede sujetar sonajas todavía pero se está trabajando en que sujete objetos. En éstos momentos se encuentra en grado 2 de independencia porque su mamá logra entretenerlo, está en riesgo porque ahora debe cuidar también a la nueva hija y desatender a J.L.

EVITAR PELIGROS: J.L. no es capaz de cuidarse por sí mismo, pero está al cuidado de sus padres, y con ayuda de ellos está en grado 2 de independencia. Se encuentra en riesgo pues a veces la señora le pide ayuda a su hija de 10 años para cuidarlo a quien podría sucederle algún evento adverso, y no saber cómo actuar.

VIVIR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES: Esta necesidad es valorada en función de los padres quienes son católicos, van a misa todos los domingos, pero J.L. llora mucho en la iglesia. J.L. no lleva consigo medallas ni estampas. La señora piensa que Dios tiene una misión para con ella, sin no ya se hubiera llevado a su hijo al cielo. Tiene fe en que todo va a salir bien y piensa sacar adelante a J.L. tiene temor de que vomite sangre nuevamente y que se muera su hijo porque en enero que lo hizo lo llevó al HGR y casi muere. Espera que no vuelva a pasarle eso. Se encuentra en nivel 3 de dependencia.

VESTIDO: la ropa de J.L. es limpia, en buenas condiciones, acorde a la temporada (abrigada), es vestido por su madre quien tiene la capacidad para hacerlo. Por la edad de J.L. aún no es capaz de vestirse por sí mismo, pero está en riesgo porque al ir creciendo J.L. no será capaz de realizar ésta actividad, por lo mismo debe continuar en rehabilitación. Se encuentra en grado 2 de independencia.

NECESIDADES EN INDEPENDENCIA:

TERMORREGULACIÓN: la temperatura axilar de J.L. es de 37 grados centígrados, no siente frío en éste momento en el hospital porque está bien abrigado, pero en su casa es friolento, no ha presentado fiebre por su cuadro de infección de vías respiratorias. Esta necesidad está ahora en grado 2 de independencia, pero está en riesgo por su proceso infeccioso.

2.2 METODOS E INSTRUMENTOS:

Para la realización del presente estudio de caso se utilizó el Proceso Atención de Enfermería como guía apoyado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson. La valoración se llevó a cabo mediante la exploración física exhaustiva y focalizada utilizando el método clínico. De las necesidades alteradas se determinó el grado de dependencia de acuerdo a la propuesta de Phaneuf a través del gráfico continuum independencia dependencia. La fuente de los datos fue la madre del lactante y el expediente clínico (tanto del Hospital Materno Infantil como del HRAEB) como fuentes primarias. Para las consideraciones éticas y legales se tomó como base el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México.

Los instrumentos utilizados fueron:

La historia clínica del niño de 0 a 5 años elaborada por la coordinación de la Especialidad de Enfermería Infantil (anexo 6.1) en la cual se valoraron las necesidades básicas del paciente según Virginia Henderson y datos demográficos, antecedentes familiares y específicos.

La hoja de reporte diario (valoración focalizada) de cada una de las 14 necesidades (anexo 6.2).

El formato de consentimiento informado en el que la mamá firma la autorización para el estudio de caso, explicándole el objetivo del mismo (anexo 6.3).

2.3 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNOSTICO:

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

Los diagnósticos fueron elaborados de acuerdo con el formato PES y basándonos en la Taxonomía II NANDA.

A continuación se elaboraron los diagnósticos 9 reales y 6 de riesgo, los cuales se enumeran de manera jerárquica de acuerdo al nivel de dependencia-independencia de las necesidades básicas.

NECESIDADES EN DEPENDENCIA:

NECESIDAD: Movimiento y postura

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la movilidad r/c afección neuromuscular y parálisis espástica m/p incapacidad para moverse, trastorno de la coordinación, ROM limitados, disminución de la fuerza y control muscular.

FECHA: Noviem-bre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 6

PRIORIDAD: Alta

NECESIDAD: Aprendizaje

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno de la percepción sensorial visual y táctil r/c alteración en la integración sensorial m/p irritabilidad al tacto, distorsión visual

FECHA: Noviem-bre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 6

PRIORIDAD: Alta

NECESIDAD: Comunicación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno de la comunicación verbal r/c afección neuromuscular m/p ausencia de habla e incapacidad para comunicarse (lenguaje corporal, escrito) y dificultad para prestar atención.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 6

PRIORIDAD: Media

NECESIDAD: Nutrición

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición por déficit r/c debilidad de los músculos necesarios para masticar y deglutir m/p percentil P/E menor de 3, palidez de las membranas mucosas.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

PRIORIDAD: Alta

NECESIDAD: Nutrición

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la deglución r/c afección neuromuscular (disminución de la fuerza de los músculos de la masticación) m/p cierre incompleto de los labios, masticación lenta, los alimentos se quedan en la boca por más tiempo del previsto.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

PRIORIDAD: Alta

NECESIDAD: Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c inmovilidad y agentes farmacológicos m/p distensión y dolor abdominal, ruidos intestinales hipo activos, heces secas y estreñimiento frecuente

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 4

PRIORIDAD: Media

NECESIDAD: Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la eliminación urinaria r/c afección neuromuscular m/p incontinencia

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 4

PRIORIDAD: Media

NECESIDAD: Reposo y sueño

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno del patrón del sueño r/c nuevo integrante en el dormitorio m/p cambio en el patrón normal de sueño, informes de despertarse a las 4 de la mañana y no dormir siesta durante el día e irritabilidad.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: <u>4</u> PRIORIDAD: <u>Media</u>
NECESIDAD: <u>Trabajo y realización</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Ansiedad de los padres ante la muerte r/c percepción de proximidad de la muerte de su hijo m/p los padres expresan que en enero J.L. estuvo a punto de morir y temen que pase lo mismo</u>
FECHA: <u>Noviembre 2012</u>
FUENTE DE LA DIFICULTAD: <u>Fuerza, conocimiento y voluntad</u>
NIVEL DE DEPENDENCIA: <u>3</u> PRIORIDAD: <u>Media</u>

NECESIDADES EN RIESGO:

NECESIDAD: <u>Evitar los peligros ambientales</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de lesión física r/c pérdida de la coordinación de los músculos, limitaciones cognitivas</u>
FECHA: <u>Noviembre 2012</u> FUENTE DE LA DIFICULTAD: <u>Fuerza,</u>
NIVEL DE DEPENDENCIA: <u>3</u> PRIORIDAD: <u>Alta</u>
NECESIDAD: <u>Higiene y protección de la piel</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad e incontinencia urinaria e intestinal.</u>
FECHA: <u>Noviembre 2012</u> FUENTE DE LA DIFICULTAD: <u>Fuerza,</u>
NIVEL DE DEPENDENCIA: <u>3</u> PRIORIDAD: <u>Alta</u>
NECESIDAD: <u>Oxigenación</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c afección neuromuscular.</u>
FECHA: <u>Noviembre 2012</u> FUENTE DE LA DIFICULTAD: <u>Fuerza,</u>
NIVEL DE DEPENDENCIA: <u>3</u> PRIORIDAD: <u>Alta</u>
NECESIDAD: <u>Vestido</u>
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de alteración en la necesidad de vestir r/c afección neuromuscular m/p José Luis es vestido por su</u>

madre.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza,

NIVEL DE DEPENDENCIA: 4

PRIORIDAD: Baja

NECESIDAD: Recreación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración de las actividades recreativas r/c limitaciones físicas y entorno con poca posibilidad de distracción.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza,

NIVEL DE DEPENDENCIA: 3

PRIORIDAD: Baja

NECESIDAD: Creencias y valores

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de sufrimiento espiritual de los padres r/c enfermedad de su hijo.

FECHA: Noviembre 2012

FUENTE DE LA DIFICULTAD: Fuerza,

NIVEL DE DEPENDENCIA: 3

PRIORIDAD: Baja

NECESIDADES EN INDEPENDENCIA:

NECESIDAD: Termorregulación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Independencia en la necesidad de termorregulación m/c temperatura de 36.6 grados centígrados, arropado de acuerdo a la temporada ambiental.

FECHA: Noviembre 2012

2.4 PROCESO DE PLANEACION:

El proceso de planeación se realizó a partir de los diagnósticos que se elaboraron previa valoración de las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia Henderson. Posteriormente se hizo una revisión de los diagnósticos reales, de riesgo, y de salud para determinar el grado de dependencia y el tipo de prioridad. Se establecieron objetivos a corto, mediano y largo plazo por cada uno de los objetivos con el fin de resolver la fuente de la dificultad encontrada en el menor tiempo. Para la redacción de los objetivos de tomo en cuenta los criterios propuestos por Alfaro (sujeto, verbo, criterio, condición y tiempo) para lograrlo.

Se definieron las intervenciones de enfermería en independientes, dependientes. Las acciones de enfermería se fundamentaron científicamente y se llevaron a cabo tomando en cuenta la disponibilidad de recursos humanos, físicos y materiales, tomando como base el NIC para algunas intervenciones y acciones.

La evaluación de las intervenciones es realizada a través de la estructura del proceso y el resultado, así como el alcance de los objetivos planteados, se tomaron 2 diagnósticos de las necesidades mayormente afectadas y uno de las de mayor prioridad.

Para la documentación de los planes de intervenciones se utilizaron tablas y cuadros, la primera tabla contiene los datos generales de la necesidad valorada como son: necesidad alterada, fuente de la dificultad, fecha en que se identifico, grado de dependencia, tipo de prioridad. Posteriormente se plasma el diagnóstico y el objetivo para luego redactar el tipo de intervención, acciones y fundamento de cada una de ellas.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Movimiento y postura **Fuente de la dificultad:** Fuerza

Nivel de dependencia: 6 **Prioridad:** Alta

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la movilidad r/c afección neuromuscular y parálisis espástica m/p incapacidad para moverse, trastorno de la coordinación, ROM limitados, disminución de la fuerza y control muscular.

Objetivo: José Luis aumentará la fuerza y la función de las partes corporales afectadas y mejorará la postura mediante la realización de un programa de ejercicios, con la ayuda y participación de su madre, lo cual logrará a largo plazo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Cambio de posición: (1C-0840)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes: <p>Valorar la capacidad funcional/grado de deterioro, al inicio y de manera sistémica. Clasificar de acuerdo con una escala de 0 a 4 .</p> <p>Sostener las extremidades en posición funcional; mantener la cabeza en posición neutra</p> <p>Evaluar el uso/la necesidad de aparatos posturales o férulas durante la parálisis espástica.</p> <p>Observar el lado afectado en cuanto a color, formación de edema, u otros signos de afección circulatoria.</p>	<p>Identifica las fortalezas/deficiencias y puede proporcionar información sobre la recuperación. Ayuda a elegir las intervenciones porque se emplean diferentes técnicas para la parálisis flácida o espástica.</p> <p>Evita las contracturas/ pie caído y facilita su uso cuando recupere la función. La parálisis espástica puede causar desviación de la cabeza hacia un lado.</p> <p>Las contracturas de flexión se producen porque los músculos flexores son más fuertes que los extensores .</p> <p>El tejido edematoso se traumatiza con más facilidad y cicatriza más lentamente.</p>
<p>Terapia de ejercicios: control muscular (1A -0226)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes: <p>Realizar ejercicios de movimiento</p>	<p>Mantiene la movilidad y la función de las articulaciones/alineamiento funcional de las extremidades y</p>

<p>pasivo.</p> <p>Ayudar con las medidas de higiene.</p> <p>Explicar el fundamento y enseñar a los familiares a realizar los programas de ejercicios y utilizar los métodos de ayuda ambulatoria.</p> <p>Aumentar la actividad y la participación en el cuidado.</p> <p>Utilizar estímulos táctiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración: <p>Colaborar con el fisioterapeuta.</p>	<p>reduce la estasis venosa.</p> <p>Proporciona confort y descanso al paciente.</p> <p>El reacondicionamiento es una parte importante de los pacientes con lesión cerebral.</p> <p>Es eficaz para determinar las necesidades individuales, las actividades terapéuticas y los aparatos de ayuda.</p> <p>Minimiza el espasmo muscular.</p> <p>Para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y determinar número de veces que debe realizar cada movimiento.</p>
<p>Cuidados del paciente encamado (1C-0740)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes: <p>Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</p> <p>Girarlo a intervalos regulares y efectuar cambios de posición entre los giros</p> <p>Vigilar el estado de la piel y proporcionar masajes con emolientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración: <p>Colocar al paciente en un colchón terapéutico.</p>	<p>Reduce el riesgo de escoriación</p> <p>Así se distribuye el peso corporal y favorece la circulación en todas las áreas, reduciendo el riesgo de isquemia/lesión hística</p> <p>El lado afectado tiene peor circulación y la sensibilidad disminuida, y presenta mayor predisposición a una lesión cutánea/úlceras de decúbito. El masaje favorece la circulación y el emoliente la elasticidad cutánea.</p> <p>Favorece una distribución uniforme del peso, disminuyendo la presión sobre los puntos óseos y ayudando a disminuir lesiones cutáneas/úlceras de decúbito. Ayudan a adoptar la postura adecuada, favorecen la circulación y reducen la estasis venosa, para disminuir el riesgo de lesión hística y complicaciones como neumonía ortostática. (Doenges 2008)</p>

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis había retrocedido en su rehabilitación, debido a que cuando nació su hermana menor no hubo quien lo trajera a terapia y 3 meses después la reanuda. Al día de hoy (junio 2012), con las intervenciones de enfermería, (encaminadas principalmente a mantener una posición adecuada y aumentar la fuerza) en conjunto con el equipo de rehabilitación y participación de la madre, J. L., ya sostiene la cabeza, pero aún la lateraliza, controla el tronco con ayuda de almohadas por unos minutos y no ha presentado contracturas ni lesiones de la piel. Los arcos de movilidad completos, REMS +/+, 2 años, tronco fluctuante, escoliosis, trofismo conservado, sus movimientos activos son incoordinados e incompletos y los pasivos se realizan con menor dificultad (aducción, abducción, extensión, flexión, hiperextensión, rotación, supinación, etc.), no gira sobre su propio eje. Logra mayor liberación de sus manos, pues ya juega con ellas y sujeta objetos con la mano izquierda.

