



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

LACTANTE MASCULINO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE RIESGO PARA LA VIDA SECUNDARIO A SACUDIMIENTO

Que para obtener el Grado de Especialista en Enfermería Infantil

Presenta: L.E.O. SAUCEDO SOLÓRZANO MARÍA ALICIA

Asesorado por:

E.E.I ELVIRA SOLÓRZANO GARCÍA



México D.F Abril 2015



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO

PRESENTA: L.E.O. SAUCEDO SOLORZANO MARÍA ALICIA



México D.F Abril 2015

DEDICATORIA

Con todo el amor de mi ser para mi madre que su espíritu siempre me cuida y acompaña, y por sus enseñanzas de no rendirme ante ninguna dificultad.

A mi esposo que es mi amor incondicional y me apoya en todos mis proyectos.

Para mis hijos que son el resultado del gran amor de mi hogar y que me levantan día a día a luchar por la vida.

A mi querida hermana que hemos logrado formar un lazo indestructible.

Al autismo que cada día le demuestro que solo es una condición y no un impedimento para frenar sueños y metas de una familia.

A todas aquellas personas que creen en mí y que han estado en mi vida en forma silenciosa. . . pero con el corazón y apoyo total.

Gracias.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.	6
III.	METODOLOGÍA	7
IV.	FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO	9
4.1	ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS).	9
4.2	CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	14
4.3	PARADIGMAS	16
4.4	ESCUELAS DEL PENSAMIENTO	21
4.5	TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON	28
4.6	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	38
4.8	DAÑOS A LA SALUD	53
4.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
5	SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL ESTUDIO DE CASO	69
VI.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	73
6.2	VALORACION DE ENFERMERIA POR NECESIDADES	73
6.3	NECESIDADES ALTERADAS.	81
6.4	JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES	82
6.5	PRIORIDAD DE ACCIÓN	86
6.6	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	87
6.7	PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA.	89
	EVOLUCIÓN.	126
VII	PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA	129
VIII	CONCLUSIONES	130
XIX	SUGERENCIAS	131
X	BIBLIOGRAFIA	132
XI	ANEXOS	141

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios y tendencias actuales en los patrones sociales, culturales y económicos, en nuestro país en las últimas décadas, han generado transformaciones en los estilos de vida, existen factores desencadenantes que están propiciando el aumento y la aparición de enfermedades agudas y patologías crónico-degenerativas, las personas con lesiones y enfermedades que ponen en riesgo su vida necesitan atención médica cercana y constante, brindada por un equipo de profesionales de la salud especialmente capacitados. Para hacer frente a estas situaciones, la profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando, a las necesidades de cuidados que la población y el sistema de salud han ido demandando, de ahí que la especialización en enfermería se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social.¹

En conjunto con este desarrollo, la enfermera especialista utiliza modelos y teorías de otras enfermeras que los han realizado, estos modelos representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, porque parten de teorías distintas sobre las personas.²

Esta profesionalización aumenta los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática, se considera la base del ejercicio de nuestra profesión.³

La medicina prehispánica mexicana, también denominada —~~alternativa~~ alternativa”, se encuentra en auge en los últimos tiempos. En la antigüedad, surgió como resultado de la gran fusión cultural indígena, que fue entremezclando sabios conocimientos de sanación natural para curar a las comunidades. Para ellos esto significaba un arte, y a la vez, una ciencia.⁴ En la actualidad la situación no ha cambiado sino parcialmente ya que un buen porcentaje de los mexicanos recurre de una u otra manera a la medicina tradicional.⁵ Entre ellas la curación de la mollera caída:

Ahuetzi o cuha ahuetzi. Caída de mollera, caída de varillas o desvarillados.

La caída de mollera es una enfermedad que afecta principalmente a los niños menores de un año, en los cuales la afección es particularmente grave.

Los primeros signos que presenta el enfermo son diarrea y mollera sumida

¹<http://www.uv.mx/orizaba/eciaec/justificacion/>

²Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)

³<http://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/7/>

⁴http://www.revistabuenviaje.com/conocemexico/final_ciclo/medicina-maya/medicina-maya.php

⁵Méndez Gutiérrez, Alfonso. De la Medicina Tradicional prehispánica a la Medicina Tradicional actual (tesis). México D.F. 1999, pp: 72, 77,78.

Una de las maniobras más comunes que ejecutan es que con la boca llena de romero o de manzanilla, el café tibio, el "refino" (aguardiente) el curandero literalmente "chupa" la mollera hundida del niño, unas dos o tres veces, hasta advertir nuevamente la palpitación o latido, indicio de que ya se encuentra en su lugar correcto. Otro consiste en tomarlo por los tobillos y levantarlo, de modo que quede con la cabeza colgando sobre una cubeta que contiene agua con pétalos de rosa; enseguida, le da pequeñas "sacudidas" y luego unas palmadas en las plantas de los pies, "para que la mollera caiga en su lugar". La "subida de la campanilla o levantada" del paladar, es otro de los procedimientos que realizan los terapeutas nahuas para curar el padecimiento.⁶

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como: —eluso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales. Aunque la negligencia se halla altamente correlacionada con la pobreza, debe distinguirse entre el fracaso del cuidador para proveer los cuidados necesarios dados a la falta de recursos, la enfermedad o las normas culturales, y la negativa o el rechazo conscientes del cuidador para proveerlos.⁷

El presente año se presentaron en México el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños y el Informe Nacional sobre Violencia y Salud. Según el Informe Nacional, 2 niños con menos de 14 años mueren cada día a causa de la violencia en México.

Por otra parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002.⁸

El Instituto Nacional de Pediatría registro 5mil 553 casos de maltrato infantil del 2002 al 2010.⁹

En estados unidos se reportan de 1200 a 1600 casos de síndrome del niño sacudido anualmente con una mortalidad del 25% en México, se especula algo similar¹⁰ En México no se puede precisar su frecuencia porque habitualmente no se establece el diagnóstico en los hospitales pediátricos y por ello no se registra.¹¹

El presente estudio de caso es aplicado a un lactante masculino que se encuentra en el servicio de urgencias hospitalización en la cama 9 del Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico médico de síndrome del niño sacudido,

⁶http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/intro_atlas.html

⁷http://www.ife.org.mx/InternetCDA/BibliotecaVirtual/index_deceyec.jsp

⁸http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm

⁹<http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/944/808>

¹⁰http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/NINO_MALTRATADO/Sindrome_del_Nino_Zarandeado_AUTORES_JA_BARRIGA_MARIN_RY_RAMOS_GUTIERREZ_A_BARRON_BALDERAS_HOSPITAL_CIVIL_DE_GUADALAJARA.pdf

¹¹<http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/944/808>

que le provoca hematoma subdural a consecuencia de que la madre lo lleva con la curandera por causa de que tenía la “mollera caída”.

Se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería y la teoría de Virginia Henderson como herramienta metodológica para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería de acuerdo al formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas), se realizó una jerarquización de los mismos con base en prioridades, y posteriormente, para la elaboración del plan de cuidados, la ejecución y evaluación del mismo.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

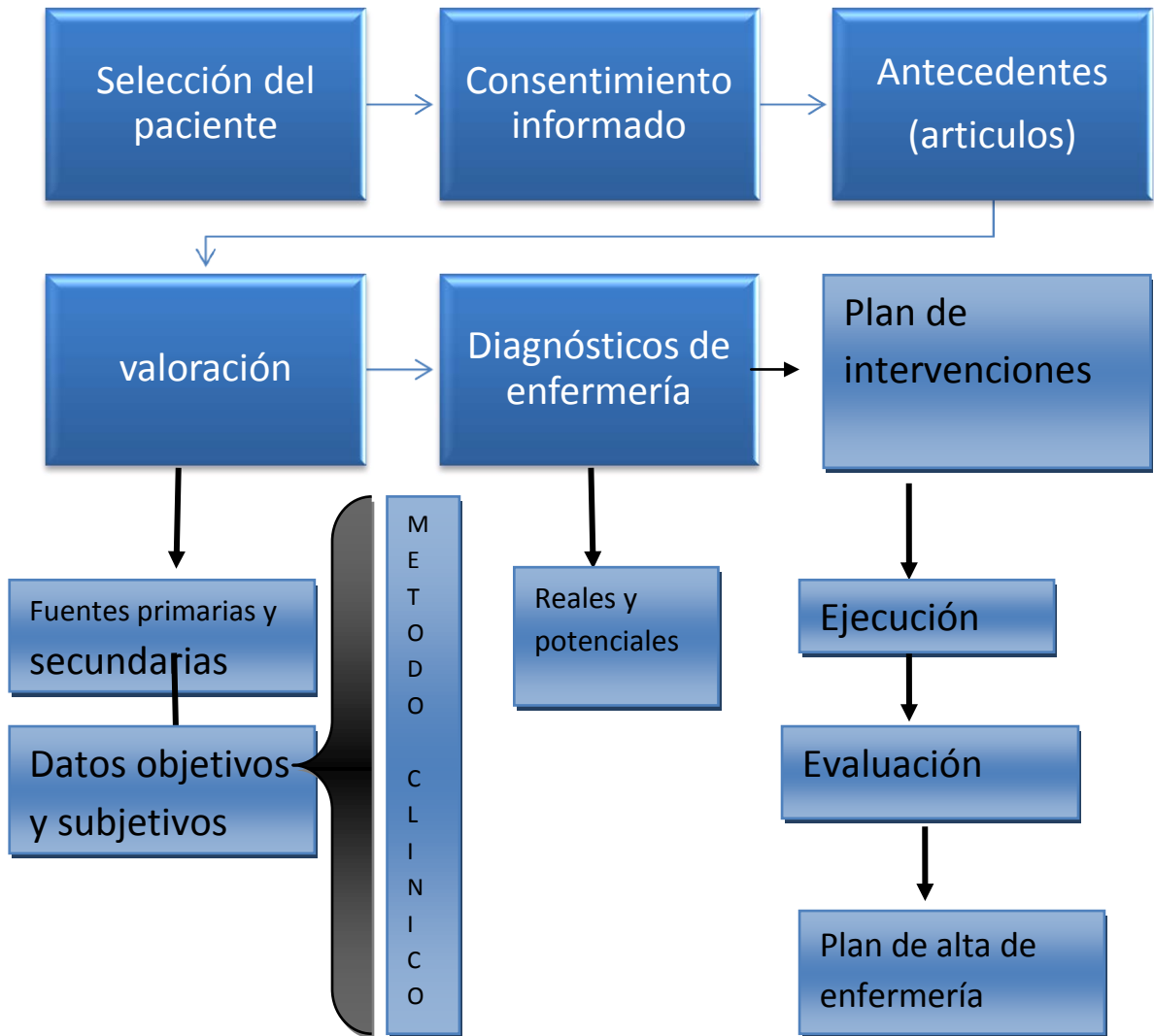
2.1 OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un Estudio de Caso aplicado a un lactante masculino en el servicio de urgencias hospitalización en el Instituto Nacional de Pediatría con diagnóstico médico de hematoma subdural secundario a sacudimiento (provocado por curandera), fundamentado en la teoría de Virginia Henderson con enfoque metodológico del Proceso de Atención de Enfermería, para brindar cuidados especializados de enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizar una valoración especializada para identificar necesidades alteradas.
- Identificar y elaborar diagnósticos de Enfermería reales, potenciales y de bienestar para la salud, basados en las necesidades descritas por Virginia Henderson.
- Jerarquizar las necesidades alteradas priorizando el plan de cuidados, de acuerdo a cada necesidad.
- Planear intervenciones de enfermería especializadas para la satisfacción de las necesidades alteradas.
- Ejecutar cada uno de los cuidados especializados de Enfermería, de manera integral y organizada para lograr una recuperación a corto plazo y satisfactoria para el paciente.
- Evaluar la aplicación y respuesta del Plan de Cuidados de Enfermería aplicado al paciente, con el fin de lograr resolver la alteración de las necesidades.
- Elaborar plan de alta de enfermería con las indicaciones específicas para el cuidado del menor en el hogar, informando a los padres sobre los recursos y cuidados del menor con daño neurológico.