J.L. continúa en grado 6 de dependencia, quedando pendiente su resolución a largo plazo. La madre coopera en la realización de los ejercicios y se interesa en el bienestar del niño.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Aprendizaje

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 6

Prioridad: Baja

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la percepción sensorial visual y táctil r/c alteración en la integración sensorial m/p cambio en la respuesta normal a los estímulos, incoordinación motora, alteraciones de la postura, alteración de los patrones de la comunicación, distorsión visual y disminución del campo y agudeza visual.

Objetivo: José Luis reconocerá cambios en las capacidades de su hijo y la presencia de la afección residual. José Luis mostrará cambios en el estilo de vida y participará en el régimen terapéutico y conservará el campo visual/agudeza actual sin mayores pérdidas, esto lo logrará con el apoyo de sus padres a largo plazo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Mejorar la comunicación: déficit visual (3Q-4978)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes <p>Comprobar el tipo y el grado de pérdida visual.</p>	<p>Afecta a la elección de las intervenciones y las expectativas de la familia del paciente.</p>
<p>Terapia con el entorno (30-4390)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes <p>Revisar la patología de la situación individual</p> <p>Observar las respuestas conductuales (afectividad, llanto, hostilidad,).</p> <p>Eliminar estímulos o ruidos extraños .</p> <p>Comprobar los cambios en las aptitudes (enfocar, seguir un objeto con ambos ojos, voltea al escuchar un sonido, etc.).</p> <p>Hablar con voz baja y tranquila, utilizando frases cortas y sencillas. Mantener el contacto ocular.</p> <p>Valorar las deficiencias visuales.</p>	<p>El conocimiento del tipo de afección o zona afectado ayuda a valorar/prevenir déficit específicos y a planificar</p> <p>Las respuestas individuales son variables, pero las comunicaciones como apatía, complican la asistencia.</p> <p>Reduce la ansiedad y las respuestas emocionales exageradas / confusión, asociadas a la sobrecarga sensorial.</p> <p>Ayuda a localizar áreas de disfunción cerebral e identifica signos de evolución hacia una mejoría de la función neurológica.</p> <p>El paciente puede tener un periodo de atención limitado o problemas con la comprensión. Estas medidas ayudan a prestar atención y la integración de los estímulos.</p> <p>La presencia de trastornos visuales puede afectar negativamente a la capacidad del paciente de percibir el ambiente y aprender habilidades motoras y aumentar el riesgo de accidentes.</p>
<p>Manejo de la sensibilidad periférica alterada (1I2660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes <p>Valorar la conciencia sensorial (respuesta al tacto, calor, frío, sonidos, conciencia del</p>	<p>La disminución de la conciencia sensorial y el deterioro de la sensibilidad cenestésica afecta el equilibrio/ la posición y la idoneidad del movimiento, que interfiere con la ambulación, aumentando el riesgo de</p>

<p>movimiento y la localización de las partes corporales).</p> <p>Estimular el sentido del tacto (dar al paciente objetos para tocar y agarrar).</p> <p>Proteger al paciente frente a temperaturas extremas. Valorar los peligros ambientales.</p> <p>Hacer que la familia del paciente sea consciente de todas las partes corporales afectadas</p>	<p>traumatismo.</p> <p>Ayuda a mejorar las vías sensoriales para integrar la recepción y la interpretación de los estímulos.</p> <p>Favorece la seguridad del paciente, reduciendo el riesgo de lesiones.</p> <p>El uso de estímulos visuales y táctiles permite la reintegración y ayuda al paciente a experimentar sensaciones. (Doenges 2008)</p>
---	--

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis estaba muy irritable al tacto y a los estímulos, con solo hablarle se alteraba.

Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas principalmente a que J.L. efectúe cambios en el estilo de vida y participación en el régimen terapéutico.

Ahora J.L ya tolera que le hablen, que lo toquen, la música lo tranquiliza y voltea a los estímulos luminosos y auditivos.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Comunicación

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 6

Prioridad: Media

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la comunicación verbal r/c afección neuromuscular m/p ausencia de habla e incapacidad para comunicarse (lenguaje corporal, escrito) y dificultad para prestar atención.

Objetivo: José Luis establecerá un método de comunicación con sus padres con métodos alternativos de comunicación para que ellos entiendan sus necesidades a largo plazo, además su relación afectiva se fortalecerá por medio del contacto físico.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Mejorar la comunicación: déficit del habla (3Q4976)</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes <p>Valorar el tipo/grado de disfunción</p> <p>Evaluar los motivos de la falta de comunicación, incluyendo funcionamiento del SNC y neuromuscular, reflejo faríngeo y de deglución, audición, problemas dentales o bucales</p> <p>Investigar cómo se comunican los allegados con el paciente.</p> <p>Ofrecer medios alternativos de comunicación (sonidos, gestos).</p> <p>Hablar directamente al paciente, despacio y con claridad.</p> <p>Animar a los allegados a seguir comunicándose con el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> Interdependientes <p>Consultar con un terapeuta del lenguaje</p>	<p>Ayuda a comprobar el área y el grado de afección cerebral y la dificultad del paciente en los pasos del proceso de comunicación</p> <p>La identificación del problema es fundamental para realizar las intervenciones adecuadas</p> <p>Desarrollar o continuar con patrones de comunicación eficaces, previamente establecidos.</p> <p>Permite comunicar las necesidades/los deseos, basados en la situación individual.</p> <p>Reduce la confusión/ansiedad de procesar una gran cantidad de información al mismo tiempo.</p> <p>Esto reduce su aislamiento y mantiene la sensación de conexión con la familia.</p> <p>Valora las capacidades verbales individuales y el funcionamiento sensorial, motor y cognitivo para identificar las deficiencias y necesidades terapéuticas. (Doenges 2008)</p>

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis estaba muy irritable al tacto y a los estímulos, con solo hablarle se alteraba.

Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas principalmente a que J.L. se comunique con métodos alternativos (sonidos, gestos) y efectúe cambios en el estilo de vida.

Ahora J.L ya tolera que le hablen, que lo toquen, la música lo tranquiliza y voltea a los estímulos luminosos y auditivos, emite sonidos guturales.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Nutrición **Fuente de la dificultad:** Fuerza
Nivel de dependencia: 5 **Prioridad:** Alta

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la nutrición por déficit r/c debilidad de los músculos necesarios para deglutir m/p percentil P/E menor de 3, palidez de las membranas mucosas, debilidad de los músculos requeridos para la deglución.

Objetivo: José Luis aumentará progresivamente de peso, (aunque no logre alcanzar el ideal) y no mostrará datos de desnutrición (mostrando valores de los análisis clínicos dentro de la normalidad), mediante el consumo adecuado de alimentos, con la ayuda y participación de su madre a largo plazo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Terapia nutricional (1D-1120)</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes: <p>Valorar la capacidad para masticar, deglutir, toser y eliminar secreciones</p> <p>Auscultar los borborigmos, indicando su disminución, ausencia o hiperactividad</p> <p>Pesar al paciente</p> <p>Ofrecer las comidas en cantidades pequeñas y con frecuencia</p>	<p>Estos factores determinan la elección de las opciones de alimentación porque debemos proteger al paciente de riesgos de aspiración.</p> <p>Los borborigmos ayudan a conocer la respuesta a la alimentación o a la aparición de complicaciones.</p> <p>Evalúa la eficacia o la necesidad de realizar cambios en el tratamiento nutricional.</p> <p>Aumenta la digestión y la tolerancia del paciente hacia los nutrientes y puede mejorar su cooperación para comer.</p>

<p>Examinar las heces, el aspirado gástrico y el vómito por si hay presencia de sangre</p> <p>Enseñar al familiar la dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración: <p>Consultar con el equipo de apoyo dietético</p> <p>Controlar los análisis clínicos (albúmina, hierro, glucosa, electrolitos)</p> <p>Administrar los alimentos por los medios adecuados.</p>	<p>Puede presentarse una hemorragia aguda o subaguda que precisa una intervención y un método alternativo de nutrición.</p> <p>Es quien se encargará de prepararla y de proporcionarla.</p> <p>Para identificar las necesidades calóricas y de nutrientes, dependiendo de la edad, talla, situaciones concurrentes.</p> <p>Identifica problemas nutricionales, la función orgánica y la respuesta al tratamiento nutricional.</p> <p>La elección de la vía depende de las necesidades y capacidades del paciente, si éste puede deglutir, los alimentos blandos o semilíquidos son los más adecuados para no causar aspiración.</p>
<p>Monitorización nutricional (1D-1160)</p> <p>Observar si la piel está seca, descamada o con despigmentación. Controlar la turgencia de la piel</p>	<p>Refleja la falta de una nutrición eficiente. (Doenges 2008)</p>

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis estaba con peso bajo para la talla y para la edad.

Con la aplicación de intervenciones de enfermería J.L. tiene un incremento ponderal de 800 gramos, aunque aun muestra datos de desnutrición, los valores de los últimos análisis clínicos estarán dentro de la normalidad (BH 11.7 realizados el 25 de mayo 2012). La madre se muestra cooperadora para el logro de la independencia.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Nutrición

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 5

Prioridad: Alta

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la deglución r/c afección neuromuscular (disminución de la fuerza de los músculos de la masticación) m/p cierre incompleto de los labios, masticación lenta, los alimentos se quedan en la boca por más tiempo del previsto.

Objetivo: José Luis será alimentado adecuadamente para evitar la aspiración a corto, mediano y largo plazo, mediante la enseñanza correcta a la madre de la técnica de alimentación y dieta de consistencia adecuada.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Terapia de deglución (1D-1860)</p> <p>Independientes:</p> <p>Revisar el problema patológico/la capacidad individual para deglutir, comprobando la extensión de la parálisis, la claridad del habla, el movimiento facial y lingual, la capacidad para proteger las vías respiratorias, los episodios de tos o asfixia, presencia de ruidos respiratorios accesorios, cantidad y características de las secreciones bucales.</p> <p>Fomentar una deglución eficaz: Proporcionar un ambiente agradable, libre de distracciones</p> <p>Ayudar al paciente a apoyar/controlar la cabeza y adoptar una postura adecuada, teniendo en cuenta la disfunción específica que posea</p> <p>Incorporar al paciente durante /después de las comidas como sea adecuado</p>	<p>Estos factores sirven para determinar las intervenciones nutricionales y la elección de la vía de alimentación</p> <p>Fomenta la relajación y permite al paciente centrarse en la tarea de comer/deglutir</p> <p>Contrarresta la hiperextensión, ayudando a prevenir la aspiración y mejorando la capacidad para deglutir. Colocar al paciente en decúbito lateral por disminución de la contracción faríngea.</p> <p>La gravedad facilita la deglución y reduce el riesgo de aspiración.</p>

<p>Estimular el cierre de los labios</p> <p>Proporcionar la comida de consistencia adecuada</p> <p>Alimentar lentamente al paciente, permitiendo que duren las comidas de 30 a 45 minutos</p> <p>Mantener en posición recta al paciente 45 min. después de comer</p> <p>Mantener el balance hídrico adecuado, anotar la ingestión de calorías.</p> <p>En colaboración:</p> <p>Coordinar una estrategia multidisciplinaria para elaborar un plan de tratamiento para satisfacer las necesidades individuales.</p>	<p>Ayuda a la rehabilitación sensorial.</p> <p>Proporciona estimulación sensorial (el gusto) que puede aumentar la salivación y desencadenar los esfuerzos de deglución, aumentando la ingestión. La consistencia de los alimentos depende del déficit concreto. No se recomiendan los purés porque el paciente no sabe lo que está comiendo. Evitar dar lácteos, crema, cacahuates, almíbar y plátano porque producen mucosidad y son pegajosos.</p> <p>Si el paciente siente prisa puede aumentar el estrés y el riesgo de aspiración y hacer que el paciente termine de comer antes.</p> <p>Facilita la secreción bucal y reduce el riesgo de regurgitación</p> <p>Si los esfuerzos de deglución no son suficientes para satisfacer las necesidades hídricas/nutritivas, se utilizarán métodos alternativos de alimentación</p> <p>La incorporación de un dietista, logopeda y ergo terapeuta puede aumentar la eficacia del plan a largo plazo y reducir notablemente el riesgo de aspiración silente. (Doenges 2008)</p>
--	---

Evaluación:

Cuando abordo a J. L. tenía un mes de haber dejado las papillas y haber iniciado dieta blanda picada.