III. METODOLOGÍA



Elaboro: LEO Alicia Saucedo Solórzano

Se realizó la selección del caso en el servicio de Urgencias Hospitalización, en la cama 9 del Instituto Nacional de Pediatría, se solicita consentimiento informado a los padres de Cristian, explicando los objetivos y fines de la realización de este, se consultan antecedentes en diferentes fuentes bibliográficas, se lleva a cabo la valoración especializada a través de la recopilación de fuentes primarias y secundarias para obtener datos objetivos y subjetivos mediante el método clínico, se identifican y elaboran diagnósticos de Enfermería reales y potenciales basados en las necesidades descritas por Virginia Henderson, posteriormente se elabora plan de intervenciones de enfermería especializado para la satisfacción de las necesidades alteradas, se jerarquizan las necesidades alteradas, a continuación se Ejecuta cada uno de los cuidados especializados de Enfermería, al final se Evalúa la aplicación y respuesta del Plan de Cuidados de Enfermería aplicado al paciente, con el fin de lograr resolver la alteración de las necesidades, y por último se realiza un plan de alta de enfermería.

IV. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS).

1. *M. Rufo Campos, El Síndrome del Niño Sacudido. Cuad Med Forense 2010, 12 (43-44): 39-45*

Aunque la descripción original sobre el niño sacudido se realizó de forma primitiva en el *The British Medical Journal* en 1971 por Guthkelch, fue un radiólogo pediátrico, Caffey (1972), quien primero asoció la idea de que la existencia de un hematoma subdural crónico y la fractura de los huesos largos en los niños debe significar una bandera roja para la detección de abusos en los niños. El shaken baby syndrome (SBS) o síndrome del niño sacudido (SBS) es una forma de abuso físico caracterizada por una constelación de signos clínicos que incluyen la presencia de un hematoma subdural o subaracnoideo o un edema cerebral difuso, y hemorragias retinianas, en ausencia de otras muestras físicas de lesión traumática. Las sacudidas por aceleración pueden potencialmente causar lesiones cervicales severas de la médula espinal o del tronco del encéfalo en el niño. La sospecha de la existencia de este síndrome es muy desagradable, tanto para el profesional médico como para los parientes del paciente. El SBS puede provocar una encefalopatía severa, con importantes trastornos de la visión, ceguera en muchos casos, después de producir hematomas subdurales y/o epidurales voluminosos, que conducen a una pérdida neuronal severa y a una gliosis. Es necesario considerar que ante un niño que presente una hemorragia intracraneal aparentemente inexplicada, con o sin la evidencia externa de lesión bajo determinadas circunstancias, además de una lesión accidental a partir de una caída aparentemente inofensiva, se debe considerar una lesión intencional.

COMENTARIO: El autor menciona que el Síndrome del Niño Sacudido es una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de un traumatismo intracraneal que con lleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome bien definido, y el cual puede producir un deterioro mental de intensidad variable pudiendo provocar lesiones y secuelas muy importantes en el sistema nervioso central, Cristian presenta estas características llegando al daño cerebral severo. También cita que este daño es en niños menores de 3 años y principalmente antes del primer año de vida, Cristian tiene 3 meses de edad, por lo cual este artículo fue de gran ayuda para identificar los signos y síntomas del mismo.

2. *Arturo Loredó-Abdalá, Abigail Casas-Muñoz, Jorge Trejo-Hernández, Isabel Melquiades-Parra, Verónica Martín-Martín, Síndrome del niño sacudido: cuadro Clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr Mex 2015;36:72-80.*

El maltrato infantil es un fenómeno médico, social y legal con múltiples facetas y consecuencias diversas en la víctima, la familia y la sociedad, por ello actualmente se acepta como un problema de salud pública mundial. Desde la

perspectiva médica se le ha subdividido, para un mejor registro, en cuatro modalidades: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y negligencia. Dentro de la modalidad del abuso físico ha sido referido desde la década de los setenta del siglo pasado como una forma de agresión muy grave que en el ambiente pediátrico se denomina síndrome del niño sacudido. A pesar de que han transcurrido aproximadamente cuatro décadas desde su descripción original, dicha forma de abuso físico sigue siendo poco conocida en nuestro medio pediátrico y, por ende, poco diagnosticada y atendida integralmente. La Academia Americana de Pediatría menciona la conveniencia de clasificar estos casos como "trauma craneal no accidental" por existir daño neurológico, de la columna cervical y ocular en ausencia de traumatismo directo en el cráneo, en la mayoría de los casos. A escala internacional se reporta una incidencia de 17 a 24%. En México no se puede precisar su frecuencia porque habitualmente no se establece el diagnóstico en los hospitales pediátricos y por ello no se registra.

COMENTARIO: El artículo no muestra incidencia en México porque no son registrados los casos, este dato debe ser alarmante para el personal de salud, ya que podemos contribuir al mismo maltrato del menor por negligencia, es obligación del personal de salud conocer los signos y síntomas de este Síndrome para poder intervenir ante las autoridades y que estas tomen las medidas necesarias, así como dar el tratamiento adecuado. También cita que la es más común en el sexo masculino, lo cual se refleja en el estudio de caso.

3. *CAROLINA CORIA DE LA H., LUIS CANALES F., PAULINA ÁVILA V., PEDRO CASTILLO D., CLEMENTE CORREA A., Síndrome del niño sacudido, Rev Chil Pediatr 2010; 78 (1): 54-60*

El maltrato infantil es un tema que permanece vigente en nuestro país. En el último tiempo hemos sido testigos de una forma infrecuente, pero no menos grave de maltrato; se trata del síndrome del niño sacudido. Esta entidad descrita ya en la década de los setenta ha sido objeto de numerosos estudios que han permitido una mejor comprensión de su patogenia. Las lesiones frecuentemente encontradas son el hematoma subdural y las hemorragias retinianas, en general sin otras lesiones externas y habitualmente en el contexto de una historia clínica inconsistente o variable en el tiempo. Los Tribunales de Familia, recién implementados en Chile, pretenden resolver de manera oportuna y eficiente ciertas materias, entre las cuales el maltrato infantil es tema prioritario. El objetivo del presente documento es revisar los aspectos médicos fundamentales de esta modalidad de agresión, además de orientar la conducta legal ante un niño maltratado.

COMENTARIO: Si consideramos que nuestro país se cataloga como "en vías de desarrollo", esto no sólo alude al plano económico, sino también al sociocultural, donde la violencia intrafamiliar y en especial el maltrato infantil deben ser superados. Una "cultura golpeadora" hacia los niños debe encender luces de alarma pues, en la mayoría de los casos, el niño golpeado de hoy será

el padre castigador mañana, perpetuando la situación de maltrato. Dado el desconocimiento por parte de la población acerca de las consecuencias que puede acarrear el sacudimiento, es de suma importancia la prevención a través de la educación de los padres y cuidadores en cada control de salud del niño.

4. *CATALINA LE ROY O., MARÍA JESÚS REBOLLO G., FRANCISCO MORAGA M.2, XIMENADÍAZ SM., CARLOS CASTILLO-DURÁN, Nutrición del Niño con Enfermedades Neurológicas Prevalentes Rev Chil Pediatr 2010; 81 (2): 103-113*

En este artículo se revisan algunas enfermedades neurológicas en donde el manejo nutricional tiene un rol relevante, como son la parálisis cerebral, epilepsia, autismo y síndrome de déficit atencional (SDAH). La nutrición frecuentemente es afectada en niños con parálisis cerebral por factores como la enfermedad de base, la dificultad en ingerir alimentos por alteraciones sensoriales, motoras y/o gastrointestinales y las deficiencias nutricionales específicas relacionadas con la ingesta insuficiente lograda; se agregan para epilepsia y SDAH las interacciones fármaco-nutriente. En autismo hay controversias que involucran factores relacionados a la alimentación en su manejo. El estado nutricional del paciente dependerá de la severidad de su enfermedad de base, tiempo de evolución, adecuado cuidado y de la vigilancia nutricional por parte del equipo multidisciplinario tratante. Un buen manejo metabólico-nutricional contribuye a mejorar la evolución de la enfermedad neurológica de base, a disminuir los efectos adversos de la medicaciones específicas, a prevenir carencias específicas de nutrientes, el desarrollo de enfermedades por exceso (obesidad) y complicaciones no nutricionales (infecciosas).