Las intervenciones de enfermería están encaminadas a evitar la aspiración. J.L. no muestra datos de aspiración, la madre alimenta al niño con la técnica adecuada, tolera adecuadamente la dieta picada. J.L. aun mastica lentamente, pero se esfuerza.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Eliminación

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 4

Prioridad: Media

Diagnóstico de enfermería: Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c inmovilidad y agentes farmacológicos m/p distensión y dolor abdominal, ruidos intestinales hipo activos, heces secas y estreñimiento frecuente.

Objetivo: José Luis establecerá un patrón normal de función intestinal a largo plazo con la ayuda de sus padres, mediante las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Manejo del estreñimiento (1B-0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independientes <p>Comprobar el patrón de defecación habitual y el uso de accesorios (uso prolongado de laxantes).</p> <p>Evaluar los motivos de los problemas.</p> <p>Instaurar un programa individualizado de ejercicios, dieta y educación intestinal</p> <p>Ofrecer una dieta rica en fibra y reducir o eliminar derivados lácteos</p> <p>Fomentar el incremento de la ingesta de líquidos.</p> <p>Usar pañal. Mantener al paciente limpio y seco, aplicar pomadas protectoras en la zona anal</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración <p>Administrar medicación según se</p>	<p>Determina el alcance del problema e indica el tipo de intervención adecuado.</p> <p>La identificación y el tratamiento del trastorno médico subyacente es necesario para lograr una función intestinal óptima</p> <p>Depende de las necesidades del paciente, la disminución del tono muscular reduce el peristaltismo y altera el control de esfínter anal.</p> <p>Mejora la consistencia de las heces y estimula la evacuación. Los lácteos provocan estreñimiento.</p> <p>Favorece la consistencia normal de las heces.</p> <p>Previene el deterioro de la piel</p> <p>Fomenta la regularidad aumentando el volumen, mejorando la consistencia de</p>

indique:Lactulax 5ml. Por las noches	las heces. (Doenges 2008)
--------------------------------------	---------------------------

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis cursa con periodos de diarrea y estreñimiento. Las intervenciones de enfermería están encaminadas a establecer un patrón normal de eliminación intestinal.

J.L. continúa con alteración de la motilidad intestinal, a pesar de las intervenciones de enfermería.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Eliminación

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 4

Prioridad: Media

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la eliminación urinaria r/c
afección neuromuscular m/p incontinencia

Objetivo: José Luis mantendrá su patrón de eliminación urinaria eficaz y permanecerá libre de infecciones urinarias.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Cuidados de la incontinencia urinaria (1B-0610).</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes <p>Valorar el patrón de micción (frecuencia, cantidad y características)</p> <p>Recomendar la ingestión de líquidos, especialmente zumos ácidos (de arándano)</p> <p>Comprobar si la orina está turbio, hemorrágico o tiene mal olor.</p> <p>Colocar pañal y limpiar la zona perineal y mantenerla seca</p>	<p>.</p> <p>Identifica las características de la función vesical.</p> <p>Mantiene una hidratación adecuada y fomenta la función renal. Los zumos ácidos actúan como acidificantes del pH, retrasando el crecimiento bacteriano.</p> <p>Los signos de infección renal o de las vías urinarias pueden potenciar una septicemia.</p> <p>Disminuye el riesgo de irritación/lesión cutánea y la aparición de lesión ascendente. (Doenges 2008)</p>

Evaluación:

Las intervenciones de enfermería están encaminadas a mantener la eliminación urinaria eficaz y a mantenerlo libre de infecciones urinarias. Con la realización de las mismas J.L. no presenta datos de infección urinaria, pero continuará usando pañal, el área genital se encuentra limpia y sin datos de alteración cutánea.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Descanso y sueño **Fuente de la dificultad:** Fuerza y voluntad

Nivel de dependencia: 4 **Prioridad:** Alta

Diagnóstico de enfermería: Trastorno del patrón del sueño (insomnio) r/c cambios del entorno (nuevo integrante en el dormitorio) m/p cambio en el patrón normal de sueño, informes de despertarse a las 4 de la mañana y no dormir siesta durante el día e irritabilidad.

Objetivo: J.L. restablecerá su patrón de sueño y disfrutará de un descanso apropiado al proporcionarle un ambiente más confortable durante su adaptación al nuevo entorno, esto en un corto plazo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Mejorar el sueño (1F-1850)</p> <ul style="list-style-type: none">• Independientes <p>Determinar los hábitos de sueño cotidianos y los cambios que se hayan producido</p> <p>Proporcionar una cama cómoda y parte de sus propias posesiones.</p> <p>Recomendar una actividad física suave durante el día</p> <p>Fomentar medidas de bienestar a la hora de acostarse (baño, masaje).</p> <p>Enseñar técnicas de relajación a</p>	<p>Identifica la necesidad de acción y ayuda a determinar las intervenciones adecuadas</p> <p>Incrementa la comodidad a la hora de dormir y el apoyo fisiológico y psicológico.</p> <p>Las actividades ayudan a gastar energía y preparan al paciente para el sueño nocturno.</p> <p>Fomenta la relajación</p> <p>Ayuda a inducir el sueño</p>

la madre de José Luis (musicoterapia).	
Reducir el ruido y la luz	Ofrece un entorno que produce sueño
Fomentar posturas cómodas	Los cambios de posición modifican las zonas de presión y favorecen el descanso.
Evitar o limitar las interrupciones	El sueño sin interrupciones crea mayor descanso y es posible que el paciente no pueda volver a dormir si se le despierta. (Doenges 2008)

Evaluación:

Cuando abordo a José Luis cursa con insomnio. Al realizar las intervenciones, se logró que poco a poco se adaptara a los cambios del entorno y restablece su patrón habitual de sueño.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Seguridad y protección **Fuente de la dificultad:** Fuerza

Nivel de dependencia: 3 **Prioridad:** Alta

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión física r/c pérdida de la coordinación de los músculos y limitaciones cognitivas

Objetivo: José Luis controlará la actividad convulsiva durante toda la vida, mediante el seguimiento del régimen terapéutico establecido y enseñado a la madre para que lo ejecute. Proporcionar un ambiente seguro.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Precauciones contra las convulsiones (2I- 2690)</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes <p>Analizar con el paciente los distintos estímulos que pueden desencadenar una actividad convulsiva</p>	<p>Algunos estímulos (insomnio, visión prolongada de la televisión, destellos luminosos) pueden aumentar las posibilidades de una actividad convulsiva</p>

<p>Explicar los signos de alerta de convulsiones y el patrón convulsivo habitual. Enseñar a los familiares a reconocer los signos indicativos y la manera de atender a paciente durante y después de una convulsión.</p>	<p>Puede permitir a los familiares proteger al individuo frente a lesiones. Saber cómo actuar cuando se producen las convulsiones puede evitar lesiones o complicaciones y disminuir el sentimiento de impotencia. (Doenges 2008)</p>
<p>Manejo de las convulsiones (11-2680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • independientes <p>Colocar al paciente en una cama con barandales</p> <p>Permanecer con el paciente durante y después de la convulsión.</p> <p>Recostar la cabeza en una zona blanda o colocarlo en el suelo si está fuera de la cama. No intentar sujetar al paciente.</p> <p>Realizar un control neurológico y de los signos vitales después de la convulsión.</p> <p>Investigar si el paciente tiene datos de dolor.</p> <p>Observar la aparición de un estado epiléptico, es decir una convulsión tonicoclónica después de otra en sucesión rápida</p> <p>Comprobar actividad anterior a la convulsión, la presencia de aura o conducta anómala, tipo de actividad convulsiva, frecuencia y recurrencia. Observar si el paciente babeo o manifestó automatismos.</p>	<p>Reduce las lesiones en caso de que las convulsiones se presenten cuando el paciente está en cama</p> <p>Favorece la seguridad del paciente y reduce la sensación de aislamiento durante el suceso</p> <p>Guiar con cuidado las extremidades reduce el riesgo de lesiones físicas cuando el paciente carece de control muscular voluntario. Pueden aumentar los movimientos erráticos y el paciente puede lesionarse o lesionar a los demás.</p> <p>Confirma el estado postictal.</p> <p>Como consecuencia de contracciones musculares repetidas o síntomas de lesiones producidas.</p> <p>Es una urgencia potencialmente mortal que si no se trata podría causar acidosis metabólica, hipertermia, hipoglucemia, arritmias, hipoxia, aumento de la presión intracraneal, obstrucción de las vías respiratorias y paro respiratorio. Es importante intervenir inmediatamente para controlar la actividad convulsiva y evitar lesiones permanentes o la muerte.</p> <p>Ayuda a localizar la zona cerebral afectada, y puede ser útil en situaciones crónicas para ayudar a familiares a prepararse ante una convulsión o controlarla.</p>

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad e incontinencia urinaria e intestinal.

Objetivo: José Luis mantendrá la piel intacta mediante la participación de madre quien identificará los factores de riesgo individuales y mostrará conductas y técnicas para prevenir el deterioro de la piel a corto plazo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Vigilancia de la piel (2L-3590)</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes <p>Inspeccionar la piel, tejidos y membranas mucosas de forma periódica.</p> <p>Anticipar y aplicar medidas preventivas en pacientes con riesgo</p> <p>Proporcionar una dieta equilibrada, con suficientes proteínas, vitaminas y minerales</p> <p>Mantener la higiene de la piel, usar jabón suave, secar con suavidad y lubricar con crema emoliente.</p> <p>Cambios posturales frecuentes y realizar ejercicios pasivos cada hora por 10 minutos.</p> <p>Masajear con suavidad las prominencias óseas con pomada o crema.</p> <p>Limitar la exposición a temperaturas extremas, el uso de calentadores o bolsas de hielo</p> <p>Inspeccionar periódicamente pies y uñas, mantenerlas cortas, redondeadas y limpias. Usar loción crema suavizante para los pies.</p>	<p>Ofrece la oportunidad para una intervención rápida en poblaciones de alto riesgo que pueden presentar piel y tejidos delgados, menos elásticos y más frágiles</p> <p>Las úlceras por decúbito son difíciles de curar y la prevención es el mejor tratamiento.</p> <p>Un balance de nitrógeno positivo y la mejora del estado nutricional pueden ayudar a prevenir el deterioro de la piel y a favorecer la curación.</p> <p>No suele ser necesario un baño diario ya que puede haber problemas de sequedad de la piel. El lubricante mantiene suave y elástica la piel.</p> <p>Mejora la circulación, el tono muscular y la movilidad articular y fomenta la participación del paciente.</p> <p>Estimula la circulación a los tejidos, aumenta el tono vascular y reduce el edema hístico.</p> <p>La disminución de la sensibilidad al dolor, al calor o al frío aumenta el riesgo de traumatismo hístico</p> <p>Los problemas de los pies son frecuentes en pacientes encamados. Las uñas pueden provocar lesiones en la piel y la crema previene sequedad.</p> <p>El deterioro de la integridad de la piel</p>

<p>Inspeccionar frecuentemente las prominencias óseas y la superficie y los pliegues cutáneos;</p> <p>Instruir al cuidador primario sobre los signos de pérdida de la integridad cutánea y enseñar las actividades anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdependientes <p>Vigilar Hb, Hct.</p>	<p>se puede producir con rapidez y con riesgo de infección y necrosis. El plástico del pañal irrita la piel.</p> <p>El cuidador primario identificará el riesgo y lo prevendrá.</p> <p>La anemia y la deshidratación son factores de deterioro cutáneo. (Doenges 2008)</p>
--	--

EVALUACION:

J.L. mantiene la piel turgente, hidratada y libre de lesiones cutáneas. Se observa limpio tanto de la ropa como del cuerpo. La madre trabaja activamente en conjunto con el personal de salud.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Recreación

Fuente de la dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: 3

Prioridad: Media

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de actividades recreativas r/c limitaciones físicas.

Objetivo: José Luis tratará de cubrir las actividades de recreación dentro de las limitaciones personales a corto plazo mediante las actividades de estimulación temprana enseñadas a la madre para que las realice.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Terapia de actividad (3º-4310)</p> <p>Incorporar las actividades del programa actual (estímulos, música) y enseñar a la madre la actividad prescrita.</p> <p>Alterar el entorno personal, fomentar las salidas a tiendas o a participar en acontecimientos familiares.</p>	<p>Estimular mental y físicamente al paciente para mejorar el estado general y la sensación de bienestar.</p> <p>Ofrecer diferentes actividades ayuda al paciente a probar nuevas ideas y a desarrollar nuevos intereses. (Doenges 2008)</p>

EVALUACION:

Aunque J.L. no sujeta objetos con ambas manos, ya logra sujetar una bolsita con la mano izquierda y es su método de distracción, además la mamá le realiza estimulación.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Oxigenación **Fuente de la dificultad:**
Fuerza **Nivel de dependencia:** 3 **Prioridad:**
Alta

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de la función respiratoria r/c afección neuromuscular y crisis convulsivas.

Objetivo: José Luis conservará un patrón respiratorio eficaz con las vías respiratorias permeables y medidas de prevención de la aspiración mediante la ayuda y colaboración de la madre.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Manejo de las convulsiones(2I-2680)</p> <ul style="list-style-type: none">Independientes <p>Retirar objetos extraños de la boca y evitar masticar chicle o caramelos si se presentan convulsiones sin previo aviso</p> <p>Girar la cabeza hacia un lado e introducir en la boca un protector de plástico para evitar mordeduras</p> <p>Aflojar la ropa desde el cuello y el tórax hasta la región abdominal.</p> <p>La succión es necesaria</p>	<p>Reduce el riesgo de aspiración y alojamiento de cuerpos extraños en la faringe.</p> <p>Favorece el drenaje de las secreciones y evita que la lengua obstruya las vías respiratorias. reduce el riesgo de traumatismo bucal, pero no introducirlo a la fuerza porque puede haber lesión dentaria y en los tejidos blandos.</p> <p>Facilita la respiración y la expansión torácica.</p> <p>El riesgo de aspiración es bajo, salvo que el paciente haya comido en los últimos 40 min. (</p>
Manejo de las vías aéreas (2K-	

3140) Enseñar a toser de manera efectiva Auscultar campos pulmonares	Se expulsan secreciones de manera efectiva y se observa la presencia de sonidos adventicios o la disminución o ausencia de ventilación. (Doenges 2008)
---	--

EVALUACION:

Hasta el momento con la realización de las intervenciones, J.L. conserva su patrón respiratorio eficaz y las vías respiratorias se encuentran permeables, pero continuará en riesgo incluso toda su vida.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Trabajo y realización **Fuente de la dificultad:** conocimiento y voluntad **Nivel de dependencia:** 3 **Prioridad:** Baja

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad de los padres r/c amenaza o cambio en el estado de salud de J.L. m/p la madre refiere tener miedo y preocupación por que fallezca su hijo o no pueda caminar.

Objetivo: La madre de J.L. tendrá un aspecto relajado y participará en actividades apropiadas para el niño, una veza que exprese sus temores y preocupaciones, mediante la expresión verbal de los mismos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Disminución de la ansiedad (3T-5820) <ul style="list-style-type: none"> • Independientes Reconocer los miedos y ansiedades Evaluar el grado y la realidad de amenaza al paciente y el nivel de ansiedad (leve, moderado, grave) observando conductas Observar una disminución de la capacidad de atención.	Los sentimientos son reales y es beneficioso sacarlos al exterior para poder hablar de ellos y afrontarlos. Las respuestas individuales pueden variar según las creencias o tradiciones y los patrones culturales aprendidos. Una percepción distorsionada de la situación puede magnificar los sentimientos. Un interés limitado suele reflejar temor extremo o pánico

Identificar la percepción de la situación de los familiares	Independientemente de la realidad de la situación, la percepción afecta a la forma en que cada individuo afronta la enfermedad o el estrés.
Reconocer la realidad de la situación como la ven los padres del paciente, sin enfrentarse a ésta creencia.	El familiar puede necesitar negar la realidad hasta que esté dispuesto a afrontarla. No ayuda a forzar al familiar a enfrentarse con la realidad.
Mantener frecuentes contactos con los allegados, estar disponible para hablar según necesidad.	Establecer un compromiso, fomenta la expresión de los sentimientos y ayuda a los allegados a enfrentarse a la realidad de la enfermedad y del tratamiento sin afrontar otros aspectos para los que no se encuentran preparados.
Identificar formas en las que el familiar puede obtener ayuda cuando la necesite	Le reafirma que el equipo de cuidados y los recursos están disponibles para brindarle asistencia y apoyo.
Aportar información precisa según necesidad y cuando la requiera el familiar. Responder a las preguntas con libertad y honestidad en un lenguaje comprensible por todos	La información compleja o que cause ansiedad se puede aportar en cantidades manejables durante un periodo prolongado de tiempo. A medida que surgen las oportunidades y se dan los datos, los individuos aceptan aquello para lo que están preparados. Es necesario aclarar las dudas para asegurar que se ha comprendido.
Animar y enseñar imaginación guiada, métodos de relajación, meditación y concentración.	Fomenta la liberación de endorfinas y ayuda a desarrollar un centro interno de control, reduciendo la ansiedad. Puede fomentar las capacidades de afrontamiento. La concentración es un método para estar aquí y ahora y concentrarse en el momento.
Revisar los mecanismos de afrontamiento utilizados en el pasado.	Ofrece la oportunidad para aprovechar los recursos que los allegados pueden haber usado con éxito. (Doenges 2008)

EVALUACION:

Las intervenciones de enfermería van encaminadas a la relajación de la madre y a que exprese sus temores y preocupaciones.

La madre de J.L. expresa sus sentimientos y emociones sobre el padecimiento de su hijo, con el paso de los años ha ido aceptando poco a

poco la situación y continúa esforzándose por el bienestar de J.L., aunque no deja de preocuparle el futuro incierto de su hijo.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Necesidad: Valores y creencias **Fuente de la dificultad:** Conocimiento y voluntad **Nivel de dependencia:** 3 **Prioridad:** Baja

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de la religiosidad (de los padres de J.L.) r/c enfermedad del hijo y sufrimiento

Objetivo: La madre de J.L. hablará sobre sus creencias y valores, sobre temas espirituales y religiosos.

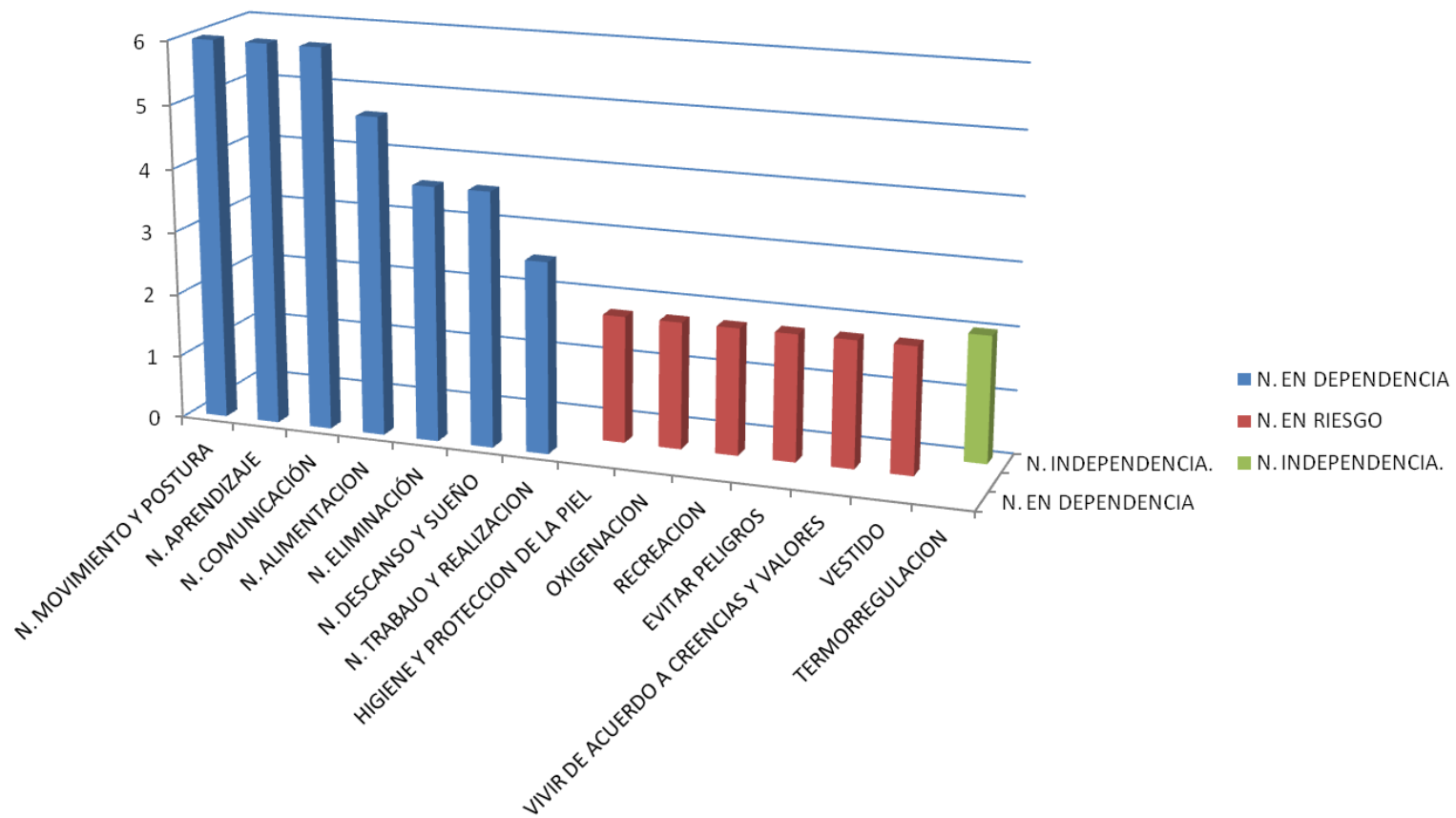
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Apoyo espiritual (3R-5420)</p> <ul style="list-style-type: none"> Independientes <p>Escuchar la información del paciente y allegados y las expresiones de ira, preocupación, alejamiento de Dios. Observar sentimientos de culpa o castigo merecido</p> <p>Usar las capacidades de comunicación de reflexión y escucha activa.</p> <p>Fomentar la expresión de los sentimientos sobre la enfermedad y la muerte.</p> <p>Evaluar el alcance de la depresión que puede estar experimentando el familiar.</p> <p>Sugerir el uso de llevar un diario, escribir los recuerdos.</p>	<p>Una situación que provoque tensión afecta la capacidad de afrontamiento. La percepción de la culpa puede causar una crisis espiritual o sufrimiento que produzca el rechazo de las actividades y símbolos religiosos.</p> <p>Comunica la aceptación y permite a los familiares encontrar sus propias soluciones a los problemas.</p> <p>Permite al familiar identificar cómo afectan los sentimientos a la situación y a afrontarlos adecuadamente</p> <p>Algunas investigaciones sugieren que centrarse en la religión puede proteger de la depresión.</p> <p>Fomentar una revisión de su vida. Puede ayudar a aclarar valores, ideas a reconocer y resolver sentimientos y a identificar los motivos para reiniciar las actividades religiosas deseadas.</p>

Animar al familiar a identificar allegados que puedan aportar el apoyo necesario.	Es necesario un apoyo continuo para aumentar el sentido de conexión y reforzar los lazos religiosos según se desee. (Doenges 2008)
---	--

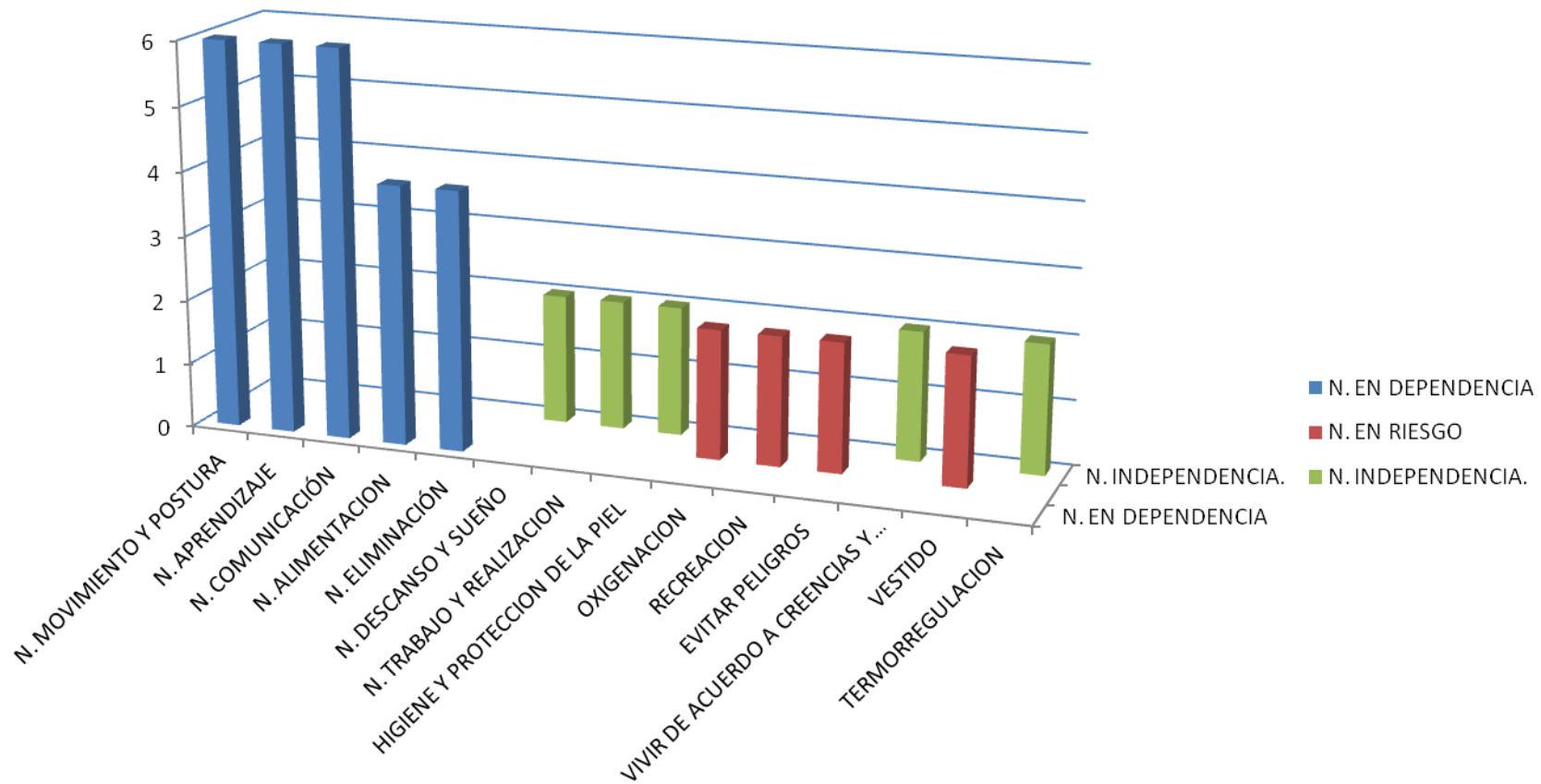
Evaluación:

Con las intervenciones de enfermería la madre de J.L. se encuentra más tranquila, pues es capaz de externar sus temores y preocupaciones y empieza nuevamente a confiar en Dios cuando expresa “solo Dios sabe porque hace las cosas” y “dejo todo en manos de Dios”.