COMENTARIO: El presente artículo da un panorama muy importante sobre el manejo nutricional a los pacientes con alteraciones neurológicas, en el momento crítico de Cristian se mantuvo en ayuno, y el artículo cita que no hay razón para esto, que se debe iniciar nutrición parenteral para evitar pérdida de nutrientes en el paciente pediátrico, lo cual puede tener consecuencias graves para su desarrollo.

5. *M. J. Goberna Iglesias, M. Mayo Moldes y V. Lojo Vicente, Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.21 no.1 Madrid ene.-feb. 2014*

Dado que la gestión del dolor se ha convertido en un indicador relevante de buena práctica clínica y de la calidad asistencial, es imprescindible un óptimo manejo desde una perspectiva multidisciplinar en el que la enfermera juega un importante papel.

Este papel de la consulta enfermera del dolor pretende ofrecer un plan de atención que refuerce la capacidad de autocuidado del paciente, revierta muchos de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y las

consecuencias que conllevan en su rutina diaria, para la obtención de resultados más satisfactorios y eficientes para el usuario y para el propio sistema sanitario.

En la tarea de mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, los cuidados enfermeros pueden ayudar a solucionar o mitigar los problemas que presentan mediante la formulación de diagnósticos enfermeros reales o potenciales o colaborando con otros profesionales de la salud.

COMENTARIO: Es importante resaltar la participación de enfermería en el manejo del dolor en el paciente pediátrico, ya que como en el caso de Cristian el cual se encontraba sedado y relajado, con analgesia en infusión y analgésico con horario, aun así manifestaba dolor ante los diferentes procedimientos invasivos. Como es un paciente que se encontraba con apoyo de respiración artificial el tubo endotraqueal no le permitía manifestarlo con llanto, por lo cual dificulta más la valoración, pero los cambios en sus constantes vitales como las facies pudieron agilizar la valoración mediante la escala de dolor de caritas.

6. *Leandra Terezinha Roncolato da Silva; Ana María Laus; Silvia Rita Marin da Silva Canini; Miyeko Hayashida, Evaluación de las medidas de prevención y control de neumonía asociada a ventilación mecánica. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 no.6 Ribeirão Preto Nov. /Dec. 2011*

Este estudio objetivó evaluar la calidad de la asistencia a la salud prestada en una Unidad de Terapia Intensiva, en lo que se refiere al uso de medidas de prevención y control de neumonía en pacientes de alto riesgo sometidos a ventilación mecánica. Se trató de una investigación descriptiva exploratoria en la cual fueron realizadas 839 observaciones de pacientes en asistencia ventilatoria invasora, en el período de noviembre de 2009 a enero de 2010, utilizando el Indicador de Evaluación de la Adhesión a las Medidas de Prevención y Control de Neumonía en Pacientes de Alto Riesgo (IRPR). Algunas medidas aisladas que componen el Indicador alcanzaron índices próximos a 100%, sin embargo el índice de la conformidad general en todas las medidas de prevención y control de neumonía asociada a la ventilación mecánica correspondió a 26,94%. Se concluye que a pesar de que estas prácticas evaluadas estuviesen instituidas en la unidad, hay necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas de las intervenciones para que otras estrategias educativas sean discutidas e implementadas por el equipo de salud.

COMENTARIO: Existen diferentes factores dentro de un hospital que pueden propiciar o en su defecto causar neumonía en los pacientes que se encuentran con apoyo de ventilación mecánica, las principales causas son las infecciones nosocomiales, una técnica deficiente en la aspiración de secreciones, Cristian no presentó neumonía, siendo un factor de riesgo para él. Enfermería puede controlar este factor en su calidad de cuidado, ya que los factores son parte de su práctica diaria.

7. *Rodríguez Hernández, Iyemai, El paciente neuroquirúrgico grave. Actuación de enfermería. Enferm. glob. vol.10 no.21 Murcia ene. 2011*

El paciente neuroquirúrgico y neurológico son especialmente diferentes de la mayoría de los otros pacientes quirúrgicos. El cerebro tiene un limitado número de respuestas a las lesiones y estas respuestas ocurren en un compartimiento rígido, inflexible. Los cambios ligeros en la presión sanguínea o en la temperatura, que son tolerados con facilidad por la mayoría de los pacientes, pueden causar la destrucción de un variable número de neuronas en el neuroquirúrgico y marcar la diferencia entre una recuperación neurológica completa o un serio déficit neurológico. En la UCI no hay mejor monitor que los ojos vigilantes de la enfermera. Estas observaciones son trascendentes para evaluar el progreso de las complicaciones intracraneales, la asistencia auxiliar continúa y experta después del acto quirúrgico es vital para la reducción de la morbilidad de muchas operaciones neuroquirúrgicas. Partiendo de lo anteriormente expuesto nos proponemos resaltar la importancia de la observación continuada por parte del personal de enfermería de este tipo de paciente, contribuyendo así a la detección precoz de las complicaciones que puedan presentarse.

COMENTARIO: El principal cuidado de Cristian fue el vigilar la presión intracraneal, el presente artículo aporta métodos para el control de la PIC y con ello el personal de Enfermería constituye la figura clave en la vigilancia de estos pacientes, tiene el mayor contacto con las necesidades del mismo y representa el factor de continuidad en el trabajo asistencial por ser ejecutor de las orientaciones médicas, y de esta forma intenta disminuir la morbimortalidad del paciente neuroquirúrgico de alto riesgo así como la estancia hospitalaria.

8. *Lic. Zoila Barroso Romero y Lic. Julia Maricela Torres Esperón, Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2010*

Se realizó un estudio de análisis descriptivo con carácter retrospectivo para exponer las clasificaciones en tendencias y modelos a partir del pensamiento filosófico de las enfermeras que nos antecedieron, e interpretar algunos modelos y teorías de enfermería y su influencia en la evolución de la atención al hombre. Se observó que las clasificaciones en tendencias y modelos mostraron la preocupación por buscar un marco teórico conceptual propio de la enfermería como profesión, disminuyendo su dependencia histórica de las otras ciencias de la salud. Se hizo hincapié en el enfoque holístico del hombre como objeto de la atención de enfermería.

COMENTARIO: Las clasificaciones en tendencias y modelos muestran la preocupación por buscar un marco conceptual propio de la enfermería como profesión, disminuyendo su dependencia histórica de las otras ciencias de la salud. Florence Nightingale dio el primer modelo para la profesión de

enfermería en 1859, definiendo su meta y la acción de los factores ambientales sobre los que debía actuar la enfermera para proteger a los enfermos bajo su cuidado. El aporte teórico de Virginia Henderson entre los que se cuenta la definición de la enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas, ofrece la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura. La salud de un individuo debe considerarse en términos de su funcionamiento total. Es decir, el hombre debe reconocerse como un todo; no es posible separar los componentes físico, social y emocional de su salud. Este enfoque holístico está presente en el desarrollo de las teóricas de la enfermería.

4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

4.2.1 HISTORIA

La enfermería puede ocuparse no solo de individuos, sino también de grupos, familias, poblaciones con diferentes conjuntos sociales con el objetivo de generar las mejores condiciones sobre las cuales deberá operar la medicina correspondiente de acuerdo a las valoraciones.

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las cruzadas, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada solo para quienes no pudieran encontrar trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.¹²

Los aztecas vivían en el México precortesiano, eran politeístas, ellos sostenían la visión de que los acontecimientos astronómicos podían afectar las funciones corporales, y a la inversa, el comportamiento humano podía afectar el equilibrio y la estabilidad del universo. La religión azteca combinaba la religión del Estado con el shamanismo. La enfermedad era el resultado de un mal vivir. Ticitl era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos (enfermera). Tlamatqui-ticitl era la partera. La enfermera administraba brebajes, ponía lavados intestinales, curaba dando fricciones, colocaba férulas, vigilaba los temaxcalli (baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores). En el momento en el que se da el encuentro de dos mundos vemos que se inicia en México una nueva etapa histórica, y con esto una nueva manera de practicarla enfermería que ha llegado en nuestros días hasta su profesionalización.¹³

¹²GarcíaM.; Historia de enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero; 2010; El sevier; Coruña España; pp. 33,34.

¹³ Jamieson, Elizabeth; Sewall y Suhrie. Historia de la Enfermería. 6ª ed. Edit. Interamericana. México: 1980.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa, estableciendo las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la Segunda Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria.

El fortalecimiento y el desarrollo sano de la persona son destacados por Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).

Estos modelos son sistemas: usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de enfermería, el concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Enfermería debe trabajar en el campo de la práctica, investigación y desarrollo curricular con conceptualizaciones claras y propias, sin importar que sean definidas con anterioridad o que sean nuevas. La filosofía de las enfermeras respecto a la enfermería es de vital importancia para la práctica profesional, comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos, la cual determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su forma de actuar. Como enfermera profesional puede definirse en un proceso de acciones que tienen un propósito entre la enfermera y el cliente, su filosofía abarca el interés por el conocimiento, los valores y el ser o las creencias que tiene el individuo.