Gráfica. Necesidades al inicio del estudio de caso (noviembre 2011).



Gráfica. Necesidades al final del estudio de caso (junio 2012).



2.5 PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: José Luis Tejada Pacheco. **Edad:** 3 años 2 meses

Sexo: masculino

Fecha de ingreso: 29-11-11.

1.-Orientación sobre las actividades que el familiar responsable del niño debe realizar:

Asistir al 100% de sus sesiones programadas en rehabilitación. Mantener seco y limpio al niño para evitar lesiones cutáneas. Evitar ropa áspera en la cama de José Luis para reducir la fricción. Vigilar el estado de la piel y dar masaje con crema hidratante para mejorar la circulación y dar elasticidad a la piel. Colocar al paciente en una cama con barandales para evitar una caída. Seguir en continua comunicación con José Luis por medio del tacto, los sonidos, hablarle despacio y tranquila. No emitir ruidos ni someterlo a situaciones estresantes. A la hora de dormir Fomentar medidas de bienestar (baño, masaje, música relajante), que la cama esté cómoda, que no haya ruidos, fomentar posturas cómodas, evitar las interrupciones (no despertarlo para darle un medicamento).

2.- Orientación dietética:

Debe preparar los alimentos de manera higiénica, suficiente en cantidad y calidad, la consistencia debe ser blanda, en picados y rica en fibra a base de fruta, verdura, cereal, pollo, carne molida, granos, pastas. Ofrecer las comidas en cantidades pequeñas y con frecuencia ya que esto aumenta la digestión y la tolerancia del paciente. Dar abundantes líquidos para evitar deshidratación, mejorar la eliminación intestinal y evitar infecciones de vías urinarias.

Restricciones: evitar dar a José Luis comida de consistencia dura y difícil de digerir (carne roja, fritos, grasas, etc.). No alimentar rápidamente, debe dar tiempo para que degluta lo que tiene en boca
La posición debe ser casi sentada y la cabeza fija para mejorar la deglución y evitar riesgo de aspiración; dejarlo en ésta posición durante 40 minutos posteriores a comer.

3.- Medicamentos indicados

Medicamento:	Dosis:	Vía de administración:	Horario:	Instrucciones especiales
kepra	¼ pastilla	V.O. c/12 hrs.	8-20	Puede tener un aumento de convulsiones si deja de usar el medicamento de forma súbita.
Topiramato	½ pastilla	V.O. c/12 hrs.	12-24	El sabor es amargo por lo que es conveniente lo acompañe con algún zumo y no interrumpir el medicamento.
Propranolol	¼ pastilla	V.O. c/12 hrs.	8-20	Trata hipertensión arterial y temblores
Paracetamol	1.5 ml	V.O. c/8hrs.	8-16-24	Quita el dolor y la fiebre
Amoxicilina	1.5ml	V.O. c/8 hrs. X 7 días	8-16-24	Dar el tratamiento completo para eliminar la bacteria

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

Al menor síntoma de sangrado, crisis convulsivas que no seden, empeoramiento del estado general, si presenta bronco aspiración, cambio en la coloración de la piel, fiebre, que no quiera comer.

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

Cuidados de paciente encamado los cuales son: Practicar en casa los ejercicios que le enseñen con el fin de retrasar la pérdida de fuerza,

prevenir contracturas y favorecer la independencia personal. Girar frecuentemente a José Luis para evitar zonas de presión y por consiguiente úlceras. Procurar que mantenga una posición funcional para reducir las deformidades y alteraciones del tono muscular.

6.- Fecha de próxima cita

No pierda las citas que tiene en los diferentes hospitales (HMI, HRAEB y HGR) con las diferentes especialidades (gastroenterología, neurología, pediatría y rehabilitación)

7.- Observaciones:

El padecimiento de José Luis es muy delicado y si a esto le agregamos las complicaciones que puede presentar y que usted ya conoce (hemorragia, contracturas, lesión de la piel, lesión física, desnutrición, deshidratación,), debe estar alerta a cualquier alteración,

Fecha: junio de 2012

Nombre de la enfermera: Susana Isabel Cervera Sánchez

3. RESULTADOS:

En el campo clínico se pudo realizar la valoración física de J.L. empleando el método clínico y así obtener los datos del paciente para la realización del presente estudio de caso.

El objetivo principal de éste trabajo fue elaborar un estudio de caso aplicando el proceso de atención de enfermería tomando como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson en un preescolar con dependencia en la necesidad de movimiento y postura por síndrome de West, el cual se cumplió, detectándose que se beneficia el paciente mediante un cuidado integral con un alto sentido humano, por lo cual se documenta dicho estudio de caso.

Se realizó la valoración exhaustiva y focalizada de enfermería J.L. se identificaron las fuentes de dificultad y los datos de la necesidad de movimiento y postura. Se redactaron 16 diagnósticos de enfermería que guiaron el plan de atención, de los cuales 10 corresponden a dependencia, 1 a independencia y 5 a riesgo. Para el plan de intervenciones se tomaron en cuenta los diagnósticos que reflejan la actividad independiente de la enfermera.

De acuerdo con el análisis de los diagnósticos y la evolución se considera que J.L. aun cuando se realizaron las intervenciones programadas, no se logra la independencia, pero sí se observa una mejoría notable, pues al día de hoy logra sostener la cabeza, sentarse con ayuda de cojines y sujeta un objeto, voltea hacia donde escucha ruidos y tolera que le hablen y lo toquen. La resolución de los diagnósticos de enfermería será a largo plazo.

Incluir a la familia en todo momento resulta de mucha utilidad ya que permite fomentar y reforzar los lazos afectivos, aunque en éste caso sólo se logró integrar a la madre en el cuidado del preescolar para mejorar el confort y calidad de vida, pues el padre trabaja y no tiene tiempo de acudir a las citas de José Luis.

4. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE CASO:

La práctica de enfermería ha crecido desde los distintos enfoques utilizando modelos teóricos de influencia extranjera, modificándolos para recurrir a ellos como guía en el Plan de Cuidado de Enfermería que nos permite evidenciarla.

La programación de los cuidados individualizados, empleando el modelo de Virginia Henderson nos orienta tanto a actuaciones hospitalarias inmediatas como a la derivación y seguimiento extra hospitalario

La metodología aplicada, basada en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por Virginia Henderson a través del PAE y conjuntamente con el análisis, la interpretación, la planeación y la evaluación de éstas necesidades es sin duda un aspecto que cambia la práctica tradicional de enfermería. Con el PAE pueden planearse cuidados individualizados de acuerdo a la alteración que presente el paciente, en especial para llevarlo a cabo con pacientes pediátricos, además permite que enfermería tenga un lenguaje propio y se pueda llevar un seguimiento al paciente. Además de que la enfermera tiene la oportunidad de ser autónoma, realizar su juicio crítico basado en los conocimientos y contribuye a la investigación en enfermería

Para lo anterior debe contarse con conocimiento y destreza en su aplicación. Incluir a la familia en todo momento resulta de mucha utilidad ya que permite fomentar y reforzar los lazos afectivos.

A manera de sugerencia, es importante implementar el proceso de Atención de enfermería, ya que es la base para llevar a cabo tareas de enfermería porque ayuda a utilizar el pensamiento crítico y brindar un cuidado humanístico, además de que motiva y sensibiliza al personal de enfermería a analizar lo que hace y a planear el cuidado.

La práctica de enfermería no debe ser sólo una rutina, sino un proceso que requiere la aplicación del pensamiento crítico, bases de investigación, metodología y documentación, que fundamenten la práctica y dejen huella para el desarrollo del conocimiento de Enfermería.

Existe poca investigación por parte de enfermería en aspectos tales como filosófico y científico pero eso solo lo lograremos con iniciativas de renovar la práctica, apoyándonos en la teoría, actuando no sólo como asistente en salud, sino fundamentando el área del cuidado y enriqueciéndola día con día, aplicando nuestros conocimientos científicos, experimentando los cambios, actuando con responsabilidad sin olvidar que nuestra disciplina requiere de continua actualización, sobre todo teniendo la convicción de que nuestra actividad más que ser complemento de atender signos y síntomas de una enfermedad es el arte de tratamiento del cuidado enfermero.

La práctica de la enfermería debe estar asentada firmemente en la investigación, ya que ésta ha sido utilizada para legitimizar la enfermería como una profesión. En la actualidad se están llevando a cabo diversos esfuerzos a nivel mundial por basar los cuidados de enfermería en estudios científicos de elevada calidad metodológica y relevancia para la práctica.

La enfermería basada en la evidencia está irrumpiendo con fuerza, pero solo tendrá futuro si las enfermeras nos planteamos un cambio en la filosofía enfermera alcanzando el máximo nivel académico que favorezca la investigación. La implicación de los directivos y líderes de enfermería es fundamental, y las organizaciones tienen que modificar sus políticas de personal a través de apoyo, financiación e incentivación de la investigación y la disseminación de los hallazgos obtenidos de la misma. Si no conseguimos dicho cambio, la EBE será una de tantas modas pasajeras derivada del memetismo médico con el que solemos actuar, que de vez en cuando nos visita y que al cabo de poco tiempo habremos olvidado.

Los modelos de enfermería sólo alcanzan su sentido si son trasladados a la práctica y nos comprometemos en hacer realidad ese objetivo, ya que esta traslación de la teoría a la práctica es un elemento clave para el desarrollo disciplinario y profesional de la enfermera.

La práctica de enfermería se beneficia al contar con una base teórica, metodológica e instrumental como la llevada a cabo en éste estudio de caso.

5. BIBLIOGRAFIA:

Fuentelsaz, C. Moreno, T. et. al. (2001) *Glosario de términos para la práctica clínica basada en evidencia*. Enfermería clínica, 12(4), 173-181.

Ruiz, L. y Tovar, M. (2007, septiembre). *Proceso de Enfermería en una paciente con insuficiencia renal crónica*. Desarrollo Científico de Enfermería, 15(8), 377-380.

Solís., M. (2008, octubre). *Proceso de Atención de Enfermería en un Lactante con Dependencia de Oxigenación*. Desarrollo Científico de Enfermería, 16(9), 414-417.

Sánchez , V. (2001). *Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura*. Revista de Enfermería IMSS, 9(2), 91-96.

Espinosa, V. y Franco, M. (2003, enero-febrero). *Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía*. Desarrollo Científico de Enfermería, 11(1), 24-29.

Zapatero, I. Quilchano, B. et. al. (2006, enero-febrero-marzo). *Plan de Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias*. ENFURO, (97), 6-9.

Sánchez, N. y Espinosa, V. (2008). *Atención Especializada de Enfermería para una Adolescente con Amputación Bilateral Pélvica*. Desarrollo científico de Enfermería, 16(6), 276-279.

Rodríguez, A. y Ferrer, M. (2002). *Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes de Henderson en una unidad de lactantes*. Enfermería Clínica, 12(6), 255-261.

Angeles, Y. Barreto, M. et. al. (2010). *Proceso de cuidado de enfermería en una escolar con parálisis cerebral infantil e influenza AH1N1, en un hospital Nacional de Chilacayo, Perú*. Revista Enfermera Herediana, 3(1), 43-48.

Sierra, M. (2006, Enero-Abril). *Paciente pediátrico con cardiopatía congénita acianógena*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 14(1), 16-23.

Mondragón, A. y Macín G. (2010, septiembre-diciembre). *“Proceso Enfermero de un adolescente que presenta alucinaciones por síndrome de delección 22q11”*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 18(3) 82-86

Berman, A. Snyder, S. et al. (2008). *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas* (8ª. ed.). (Vol.I). Madrid, España: Pearson, prentice Hall.

Heather C. et al.(2010) *NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Madrid, España: Hacourt.

Iyer, P. Taptich, W. et al, (1997). *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. Trad. Valladar M. México: McGraw – Hill Interamericana,

Engel, J. (1994). *Guía clínica de enfermería. Exploración física pediátrica*. (2ª. ed. Diorky, Servicios Integrales de Edición, Trad.). Madrid, España: Mosby, División de Times Mirror de España, S.A.

Rodrigo, M.(2008). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*.(8ª. ed.) Barcelona, España: Elsevier.

Alfaro, L. (2003). *Aplicación del Proceso Enfermero*. 4ª. ed.Madrid, España: Masson

Bulecheck, G. (2004). *Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC*. Sta Ed. Barcelona, España: Elsevier.

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

Henderson, V. (1987). *Enfermería Teórica y Práctica. Papel de la enfermera en la atención del paciente*. (3ª.ed.)Vol.1(Trad.R. Carrasco.) Coyoacan, México: Copilco.

García, G. (1997). *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. (1ª.ed.). Delegación Cuauhtémoc, México: Progreso.

Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería* (1ª.ed.)(Trad. C. Lopez, J. Lopez). Barcelona, España: MacGraw – Hill.

Luis, M. Fernández, C. Navarro, M. (2005). *De la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (3ª. ed.). Barcelona, España: El Seiver Masson.

Riopelle, L. Grondin, L. et al. (1993). *Un proceso centrado en las necesidades de la persona* (1a. ed.). (Trad. M. Gil, O. Prats). España: MacGraw – Hill.

Villalba, C.Torres, M. et al. (2008, octubre-diciembre) *Generalidades de la Bioética*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 21(4), 296-305.

Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México*. México, D.F.

Cortés, G. (2007, septiembre- diciembre). *Consentimiento Informado: Fundamentos y Práctica*. Revista Calimed, 13(3), 79-87.

Cortés, G., (2010). *Bioética en la relación médico-paciente*. CONAMED , 63-69.

Lifshitz, A. (2007, Julio-Agosto). *Influencia de la bioética en la ética clínica*. Revista Medigraphic Artemisa, .45(3), 209- 211.

González, L., Cabrera, A. (2009, Julio-Agosto). *Relación médico paciente y consentimiento informado en cirugía pediátrica: teoría y realidad en la práctica local*. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 7(4).

Toro, J., Yepes, M. et al. (2001). Neurología, serie interamericano de medicina. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.

Pozo, A. Pozo, D. (2002). *Síndrome de West: etiología, Fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos*. Revista Cubana Pediatría. 74(3) 151-161.

Atuesta, A. Reina, D. (2009). *Síndrome de West: encefalopatía epiléptica*. Revista de los Estudiantes de la Universidad Industrial Santander. 22(1). 66-74.

Johnson M, Mass M, Moorhead S. (2004) Clasificación de Resultados de Enfermería. Madrid, España: Elsevier

Mariner, T. Raile, A. (2003). Modelos y teorías en enfermería (5ª. ed.). Madrid, España: Mosby.

Henderson, V. (1994). La Naturaleza de la Enfermera. Reflexiones 25 años después. (Trad. S. Haase) Interamericana-Mcgraw-Hill.

Wong, D. (1995) . Enfermería Pediátrica. 4ta Ed. España, Madrid: Mosby-Doyma.

Berg, B., Peña, G. (1998) Manual de neurología pediátrica. Mexico, D.F.: Manual Moderno.

Doenges, M. Moorhouse, M. et al. (2008). *Planes de Cuidados de Enfermería*. Trad. Núñez, F. Romano, J. 7ª. ed. Distrito Federal, México: McGraw-Hill Interamericana.

6. ANEXOS

6.1 Historia Clínica de enfermería

6.2 Hoja de Reporte Diario

6.3 Hoja de Consentimiento informado

6.4 Escalas

6.5 Tríptico Plan de Alta

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Plan Único de Especialización de Enfermería

Instrumentos de valoración
clínica en niño de 0 a 5 años

Especialización en Enfermería Infantil



Autor:
Magdalena Franco Orozco
Editor y compilador:
Rosa Ma. Ostiguirín Meléndez

**Instrumentos de valoración
clínica en niño de 0 a 5 años**

Especialización en Enfermería Infantil

Elaboró:

Mtra. Magdalena Franco Orozco

Revisor y compilador:

Mtra. Rosa Ma. Ostigüin Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001.

PRESENTACIÓN

La División de Estudios Superiores como parte de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ofrece a la comunidad académica e institucional de la enfermería una recopilación de los instrumentos que dentro del Plan Único de Especialización en Enfermería y particularmente de la Especialidad en Enfermería Infantil I se han construido a partir de las generaciones de especialistas que hasta el momento han egresado.

Considerando que la valoración es una parte importante del proceso de atención de enfermería y determinante para el planteamiento de las hipótesis de trabajo o diagnóstico de enfermería, se proponen instrumentos de valoración clínica, donde el especialista incurse en la experiencia de conjugar conceptos de teorías procesos especializados del cuidado de enfermería y método de trabajo disciplinar.

De este modo los instrumentos pretenden ser una aportación para la práctica de cuidado especializado en enfermería al retomar aspectos teórico instrumentales de la disciplina.

Las experiencias que puedan generarse a partir de este primer acercamiento al uso de conceptos de modelos o teorías disciplinares en instrumento de valoración, redituará para la enfermería en múltiples aspectos: académicos, de investigación y técnico, entre otros.

Considere que este material es parte de un proyecto académico, en donde usted, después de leerlo, podrá sentirse co-participante de la mejora del mismo. Juntos, compartiendo y difundiendo las experiencias obtenidas.

ATENTAMENTE

MTRA. EN ENF. ROSA MA. OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Nota: La información presentada es responsabilidad de los autores



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

Instructivo

Para el alumno:

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

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

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

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



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

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

Nombre del alumno: _____ Fecha de entrega _____ Servicio _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____

Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Edad de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____

Escolaridad Padre: _____ Madre: _____ Niño: _____

Religión: _____ La información es proporcionada por: _____

Domicilio: _____

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico médico: _____

Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: _____

Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____

Servicios intradomiciliarios: _____

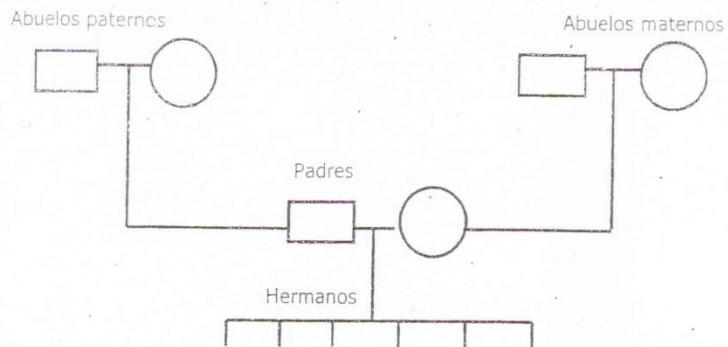
Disposición de excretas: _____

Descripción de la vivienda: _____

Ingresos económicos de la familia: _____

Medios de transporte de la localidad: _____

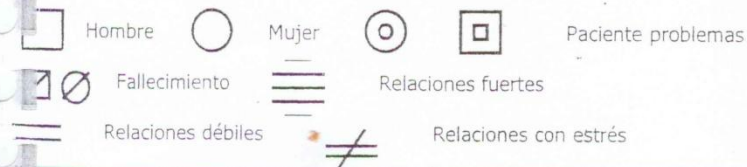
Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaeridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

Símbolos



III Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?
 Horario de visita: Sí: ___ No: ___ Salas de espera: Sí: ___ No: ___ Normas sobre barandales de
 camas y cunas: Sí: ___ No: ___ Permanencia en el servicio: Sí: ___ No: ___
 Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: ___ No: ___ Horario de cafetería: Sí: ___
 No: ___ servicio religioso: Sí: ___ No: ___ Restricciones en la visita: _____

Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del
 familiar: Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____
 Lloró al nacer: ___ Respiró al nacer: ___ Se realizaron maniobras de resucitación: _____
 Motivo de la consulta/hospitalización: _____

¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____

¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____ El niño es alérgico? Sí: ___ No: ___

Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: _____

Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: _____

Vacunación: _____

Alimentación

El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____

¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____

Horario: _____ Tipo de alimentos: En puré: _____ Picados: _____

Licuada: _____ Otros: _____

¿Come sólo? _____ ¿Con ayuda? _____ ¿Con quién come? _____

_____ Lugar: _____

¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____

¿Que alimentos rechaza? _____ Dieta especial: _____

Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____

Alimentación especial: _____

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____

Tipo de líquidos: Vía oral: _____ Vía Parenteral: _____

Hábitos en los alimentos: _____

A que edad le salieron los dientes: _____

Eliminación

Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Consistencia de las heces: fornadas: _____ Pastosa: _____

Blanda: _____ Líquida: _____

Semilíquida: _____ Espumosa: _____ Con sangre: _____ Con parásitos: _____ Grumosa: _____

Color: Amarilla: _____ Verde: _____ Cafe: _____ Negra: _____ Blanca: _____

Olor: Ácida: _____ Felida: _____ Otros: _____ Moco: _____ Sangre: _____ Restos alimenticios: _____

Dolor al evacuar: _____ Orina: Color: _____ Olor: _____ Con sangre: _____ Sedimento: _____

Pus: _____ Dolor al orinar: _____ Edema palpebral: _____ Maleolar: _____ Anasarca: _____

Otros: _____

Hábitos: _____

Descripción de genitales: _____

Sudoración: _____

Oxigenación

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ Perímetros: Cefálico: _____
Abdominal: _____ Torácico: _____ Branquial: _____
Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____
Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____
Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidia _____ Disociación toraco abdominal: _____
Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo: _____ Ventilación: _____
Respiración asistida: _____ controlada: _____
Secreciones bronquiales: _____ Cantidad _____ Consistencia _____ Color _____ Olor _____
Tubo traqueal _____
Cavidad oro nasal _____
Humidificación y oxigenación: _____

Tiene dificultad para respirar: Cuando come: _____ Camina: _____ Otros: _____
Coloración de la piel: Color: _____ Integridad: _____ Diraforesis: _____
Petequias: _____ Rash: _____ Escoriaciones: _____

Reposo-sueño

Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____
Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____
Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____
Duerme siesta: _____ En qué horario: _____
Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____
Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____
Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____
Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____
Búsqueda: _____ Moro: _____
Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____
Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbrincadas: _____

Vestido

Condiciones de la ropa de vestir: _____
Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____
Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____

Termorregulación

El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____
Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____

Movimiento y Postura

A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____
Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____
Salta alternando los pies: _____ Camina con las puntas de los pies: _____
Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo: _____
Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____
Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____
Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____
Cambios de posición con ayuda: _____

Comunicación

Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____
Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____
A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea: _____ A qué edad dijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____
Quién lo cuida: _____ Con quien juega: _____
Quién habla con el niño: _____ Como considera que es el niño: Alegre: _____
Irritable: _____ Independiente: _____ Dependiente: _____
Tímido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____
Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____
Qué hace usted para consolarlo cuando _____

hace berrinche: _____

Higiene

Condiciones higiénicas de la piel: _____
Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____
Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: _____
Frecuencia del cambio de ropa: _____

Recreación

Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____
Tienen alguna preferencia por: Los juegos: _____
Los objetos: _____ Animales: _____
Las personas: _____ Juega solo: _____
Con otros niños: _____ Con adultos: _____

Religión

¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____

Seguridad y protección

Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____
Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____
Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____
Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____
Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja: _____ Enfermedad Crónica de un familiar: _____ Otros: _____
Como ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____

El niño toma medicamentos en casa: Sí: _____ No: _____

Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía
------------------------	-------	-----

Fecha	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

De qué forma acostumbra a dárselos: _____

Aprendizaje

Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____

¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____

¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____
¿Cómo reaccionó? _____

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____

Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____

Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____

Comparte juguetes: _____

Hace amistad con otros niños y adultos: _____

Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: _____

Otros datos: _____

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

c: valoinf doc



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
(En las dimensiones Física, Psicosociales y espiritual).

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

UNAM POSGRADO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nombre: _____ Servicio: _____

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

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Realizadas por	Evaluación

UNAM POSGRADO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____

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

Código: Grado de dependencia
 Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dp

Causas de la dificultad
 Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERÍA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

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

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

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

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

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

Fecha de su próxima cita: _____

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

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

Crespinan, 2000

Reporte Diario (Seguimiento)

Nombre de la alumna: _____ Fecha: _____ Servicio: _____
Nombre del niño: _____ Edad: _____ Reg. De Exp. _____

Valoración Focalizada de la necesidad de: _____

Datos Subjetivos:

Datos Objetivos:

Peso _____ Talla _____ FC _____ FR _____ TA _____ Temp _____

Otros. _____

A) Habitus Externo

B) Exploración Física de la necesidad (cuando corresponda)

Tipo de Relación: _____

Acompañamiento: _____

Suplencia: _____

Ayuda: _____

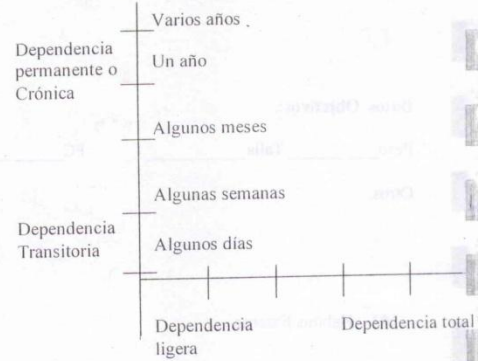
Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco

Fuentes de dificultad (conocimiento, fuerza y voluntad)

Diagnósticos de Enfermería

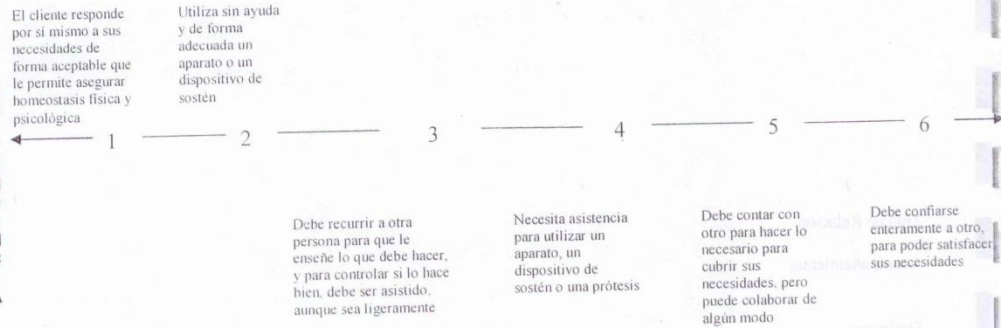
Comentarios:

Duración de la Dependencia



Grado de Dependencia

DEPENDENCIA



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

Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco



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

Consentimiento Informado para Estudio de Caso

Yo Natalia Pacheco González declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Jose Luis Tejada Pacheco participe en el **Estudio de Caso** Proceso de Atención de Enfermería en un preescolar con dependencia en la necesidad de movimiento y postura por síndrome de West

cuyo Objetivo principal es: Elaborar un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención de Enfermería tomando como base la propuesta filosófica de Virginia Henderson en el preescolar.
 Y que los procedimientos de Enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuestas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: Realizar valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, detectar alteraciones y orientar a la madre en el cuidado

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

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

Nombre del responsable del estudio de caso: Susana Isabel Cervera Sánchez.