En nuestra sociedad existe una necesidad apremiante de cada uno de los individuos profesionales de enfermería por promover, conservar o restablecer la salud de los individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos además de la colaboración en las funciones de liderazgo dentro de un sistema, por eso importante un modelo conceptual de aplicación que permita generar diferentes escuelas de pensamiento, con lo que evolucionara hasta ser altamente desarrollada.¹⁴

¹⁴ Cortés, I., Cortez, C., Crespo, S., Garduño, G., Hernández, A., Martínez, M. A., Ortega, G., Porra, L. M., Sierra, E. y Velasco, B. Apuntes de la Evolución Histórica del Cuidado en Enfermería. FES Zaragoza UNAM. México: 2000

4.3 PARADIGMAS

El concepto *paradigma* procede del griego *paradeigma*, que significa “ejemplo” o “modelo”. En principio, se aplica a la gramática a partir de la década de los 60’ para definir a un modelo o patrón en cualquier disciplina científica o contexto epistemológico.

La disciplina de enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia lo que ha propiciado diversas situaciones que han influido en el desarrollo de la misma pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad acorde al contexto histórico social.

Los paradigmas ayudan a sustentar las bases del pensamiento crítico en enfermería, identificar los cuidados como la esencia de la profesión y describir un modelo de cuidado y un método sistemático, como punto de partida de los cuidados. Los cuales tienen una influencia en la disciplina de esta, y están sustentadas en los trabajos de Newman Corcoran-Perry descritos como Paradigmas de Categorización, Integración y Transformación.¹⁵



Fuente: Epistemologiadelcuidado.blogspot.com

PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.¹⁶ En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

¹⁵Kérovac, D; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; “Pensamiento Enfermero”, Antología 2a Edición, “Teorías y modelos de Enfermería” UNAM 2009.

¹⁶ Antología “Teorías y Modelos de Enfermería”. UNAM-ENEQ; México DF 2009.

Orientación centrada en la salud pública

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios". Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

La persona: posee la capacidad de cambiar su situación.

El entorno: comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

La salud: es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.

El cuidado: es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica

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

La persona: es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.

El entorno: es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.

La salud: es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.

El cuidado: es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

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

La representación principal de este paradigma es Florence Nightingale porque refiere la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce en el proceso salud enfermedad.

PARADIGMA DE INTEGRACIÓN

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

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

El entorno: constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

La salud: es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

El cuidado: amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

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

La mayoría de las diferentes teorías se han apoyado en este paradigma pues la disciplina de enfermería está enfocada hacia la persona en relación con el entorno. Los trabajos de enfermería que se ubican dentro de este paradigma son de Virginia Henderson quien basa su teoría en las necesidades básicas humanas, Dorothea Orem en el déficit del autocuidado, Sor Callista Roy enfoca los cuidados tomando al individuo como un ser biopsicosocial.¹⁷

¹⁷ Ibídem.

PARADIGMA DE TRANSFORMACIÓN

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

La persona: es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.

La salud: es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

El entorno: es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado: se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

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

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

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

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para King las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

Se coincide plenamente con el criterio de King, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

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

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados.

Los modelos y teorías propuestos por, Martha Rogers, Jean Watson y Madeleine Leininger quedan dentro de este paradigma. Los cuidados se proporcionan de manera personalizada con un enfoque de promoción de la salud, tomando en cuenta el espíritu, el alma y los aspectos culturales. Es el único en el sentido de que no se puede parecer totalmente al otro. Algunos presenta similitudes, pero ninguno otro se le parece conocido desde hace tiempo en el mundo oriental.¹⁸

4.4 ESCUELAS DEL PENSAMIENTO

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona y en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (Self-Care) (Orem). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad,

¹⁸MarrineerTomey A. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998:55-56.

sean las necesidades más complejas, tales como la pertenencia y las necesidades de amor y de autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más elevado. Meleis (1991) subraya que las teorizadoras de esta escuela en su descripción del campo de los cuidados enfermeros no incluyeron la actualización de sí mismo.

DOROTHEA ELIZABETH OREM

CUIDADO: Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

PERSONA: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente, presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

SALUD: Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.

ENTORNO: Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.

VIRGINIA HENDERSÓN

CUIDADO: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no se puede hacer por sí misma por falta de fuerza de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

PERSONA: Ser biológico, psicológico y social que entiende hacia la dependencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

SALUD: Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales.

ENTORNO: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

Apareció a finales de los 50 y principios de los 60. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas (Meleis).

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

HILDEGARD PEPLAU

CUIDADO: Relación interpersonal terapéutica hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.

PERSONA: Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas; énfasis puesto en las necesidades psicológicas.

SALUD: Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.

ENTORNO: Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

IDA ORLANDO

CUIDADO: Interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda; proceso que pide a la persona validar su necesidad y la ayuda recibida con el fin de mejorar su salud.

PERSONA: Organismo humano capaz de desarrollarse, sujeto a necesidades y que está bajo la supervisión médica o tratamiento médico.

SALUD: Sentimiento de competencia y de bienestar; comodidad física y mental.

ENTORNO: Tiempo y espacio, es decir, contexto que rodea la situación de los cuidados enfermeros.

JOSEPHINE PATERSON Y LORETTA ZDERAD

CUIDADO: Refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de transacción intersubjetivo en el que las necesidades relacionadas con la salud/enfermedad son percibidas.

PERSONA: Ser encarnado en actualización continua y en relación con otros seres humanos y con las cosas en un mundo de tiempo y espacio.

SALUD: Más que la ausencia de enfermedad, la salud es el aumento de bienestar y de la superación.

ENTORNO: Mundo interno que es una realidad en actualización y mundo externo de los humanos y de las cosas en el tiempo y espacio.

ERNESTINE WIEDENBACH

CUIDADO: Mezcla deliberada de pensamientos, sentimientos acciones y percepciones para comprender a la persona su condición, situación y sus necesidades, con el fin de mejorar sus cuidados, prevenir la reaparición del problema y acomodarse con su ansiedad, su incapacidad y su angustia.

PERSONA: Ser funcional y competente que tiene la capacidad de determinar si tiene necesidad de ayuda.

SALUD: No ha sido definida. Los intereses de la enfermera están relacionados con la salud.

ENTORNO: Conjunto de objetos, leyes situaciones, momentos y seres humanos que son imprevisibles y perturbadores.

IMOGENE KING

CUIDADO: Proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud.

PERSONA: Sistema abierto que presenta fronteras permeables a los cambios de materia de energía y de información con el entorno.

SALUD: Ajuste dinámico a los estresantes del medio interno y externo para la utilización óptima de los recursos a fin de que la persona cumpla su máximo potencial en la vida cotidiana y en las funciones sociales.

ENTORNO: Sistema abierto que posee fronteras permeables y permite los cambios de materia, energía e información con la persona.

JOYCE TRAVELBEE

CUIDADO: Proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona o familia a fin de prevenir la enfermedad o de acomodarse con el sufrimiento; asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza.

PERSONA: Organismo único biológico y social; individuo irremplazable, diferente de los otros individuos, que están influenciando por la herencia, el entorno, la cultura y las experiencias; individuo en proceso de actualización y capaz de elegir.

SALUD: Estado completo bienestar físico, mental y social; la salud no es la ausencia de enfermedad o de dolencia.

ENTORNO: No ha sido definido.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

CALLISTA ROY

CUIDADO: Ciencia y práctica de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos de cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

PERSONA: Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante y que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo "auto concepto", modo "función según los roles" y modo "interdependencia".

SALUD: Estado y proceso de ser una persona integral y unificada. El estado-salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

ENTORNO: Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.

LYDIA HALL

CUIDADO: Acto profesional en el cual enfermera interactúa con el cliente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje, en el que la enfermera se centra

en el conocimiento de los cuidados que se han de prodigar al cuerpo humano, de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento, y que se corrijan, teniendo en cuenta la personalidad del cliente.

PERSONA: Ser compuesto de tres aspectos (cuerpo, patología y persona) que busca sus propios objetivos y conseguir su máximo potencial por un proceso de aprendizaje cuya base es la toma de conciencia de sus sentimientos y de sus comportamientos, la clarificación de sus motivaciones.

SALUD: La curación por autoconciencia libera sus propias fuerzas de curación.

ENTORNO: No se ha definido.

DOROTY JOHNSON

CUIDADO: Arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico y del sistema comparta mental en el grado más alto posible.

PERSONA: Sistema de comportamientos que tienes siete subsistemas pertenencias, dependencia, autorrealización, agresividad, ingesta, eliminación y sexualidad.

SALUD: Estado determinado por factores psicosociológicos, valorado y compartido por los profesionales de la salud; estado de equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud.

ENTORNO: Mecanismos externos de regularización que actúan sobre los comportamientos.

BETTY NEUMAN

CUIDADO: Intervención que se orienta hacia la integridad de la persona: que se interesa por todas las variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona a los agentes de estrés con el fin de reducir sus efectos.

PERSONA: Ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, capaz de desarrollarse: es un todo integral.

SALUD: Estado dinámico de bienestar de enfermedad que está determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo.

ENTORNO: Entorno interno y externo: el entorno externo es todo lo es externo a la persona; el entorno interno es el estado interno de la persona que ha trazado las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo.

MYRA LEVINE

CUIDADO: Interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados, según las necesidades particulares de las personas, orientados a sostener su adaptación.

PERSONA: Organismo cambiante en contante interacción con el entorno interno y externo y que busca mantener su integridad.

SALUD: La salud y la enfermedad son las estructuras de cambio adaptativos de la integridad.

ENTORNO: El entorno interno es la psicología de la persona; el externo posee componentes perceptuales, operacionales y conceptuales.

ESCUELAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Está centrada sobre el que de los cuidados enfermeros, la promoción de los comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por el cual es su meta. Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende sus propias experiencias de salud.

MOYRA ALLEN

CUIDADO: Ciencia que promueve las interacciones de la salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.

PERSONA: Familia y participante activo de una familia o grupo social, capaz de aprender de sus experiencias.

SALUD: Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.

ENTORNO: Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado.

MARTHA E. ROGERS

CUIDADO: Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integridad de los campos de energía.

PERSONA: Campo de energía unitario y pan dimensional caracterizado por los patterns y comportamiento en que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes.

SALUD: Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida.

ENTORNO: Campo de energía pan dimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano.

ROSEMARIE R. PARSE

CUIDADO: Ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.

PERSONA: Ser abierto que tiene la capacidad de actuar en sinergia con el universo con el que comparte los límites espaciales o temporales; libre de escoger sus orientaciones.

SALUD: Proceso de actualización tal como es vivido por la persona.

ENTORNO: Constituye el devenir en los cambios simultáneos de energía con la persona.

MARGARET NEWMAN

CUIDADO: Ciencia que reconoce los patterns y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona.

PERSONA: Conciencia: pattern específico; intersección entre el movimiento, el tiempo y el espacio.

SALUD: Parten de evolución y expansión de la conciencia; importa poco la forma o dirección que toma.

ENTORNO: Campo de energía que tiene los límites espaciales o temporales comunes con el universo y que evolucionan hacia una complejidad y una creciente diversidad, manifestándose en los patterns rítmicos.

ESCUELA DEL CARING

Las teorizadoras de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson) y la cultura (Leininger) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

JEAN WATSON

CUIDADO: Arte y ciencia de caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía —cuerpo-alma-espíritu” utilizando diez factores de cuidados.

PERSONA: Forma viviente que crece y que comprende cuerpo, alma y espíritu.

SALUD: Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.

ENTORNO: Realidad interna y externa de la persona.

MADELEINE LENINGER

CUIDADO: Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.

PERSONA: Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.

SALUD: Creencias, valores y forma de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.

ENTORNO: Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales, por ejemplo características físicas ecológicas y sociales, así como las visiones del mundo.¹⁹

¹⁹ Antología –Teoría y Modelos de Enfermería”. Ídem

4.5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

4.5.1 BIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrollo su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudio en Washington D.C. en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería del ejército y se graduó en 1921 y trabajo en Henry Street Visting Nurse Service de Nueva York como enfermera domiciliaria. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un master y luego la especialización. Recibe nueve títulos doctorales honoríficos (Rio, 1996).

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades humanas. Define la enfermería como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte. Podemos decir que la función de la enfermera consiste en asistir a la persona en aquellas actividades que contribuyen a su salud y a su independencia. La enfermera está dentro de un grupo interdisciplinar, en el cual hay una colaboración mutua y cuyo centro de atención es la persona a la que asisten.²⁰

4.5.2 PROPUESTA FILOSOFICA DE VIRGINIA HENDERSON.

La propuesta filosófica de Virginia Henderson define la función de la Enfermera en el cuidado del paciente, basándose en la valoración de las 14 necesidades, y el grado de dependencia e independencia que tenga para la satisfacción de las mismas.

Conceptos principales:

Enfermería:

–Es la función singular de la enfermera de asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible”.²¹

²⁰ Henderson, V. (1971). Principios Básicos de los cuidados de Enfermería. Suiza. Ed. 1. Consejo internacional de Enfermeras.

²¹ Henderson, V. A. (1994). LA NATURALEZA DE LA ENFERMERIA Una definición y sus reflexiones en la práctica, la investigación y la educación REFLEXIONES 25 AÑOS DESPUES. Madrid, España: Interamericana McGraw Hill. 22.

Independencia:

—Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud”.²²

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

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

Dependencia:

—Es el desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y salud.²³

Si, por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.²⁴

Las manifestaciones de dependencia son conductas o indicadores de conducta de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan inadecuadas o insuficientes a consecuencia de la aparición de una fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia.²⁵

Virginia Henderson, en su obra menciona la independencia del adulto y del niño, lo que ella define de la siguiente manera:

²² Luis Rodrigo. M.T.C.F. (1998). DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA. Barcelona, España; Mason, S.A. 37.

²³ Ibid.

²⁴ Phaneuf, M. (1993). Op. Cit. 29.

²⁵ Luis Rodrigo. M.T.C.F. (1998). Op. Cit. 30.

INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA DEL NIÑO	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra	Deficiencia del niño 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 sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.
INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA DEL ADULTO	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona	Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades

Fuente: PHANEUF, Ph (1997). La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México.

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

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

Niveles de continuum independencia-dependencia. En la medida que un individuo necesita o no de otra persona para realizarse y/o cubrir sus necesidades elementales o básicas, se le ubica acorde al grado de necesidad y se establece el número correspondiente en la gráfica, con esto se identifica la independencia o la dependencia del paciente.

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

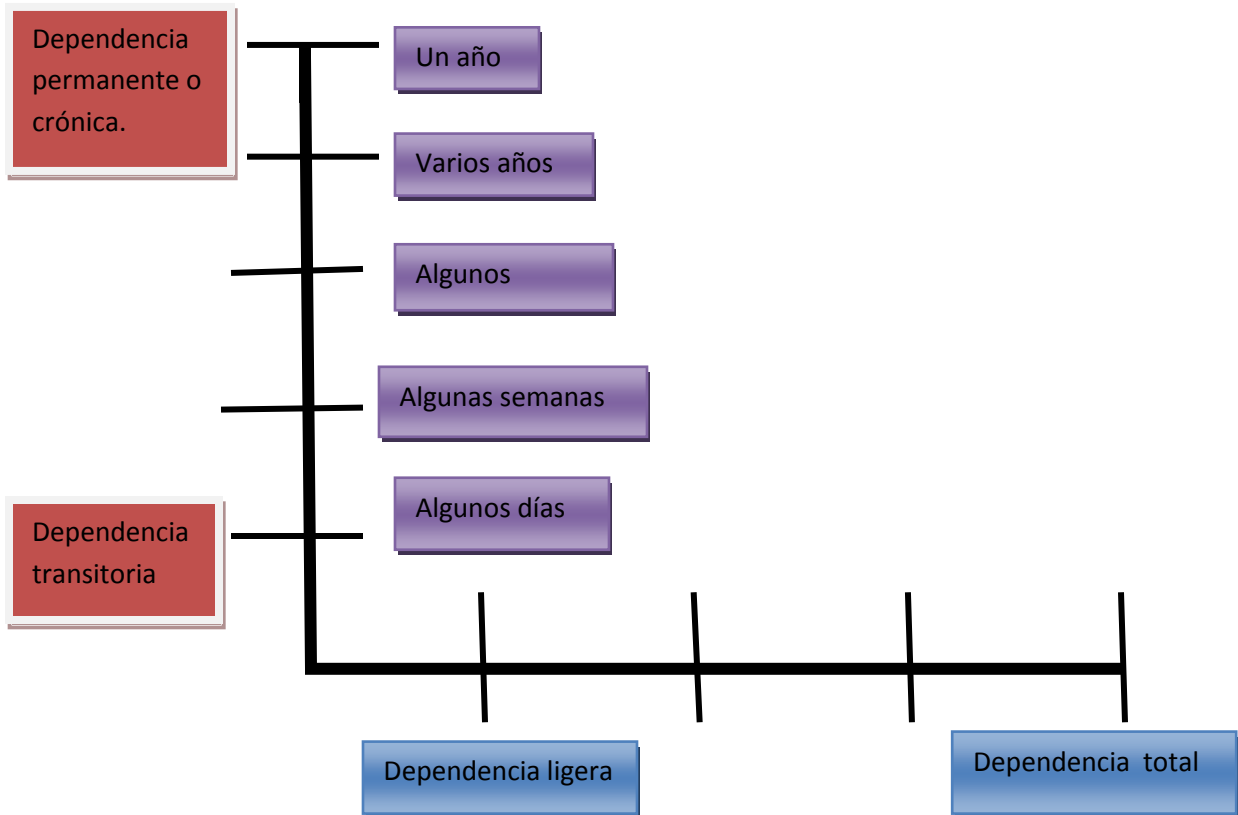
Fuente: <http://www.google.com.mx/url>

Relación entre la duración y el grado de dependencia

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

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

Duración de la dependencia:



Fuente: Phaneuf, M. (1993).30

En la gráfica se muestra la relación entre la duración y la dependencia; previamente se identificó en el grafico del grado de dependencia y a continuación se determina el tiempo durante el cual la persona ha tenido esta dependencia, se cruzan las líneas y se establece la relación existente entre ambas.

Fuentes de dificultad.

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

Constituyen fuerzas negativas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad genera en el manifestaciones de dependencia,

es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.²⁶

Según Henderson el origen de la fuente de dificultad radica en una falta de conocimientos del cliente; relativo a su salud y al modo de satisfacer sus diferentes necesidades. Sin embargo también implica los diferentes componentes del ser humano y también en el conjunto de experiencias vividas en el pasado o el presente de cada persona. Es decir la persona experimenta, interpreta y reacciona sus vivencias.²⁷

Henderson identifica la existencia de cierta relación entre la satisfacción de las necesidades, que puede ser perturbada por alguna fuente de dificultad cualquiera que esta sea. La interacción entre las diferentes necesidades del cliente y la influencia conjunta de algunas fuentes de dificultad constituyen toda la riqueza de este concepto de cuidado y colocan a la enfermera ante un gran desafío.

Fuentes de dificultad según el modelo de Virginia Henderson.

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

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

Necesidad:

Para Virginia Henderson el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito.²⁸ Cada necesidad es un todo compuesto por aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona.

²⁶Phaneuf, op. Cit. 34.

²⁷Riopelle, op. Cit. 77.

²⁸ Luis Rodrigo, M.T.C.T. op. Cit. (1998). 36.