Firma

Nombre del padre o tutor Natalia de la Luz Pacheco González

Firma

Testigos

Nombre Maño Magdalena Castro Durán
 Firma [Firma]

Nombre Susana Martínez García
 Firma [Firma]

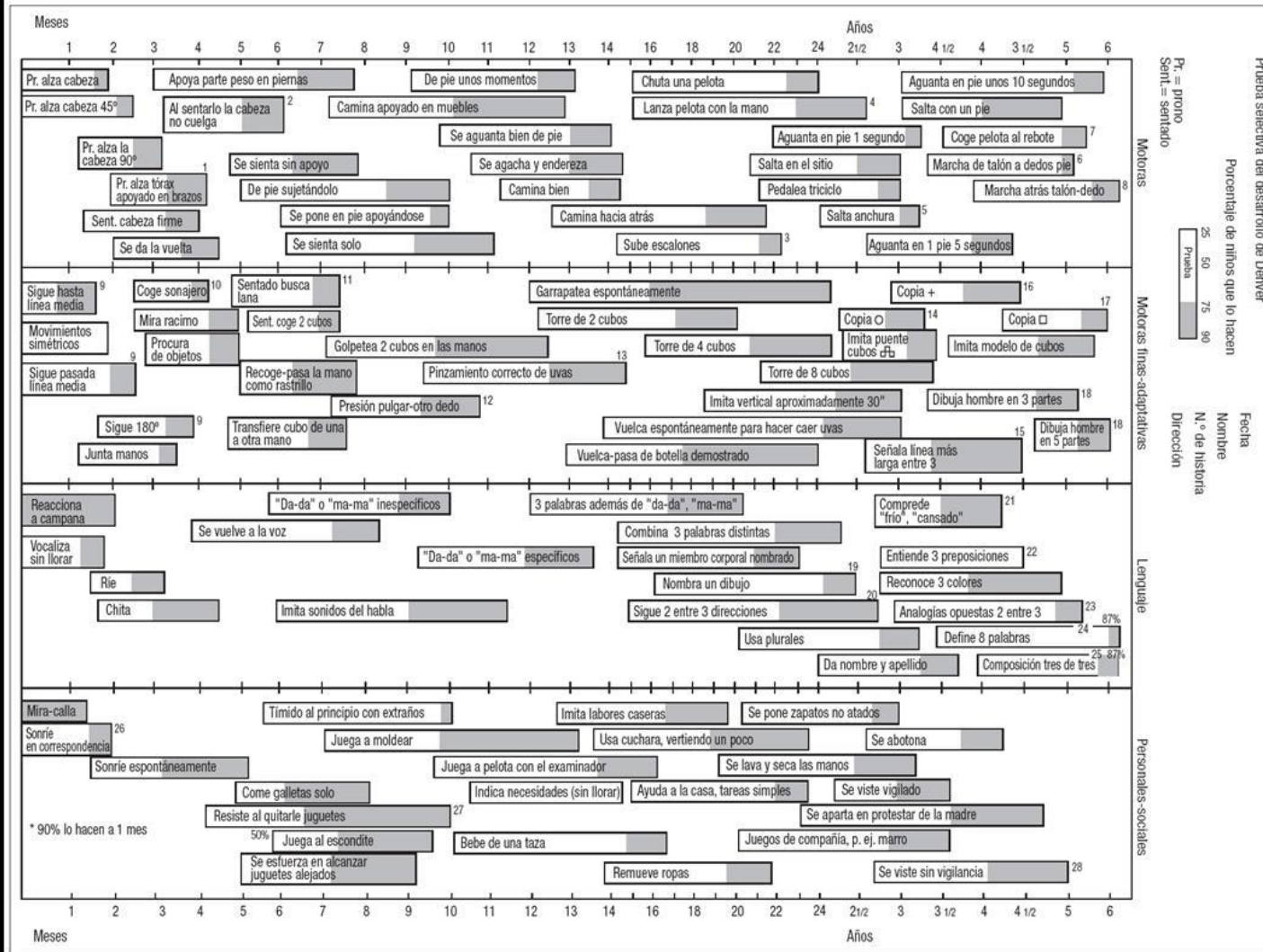
Domicilio Fidel Velázquez #902 Unidad Obispo

Domicilio Paseo de Sanguinos 176 Paseo de la Cima Plus

León, Guanajuato a 05 de Diciembre de 2017

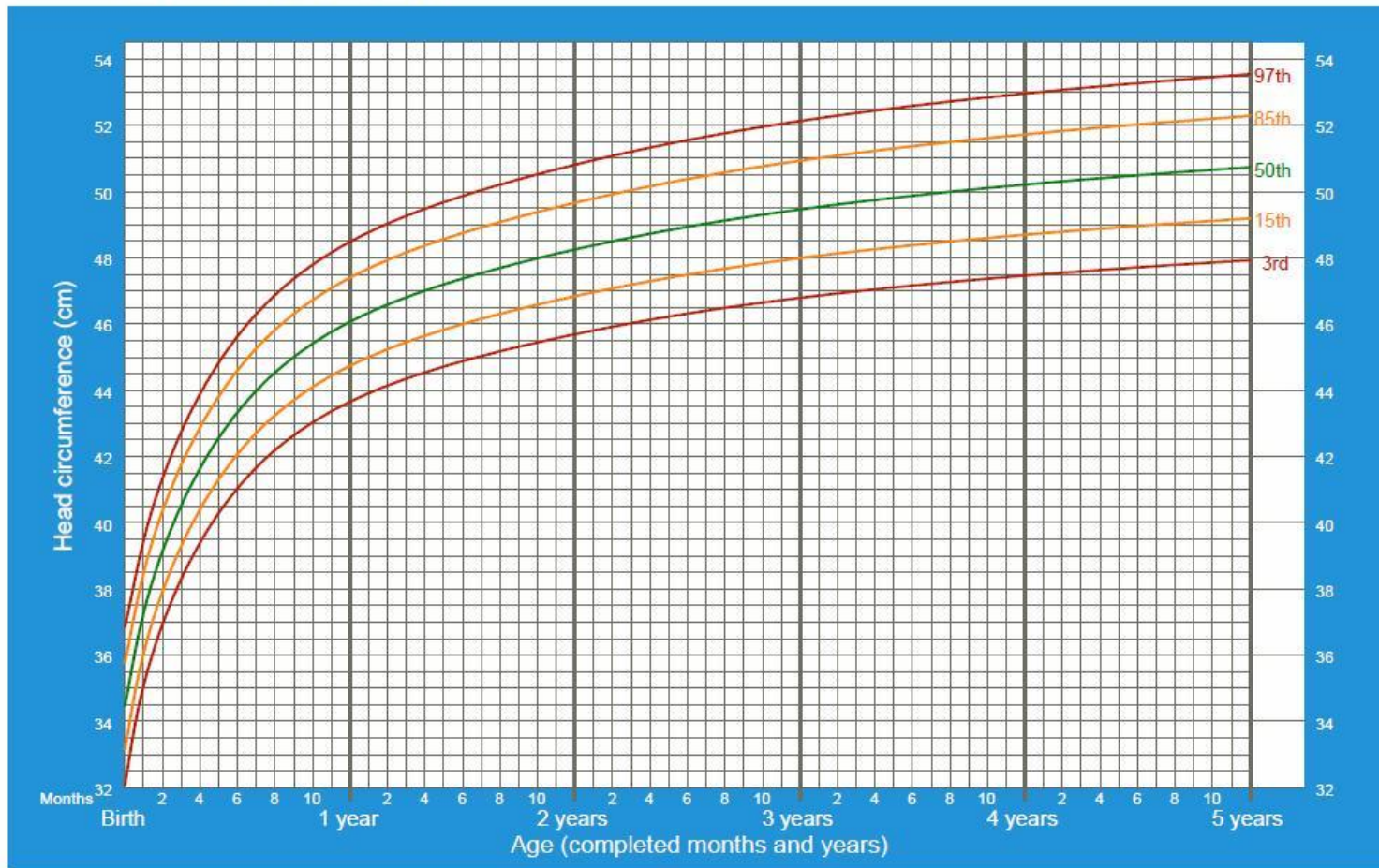
Escala de graduación de los REM

Puntuación	Intensidad de respuesta motora
0	No respuesta
1/+	Respuesta ligeramente disminuida
2/++	Respuesta normal
3/+++	Respuesta más intensa de lo normal o aumento del área reflexógena
4/++++	Respuesta exaltada (posible <i>clonus</i>)



Head circumference-for-age BOYS

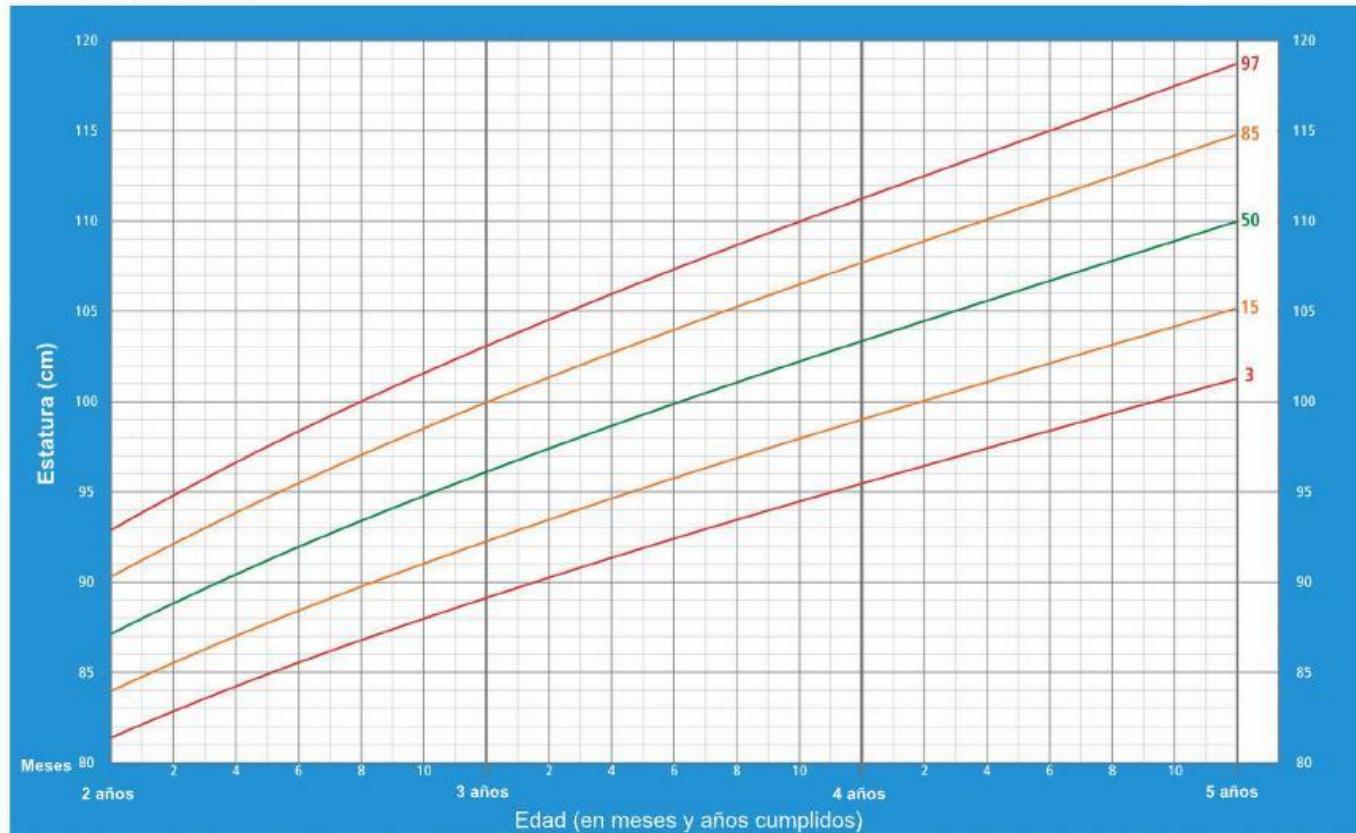
Birth to 5 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Estatura para la edad Niños

Percentiles (2 a 5 años)