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

1. **Respirar normalmente.** Necesidad del ser vivo que permite la inspiración: aporte esencial de oxígeno, difusión de gases a nivel pulmonar e intercambios a nivel celular, y la expiración: que es la expulsión de gas carbónico CO₂ y de vapor de agua.
2. **Comer y beber adecuadamente.** Necesidad de todo organismo que tiene la capacidad de ingestión, absorción de agua de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.
3. **Eliminar por todas las vías corporales.** Necesidad del organismo de deshacerse de sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. Su excreción es principalmente en orina y heces.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas.** Impulso dado a los músculos o a los miembros o ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio o para favorecer una buena circulación.
5. **Dormir y descansar.** Interrupción del estado de consciencia o de la actividad, o de ambos que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Manteniendo un estado de confort.
6. **Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.** Protección del cuerpo en función del clima, las normas sociales y de la reserva personal. La ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social.
7. **Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.** Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.
8. **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** Cuidado de higiene corporal y de la imagen corporal; mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección ante cualquier agente externo.
9. **Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.** Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.
10. **Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.** Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras,

llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. **Rendir culto según sus propias creencias.** Actuar conforme los propios códigos de valores.
12. **Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.** Llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. **Jugar y participar en actividades recreativas.** Necesidad de divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.** Adquirir conocimientos y recibir información, para la modificación de sus comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.²⁹

Los cuidados básicos.

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

Entorno.

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

Se trata de los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es la naturaleza dinámica.³⁰

SUPUESTOS PRINCIPALES.

Principales supuestos/meta paradigmas de enfermería que estableció Henderson en su filosofía y con esto se da el preámbulo para lograr entender y aplicar esta propuesta en la práctica cotidiana.

²⁹ Henderson, V.A. (1994). LA NATURALEZA DE LA ENFERMERIA. Una definición y sus reflexiones en la práctica, la investigación y la educación REFLEXIONES 25 AÑOS DESPUES. Madrid, España: Interamericana McGraw Hill. Pag.21-24

³⁰ Benavent, A. F. E. (2001). Op. Cit.

Enfermería/rol profesional	La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, sano o enfermo, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápido posible.
Salud	Utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
Entorno	El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. Se refiere a él como algo estático aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.
Persona (paciente)	Individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, de igual forma el paciente y su familia son una unidad.

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

POSTULADOS.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible. Por lo que explica sus postulados de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental: necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- Independencia: satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia: no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

- Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
 - Fuente de dificultad: son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:
 - Fuerza: se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
 - Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
 - Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.
1. Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
 2. El individuo forma un todo complejo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales (catorce necesidades básicas).
 3. Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está —completo, entero”, no es independiente.³¹

VALORES.

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

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

- La enfermera tiene como funciones que son propias, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro trabajador le puede prestar.³²

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera-paciente: se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- ✓ La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

³¹ Luis R. Ma. T. (1998). 34.

³²Phaneuf. (1993).

- ✓ La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ✓ La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

RELACION CON OTROS PROFESIONALES.

La relación enfermera-medico

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueve el plan terapéutico prescrito por el médico. Remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que —cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios—. Yendo masalla, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

Relación enfermera-equipo de salud.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas.

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

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

4.6 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

CONCEPTO.

Rosales define el proceso de enfermería como —un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones a la salud reales o de riesgo”.

El proceso de enfermería desde la perspectiva de Rosales lo conforman las siguientes propiedades:

- Resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente.
- Flexible por que la práctica de enfermería se puede adaptar a cualquier área o situación y porque sus fases se pueden utilizar de forma sucesiva o más de una etapa a la vez.
- Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos.³³

Alfaro conceptualiza el proceso enfermero como —eje de todos los abordajes enfermeros, promoviendo cuidados humanísticos centrados en objetivos impulsando a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y plantearse como pueden mejorarlo”.

Requiere de ciertas características que son las siguientes:

- Sistemático, como el método de solución de problemas consta de 5 pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
- Dinámico, a medida que se adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- Humanístico, se basa en la creencia de que a medida de que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario.
- Centrado en los objetivos, los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.³⁴

³³ Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. México DF: Manual Moderno; 2004.

³⁴ Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. 5ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2003.

Objetivos del Proceso Enfermero.

Identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia sanitaria para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia o un grupo. Establecer una base de datos para el paciente.

Proporciona un banco de datos de gran utilidad para el desarrollo de nuevas investigaciones sobre los cuidados e incluso para la propia evolución del personal que realiza los cuidados. La evaluación de los cuidados es una forma de funcionamiento profesional que garantiza el control de la calidad.

Determinar las prioridades de cuidados, objetivos y resultados esperados.

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

Aporta continuidad al trabajo de la enfermera.

Es un instrumento de racionalidad de cuidados. Así como también hace posible la coordinación más eficaz entre las distintas intervenciones del equipo de cuidados y facilita el establecimiento de prioridades en la aplicación de los cuidados.

Permite contemplar la situación en su conjunto y apreciar las necesidades reales de cada individuo, considerando como una persona diferente de los cuidados. Y por ende contribuye a su humanización.³⁵

Primera etapa: Valoración.

Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente.

La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Datos.

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del cliente.

³⁵Phaneuf, M. (1993). Op. Cit. 53.

Tipos de datos	
Subjetivos	Perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos.
Objetivos	Consisten en la información observable y mensurable. Esta información se obtiene a través de los sentidos durante la exploración física del cliente.
Históricos	Consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de salud normal del cliente y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud actual.
Actuales	Acontecimientos que están sucediendo en este momento.

Elaborado por: LEO Alicia Saucedo Solórzano.

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias.

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

Secundarias. Son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas se utilizan 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 cliente. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del paciente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de salud y el registro clínico.

Recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente que exigen una intervención de enfermería. La valoración para 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 humanas.

Jerarquía de Maslow

Abraham Maslow describió las necesidades humanas en 5 niveles: fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de autorrealización. Sugirió que el cliente va subiendo en la jerarquía cuando intenta satisfacer sus necesidades.

Jerarquía de Kalish

Richard Kalish mejoro aún más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos.

Kalish identificó las necesidades de supervivencia como las relacionadas con alimento, aire, agua, temperatura razonable, eliminación, descanso y supresión del dolor. Cuando se produce un déficit de cualquiera de estas áreas el cliente tiende a utilizar todos los recursos disponibles para satisfacer esa necesidad en concreto. Solo entonces podrá preocuparse por necesidades de un nivel más elevado como la seguridad o la estima. Sugiere que entre las necesidades de estimulación se encuentran las relacionadas con el sexo, la actividad, la exploración, la manipulación y la innovación. Cuando están satisfechas las necesidades de supervivencia, el cliente intentará satisfacer las necesidades de estimulación antes de ascender en la jerarquía.

Los siguientes niveles de la jerarquía son las necesidades de protección y seguridad. Estas comienzan a ser especialmente preocupantes para el cliente cuando se han satisfecho las necesidades fisiológicas.

Métodos de recogida de datos.

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

Entrevista

La entrevista tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de enfermería:

- ❖ Le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- ❖ Facilita su relación con el cliente creando una oportunidad para el diálogo.
- ❖ Permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
- ❖ Le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

La entrevista de enfermería es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Se diferencia de los tipos de entrevista realizada por otros miembros del equipo de salud en que va enfocada a la identificación de respuestas del cliente que se pueden tratar a través de actuaciones de enfermería.

Partes de la entrevista

Introducción: el profesional de enfermería y cliente comienzan a desarrollar una relación terapéutica. Su actitud profesional probablemente sea el factor más significativo en la creación de un ambiente en el que se pueda desarrollar una relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el cliente.

Cuerpo: enfoca el diálogo sobre áreas concretas dirigidas a obtener los datos necesarios. Habitualmente esto comienza con el principal motivo de queja del cliente, añadiéndose después otras áreas como la historia médica, la historia

familiar, los datos religiosos y culturales. Se definen áreas de contenido, y el profesional de enfermería utiliza un formulario como lista de control para asegurar que se abordan todas las áreas de contenido.

Cierre: durante esta fase se prepara al cliente para terminar la entrevista. A partir de este momento, no introducir material nuevo; sin embargo, es posible que el cliente desee comentar algún otro tema.

Observación.

Es el segundo método de recogida de datos utilizado durante la fase de valoración. La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica. Exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos. Cada uno de los hallazgos identificados durante la observación, exige una nueva investigación, que puede confirmar o negar sus impresiones iniciales.

Exploración física

El objetivo de la exploración física es el diagnóstico de la enfermedad. La exploración del personal de enfermería se centra en:

- + Mayor definición de la respuesta del cliente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.
- + Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.
- + Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre el personal de enfermería y cliente.

Técnicas de exploración.

Inspección: se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales. Define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

Palpación: es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica permite evaluar la forma, tamaño, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión: consiste golpear una parte del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Métodos para facilitar la recogida de datos.

Existen determinadas variables que afectan la capacidad para recoger datos. Algunas de ellas son factores ambientales, técnicas de recogida de datos y la comunicación verbal o no verbal.

Factores ambientales

La recogida de datos depende de una interacción eficaz entre profesional de enfermería y cliente. El ambiente en el que tiene lugar la recogida de datos afecta con frecuencia la capacidad del cliente y del personal de enfermería para participar en este proceso.

- El área física se puede organizar de manera que permita una interacción cara a cara cómoda entre el personal de enfermería, el cliente y su familia.
- El cliente se debe encontrar cómodamente colocado en la cama o un sillón. Usted debe sentarse enfrente del cliente.
- Deberá asegurarse la intimidad del cliente.
-

Técnicas para la recogida de datos.

La recogida de datos es más eficaz cuando utilizan al mismo tiempo técnicas de comunicación hablada para obtener los datos. La combinación de ambos enfoques facilita la adquisición de una base de datos completa y exacta.

Técnicas verbales

Las técnicas verbales utilizadas con mayor frecuencia son la anamnesis, la reflexión y las declaraciones complementarias.

La anamnesis permite al personal de enfermería obtener información del cliente, obtener información del cliente, aclarar percepciones de la respuesta del cliente y confirmar otros datos subjetivos y objetivos. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o sesgadas.

Cerradas: son aquellas que exigen respuestas breves de una o dos palabras.

Abiertas: son aquellas que, por su naturaleza obtienen la percepción que tiene el cliente de un acontecimiento o la descripción de preocupaciones o sentimientos.

Sesgadas: son aquellas que pretenden obtener una respuesta o acción concreta de un cliente.

Técnicas no habladas

Los métodos no hablados pueden facilitar o potenciar la comunicación durante la recogida de datos. A menudo, los componentes no hablados de la interacción entre profesional de enfermería y cliente transmiten un mensaje de forma más eficaz de las palabras habladas. Los componentes no hablados más frecuentes son la expresión de la cara, la postura corporal, el tacto, la voz, el silencio y la escucha atenta.

Características de la recogida de datos.

Sistemática: de la cabeza a los pies. Comienza por la cabeza del cliente y desciende de forma sistemática y simétrica por todo el cuerpo hasta los pies.

Principales sistemas corporales. Exploración del cuerpo por sistemas. Características de salud funcional, evaluación de las características de la salud funcional del cliente. Respuestas humanas.

Continua: permite acumular datos globales, permite establecer una relación y facilita la terminación de las fases restantes del proceso de atención de enfermería. Confirma la existencia de problemas identificados anteriormente y demuestran el progreso del cliente hacia los resultados. Realiza la comparación de la información actual con los datos basales obtenidos con anterioridad.

Documentación.

Objetivos

- Favorece la comunicación
- Facilita la presentación de una asistencia de calidad del paciente
- Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia
- Forma un registro legal permanente
- Fuente de datos para la investigación

Directrices

- Escribir anotaciones sin sesgo, juicios de valor ni opiniones personales
- Incluir información importante compartida por parte del cliente o su familia
- Documentar información suficiente para apoyar interpretaciones sobre el aspecto y la conducta del cliente
- Evitar generalizaciones
- Describir los hallazgos lo más completo posible
- Documentar los datos de forma clara y concisa
- Escribir anotaciones a mano o a máquina de forma legible y en tinta indeleble
- No manipular el registro clínico
- Las anotaciones deben ser correctas gramatical y ortográficamente
- No dejar espacios que permitan a otros introducir información en sus anotaciones
- Identificar correctamente entradas posteriores
- Ser meticulosos en la documentación de la información
- Proporcionar descripciones completas, cuando un cliente no coopera o decide no seguir el régimen de tratamiento³⁶

Segunda etapa: diagnóstico.

El término diagnóstico proviene de la palabra griega *diagnosis* que significa distinguir. La partícula *-dia* significa "a través de" y *-gnosis* significa "conocer". El término diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno.³⁷

³⁶Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México, D.F. Mc Graw hill-Interamericana; 1997.

³⁷Kozier, B.&Glenora, E. (2001) op. Cit. 196.

Diagnóstico de enfermería

El Diagnóstico de Enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.³⁸

1990 (Orem): Es una actividad de investigación que le permite a la enfermera emitir un juicio sobre la situación en que se encuentra el paciente respecto a su necesidad de autocuidado y su capacidad para satisfacerlo y decidir qué hacer en función de la situación identificada.

Según se utilice el Proceso Enfermero de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real: se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un diagnóstico médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo de actuación.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)³⁹

³⁸Carpenito. L. Diagnósticos de Enfermería. 39ed. Ed. Interamericana, 1990.

³⁹Rosales B, S. Fundamentos de Enfermería, 3ª ed. Ed. Manual Moderno 2004.

Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional.⁴⁰

Tipos de diagnósticos

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

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

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

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

Promoción de la Salud: Comportamiento motivado por el deseo del individuo de aumentar y actualizar el potencial humano en materia de salud. Un ejemplo sería "disposición para mejorar la esperanza". Todas las etiquetas de estos diagnósticos empiezan en "Disposición para mejorar". Estos diagnósticos incluyen las siguientes categorías diagnósticas: Etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados.

De salud: Calidad o estado de estar sano. Un diagnóstico de salud nos describiría las respuestas humanas a niveles de bienestar de la persona, familia

⁴⁰P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw Hill. 1997. p.11.

o bien comunidad que están en disposición de mejorar. Todas las etiquetas de estos diagnósticos empiezan en "Disposición para mejorar". Un ejemplo sería "disposición para mejorar el afrontamiento familiar". Incluyen las siguientes categorías diagnósticas: Etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados.

Tercera etapa: Planeación

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales, de acuerdo a cada característica de los objetivos: explícitos para poder ser analizados y comunicados, precisos en función a la actividad a desarrollar, significativos, definidos en tiempo, alcanzables, y evaluables.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del

paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Ejecución

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

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

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase, se menciona la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado se profundiza en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y analizados como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas.

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como igual, poco apetito, etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría.

Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias.

En particular las enfermeras deberían:

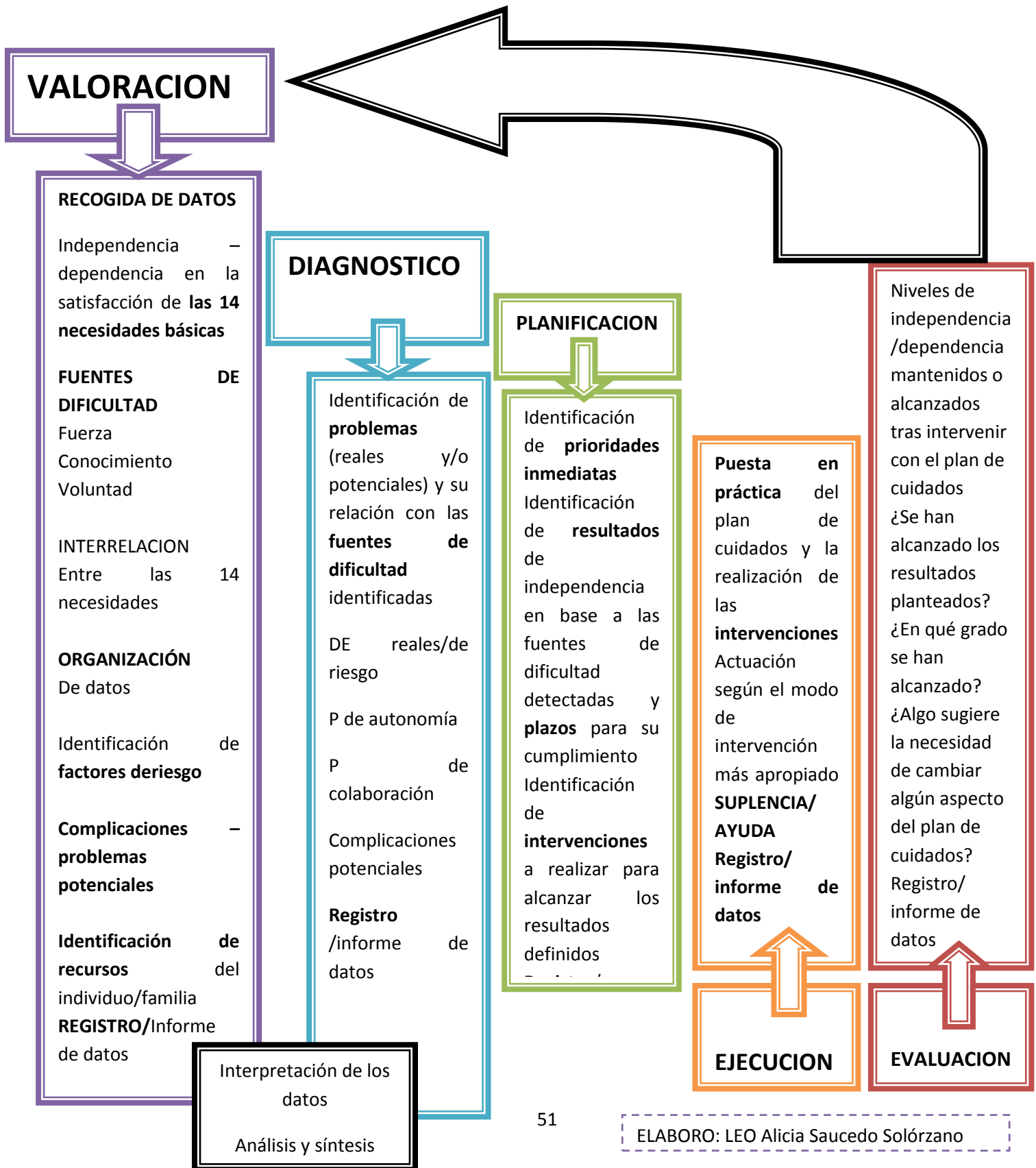
- 1) Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- 2) Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
- 3) Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidados de casos (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

4.7 RELACION DE LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ENFERMERIA



VALORACION

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad.

DIAGNOSTICO

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente

PLANIFICACION

Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas. Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo. ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

EJECUCION

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos. Preparación revisando las intervenciones propuestas, realización de las actividades y registro.

EVALUACION

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.

4.7 DAÑOS A LA SALUD

SINDROME DEL NIÑO SACUDIDO

CONCEPTO

El síndrome del niño sacudido, conocido como shaken baby syndrome, es una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de un traumatismo intracraneal que conlleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome bien definido.⁴¹

Case y Cols definen este cuadro como una forma de injuria no accidental que cursa con una encefalopatía aguda, hemorragia subdural y retiniana en el contexto de una historia inapropiada o inconsistente, y que puede o no estar asociada a otras lesiones aparentemente infligidas.⁴²

Normalmente, el daño cerebral que se produce conduce a un deterioro mental de intensidad variable, llegando en ocasiones a provocar lesiones y secuelas muy importantes en el sistema nervioso central.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En 1974, el radiólogo estadounidense John Caffey describió un cuadro clínico caracterizado por hemorragia intracraneal e intraocular asociado a daño neurológico permanente y retardo mental como consecuencia del sacudimiento violento, a lo que denominó Síndrome del Niño Sacudido en Latigazo.⁴³

A partir de esta descripción, los estudios de esta forma grave de maltrato infantil han proliferado en la literatura internacional. Así es como la Academia Americana de Pediatría en el año 2001 publicó un informe técnico acerca de esta entidad donde establecen las principales características, haciendo especial énfasis en el alto índice de sospecha requerido para el diagnóstico dado que los pacientes en general presentan cuadros inespecíficos y con historias clínicas inconsistentes.⁴⁴

EPIDEMIOLOGIA

Asimismo la OMS estableció que en el año 2000, ocurrieron cerca de 57.000 defunciones atribuidas a homicidio en menores de 15 años de edad, con riesgo dos veces mayor para los niños menores de 4 años, donde las causas más frecuentes fueron los traumatismos craneoencefálicos, traumatismos abdominales y la asfixia.⁴⁵

⁴¹ Rufo-Campos M, López-Barrio AM, Gómez de Terreros I. Síndrome de West secundario a síndrome del niño sacudido. *Vox Paediatrica* 1993; 1(2):169-171.