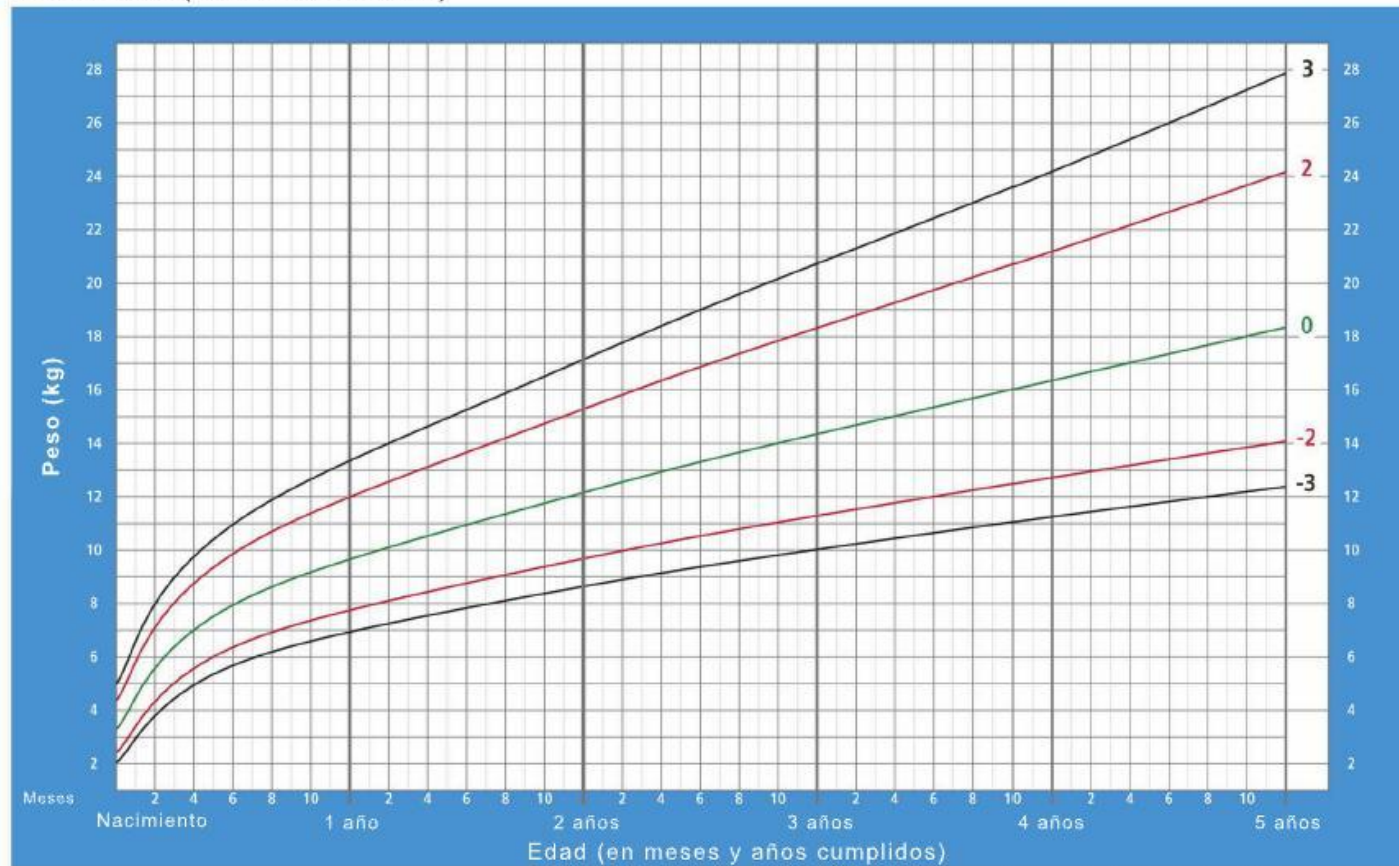


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños



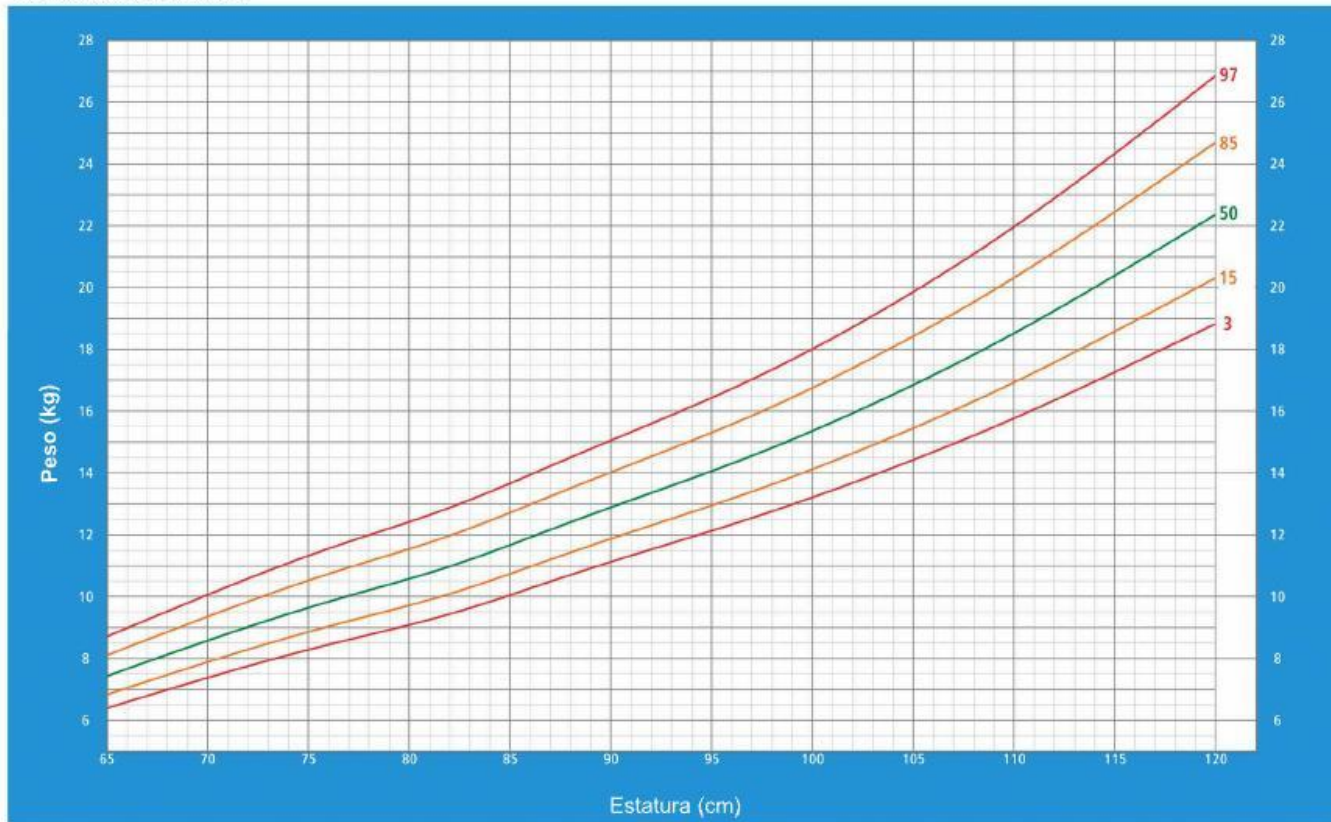
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niños

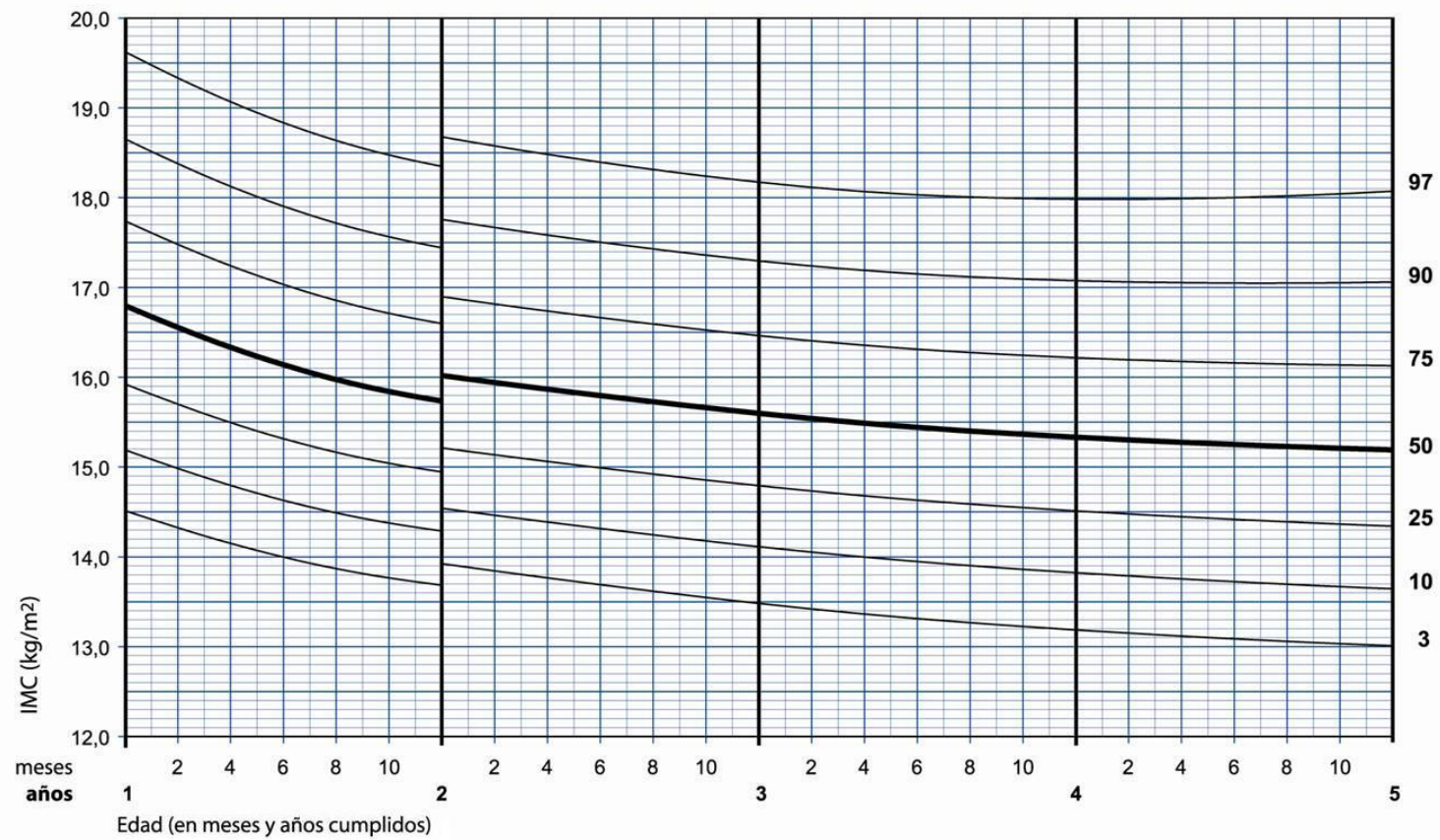
Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Índice de Masa Corporal de NIÑOS

Percentilos (1 a 5 años)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

Observaciones:

El padecimiento de José Luis es muy delicado y si no se da el tratamiento y seguimiento requerido puede presentar complicaciones, por lo cual debe estar alerta ante cualquier alteración y no perder las citas que se le han programado en las diferentes especialidades.



REALIZO:

**LEO SUSANA ISABEL
CERVERA SANCHEZ**

**Enfermera del Hospital
Regional de Alta
Especialidad Bajío**

Plan de Alta
**José Luis Tejada
Pacheco**



Orientación Dietética

Preparar los alimentos de manera higiénica.

La dieta debe ser suficiente en cantidad y calidad de consistencia blanda, rica en fibra, en picados, a base de fruta, verdura y cereal.

Ofrecer la comida en cantidades pequeñas y frecuentes.

Dar abundantes líquidos.

Alimentar lentamente en posición fowler, y dejarlo en esta posición 40 minutos posteriores a comer.

Asistir a sus consultas con el nutriólogo.

Evitar comida de consistencia dura y difícil de digerir.

Medicamentos

Medicamento:	Dosis:	Vía de administración:	Horario:	Instrucciones especiales
keppra	¼ pastilla	V.O. c/12 hrs.	8-20	Puede tener un aumento de convulsiones si deja de usar el medicamento de forma súbita.
Topiramato	½ pastilla	V.O. c/12 hrs.	12-24	El sabor es amargo por lo que es conveniente lo acompañe con algún zumo y no interrumpir el medicamento.
Propranolol	¼ pastilla	V.O. c/12 hrs.	8-20	Trata hipertensión arterial y temblores.
Paracetamol	1.5 ml	V.O. c/8 hrs.	8-16-24	Quita el dolor y la fiebre.
Amoxicilina	1.5ml	V.O. c/8 hrs. X 7 días	8-16-24	Dar el tratamiento completo para eliminar la bacteria.

Cuidados Especiales en el Hogar

Cuidados de paciente encamado.

Prevención de caídas y de úlceras por presión.

Mantener comunicación continua con José Luis.

Evitar situaciones estresantes.

Mantener una posición funcional.

Realizar los ejercicios indicados en la rehabilitación y asistir a sus sesiones programadas.

Fomentar periodos de sueño y descanso.

Mantener higiene corporal y dental.

Acudir al hospital ante cualquier dato de alarma (fiebre, no quiera comer, cambio de coloración, sangrado, etc).