⁴² Case M, Graham M, Handy T, Jentzen JM, Monteleone JA: National Association of Medical Examiners Ad Hoc Committee on Shaken Baby Syndrome. Position Paper on Fatal Abusive Head Injuries in Infants and Young Children. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22: 112-22.

⁴³ Caffey J: The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974; 54: 396-403.

⁴⁴ American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108: 206-10.

⁴⁵ Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R: Child abuse and neglect by parents and other caregivers. En: *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002: 57-86.

A pesar del escaso conocimiento que se tiene del síndrome, puede afirmarse que es la causa más frecuente de traumatismos craneoencefálicos graves en el lactante, antes del año de edad.⁴⁶ Lo cierto es que la frecuencia real del síndrome en la mayoría de los países occidentales es imprecisa, aunque se conoce que está subestimada, ya que se piensa que la tasa anual de incidencia se encuentra entre 11 y 24 de casos por cada 100.000 niños por debajo del año de edad.⁴⁷

El llanto del niño ha sido descrito como el principal factor desencadenante tanto para el sacudimiento como para otras formas de maltrato. En un estudio holandés presentado por Reijneveld y Cols, se determinó que de 3.259 niños estudiados entre 1 y 6 años de edad, un 5,6% de los padres reconocieron haber reaccionado con alguna forma de maltrato ante el llanto de su hijo, predominando el sacudimiento con un 3,35% del total⁴⁸.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) en los últimos 12 meses se han diagnosticado seis casos de esta forma de maltrato.

Edad	Sexo	Sistema Nervioso Central	Lesión ocular	Comentarios
2 años	Femenino	Hematoma subdural	Hemorragia retiniana bilateral	Disfunción cortical grave
3 años	Masculino	Hematoma subdural	Hemorragia retiniana bilateral	Trastornos del lenguaje
4 meses	Masculino	Hemorragia subaracnoidea y parenquimatosa	Hemorragia retiniana bilateral	Amaurosis bilateral
4 meses	Femenino	Hematoma subdural	Hemorragia vítrea bilateral	Encefalopatía difusa y pérdida de la agudeza visual; fractura costal
5 meses	Masculino	Hemorragia subaracnoidea y parenquimatosa	Hemorragia subhialoidea y vítrea bilateral	Pérdida de la agudeza visual; fracturas costales
3 meses	Femenino	Hemorragia subaracnoidea	Hemorragia de retina bilateral	Pérdida de la agudeza visual ⁴⁹

⁴⁶ Renier D. Le bébésecoué. París. Ed. Karthala. 2.000

⁴⁷ Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. Lancet 2000;356:1571-1572

⁴⁸ Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP: Infant crying and abuse. Lancet 2004; 364: 1340-2.

⁴⁹ ARTURO LOREDO ABDALA. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. Mexico 2004. 397pp.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo descritos destacan: padres jóvenes, situación familiar inestable, bajo nivel socioeconómico, incapacidad física o mental del niño y prematuridad.⁵⁰

Los siguientes factores aumentan las probabilidades de sufrir una lesión por maltrato:

- Antecedentes de abuso de menores o de violencia doméstica en la familia
- Antecedentes de drogadicción o alcoholismo en la familia
- Sacudir el bebé, aun durante solo unos segundos
- Antecedentes de estrés o de dificultades sociales en la familia
- Los niños son más propensos que las niñas a recibir este tipo de maltrato

MECANISMO DE PRODUCCIÓN:

La historia clínica presenta un lactante con llanto incontrolado, inconsolable, una persona lo sostiene por el tórax y lo sacude bruscamente para que se calle o se calme. Al sujetarlo por el tórax y sacudirlo, se produce un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza que conduce por una parte a las típicas fracturas paravertebrales de las costillas, y por otro a las hemorragias intracraneales y a las lesiones oculares. Las hemorragias retinianas están presentes en el 80% de los casos, y su presencia nos debe hacer sospechar la existencia de este síndrome ante la ausencia de cualquier otra causa. Ocurre en los niños lactantes, que hay una desproporción exagerada entre el gran tamaño de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, mientras que la musculatura del cuello se encuentra aún con un tono muscular insuficiente para soportar el peso y las oscilaciones de la cabeza. Como consecuencia de todo ello, tras la sacudida, se producen una serie de trastornos hipóxicos debidos a la dificultad respiratoria, que van a provocar alteraciones del centro respiratorio tronco encefálico, con frecuencia un edema cerebral, y hemorragias siderales, con pequeñas contusiones parenquimatosas y múltiples hemorragias axiales adicionales.

Luego aparecen otro tipo de mecanismos etiopatogénicos, como el trauma mecánico, las distintas hemorragias, y la actividad crítica epiléptica con todos los cambios bioquímicos que pueden ocasionar, dando como resultado una inflamación cerebral con una extensa pérdida neuronal. Todo ello ocurre finalmente como resultado del desbordamiento de los mecanismos compensatorios de un cerebro que aún se encuentra inmaduro.⁵¹ Las lesiones cervicales y medulares asientan en los espacios C1-C4, lo que hace más probable que dichas lesiones sean causadas por las personas del entorno del lactante, en un deseo de provocar el arranque del llanto y la respiración cuando ven al paciente en una fase de apnea o en paradas respiratorias.⁵²

⁵⁰Duhaime A, Christian C, Rorke L, Zimmerman RA: Nonaccidental head injury in infants-the "shaken-baby syndrome". N Engl J Med 1998; 338: 1822-9.

⁵¹Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants. The "shaken baby syndrome" N Engl J Med 1998;338:1822-1829.

⁵²Fedman KW, Weinberger E, Milstein JM, Fligner CL. Cervical spineMRI in abused infants. Child Abuse Negl 1997;21:199-205.

FISIOPATOLOGIA

Desde el punto de vista fisiopatológico, se ha descrito históricamente el daño axonal difuso como el mecanismo fundamental, que resulta producto de la tracción neuronal secundaria al movimiento de aceleración-desaceleración y rotación⁵³ (figura 1). No obstante, estudios recientes han determinado que el origen del daño axonal no sería traumático, sino que hipóxico. La hipoxia sería secundaria a la apnea producida por la rotación sobre el eje del tronco cerebral, mediante un efecto de pivote facilitado por la pobre musculatura del cuello y el tamaño proporcionalmente mayor de la cabeza en esta etapa de la vida. La hipoxia a su vez desencadena edema cerebral con elevación de la presión intracraneal, menor presión de perfusión sanguínea, produciendo isquemia cerebral y subsecuente daño axonal.⁵⁴ Un aporte significativo en el estudio neuropatológico post-mortem es la detección del precursor proteico B-amiloide, que es el marcador más confiable de daño axonal. Esto ha permitido, mediante nuevas técnicas, comprobar que el hallazgo histológico más frecuente es el daño hipóxico global, y que aquellos casos aislados en que existe daño axonal difuso sugerente de trauma, generalmente se asocia a traumatismos encefálicos graves con múltiples fracturas craneales.⁵⁵

Los hallazgos más sugerentes de sacudimiento son las hemorragias oculares e intracraneanas. Las primeras corresponden a hemorragias retinianas producto de la tracción del epitelio que concluye en un desprendimiento de retina a lo que se ha denominado retinosquisis traumática por la formación de cavidades quísticas en estas zonas de desprendimiento.⁵⁶

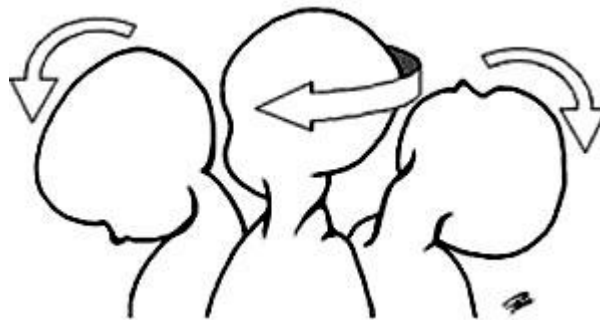


Figura 1. Se aprecia el efecto de aceleración-desaceleración axial y rotacional durante el sacudimiento.

Otro hallazgo importante en esta entidad es el hematoma subdural, el que se produce por desgarro de las venas puente que se dirigen desde el cerebro a los senos venosos epidurales, debido al efecto de cizallamiento que provoca el movimiento rotacional del encéfalo dentro de la cavidad craneana (figura 2). Esta lesión se ha reportado hasta en un 84% de los casos y su diagnóstico es

⁵³ American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108: 206-10.

⁵⁴ Johnson D, Boal A, Baule R: Role of apnea in nonaccidental head injury. *PediatrNeurosurg* 1995; 23: 305-10.

⁵⁵ Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, Nickols CD, Scott IS, Whitwell HL: Neuropathology of inflicted head injury in children II. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 2001; 124: 1299-306.

⁵⁶ Lantz P, Sinal S, Stanton C, Weaver R Jr: Perimacular retinal folds from childhood head trauma. *BMJ* 2004; 328: 754-6.

confirmado generalmente a través de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), o de la resonancia nuclear magnética (RNM) cerebral.⁵⁷

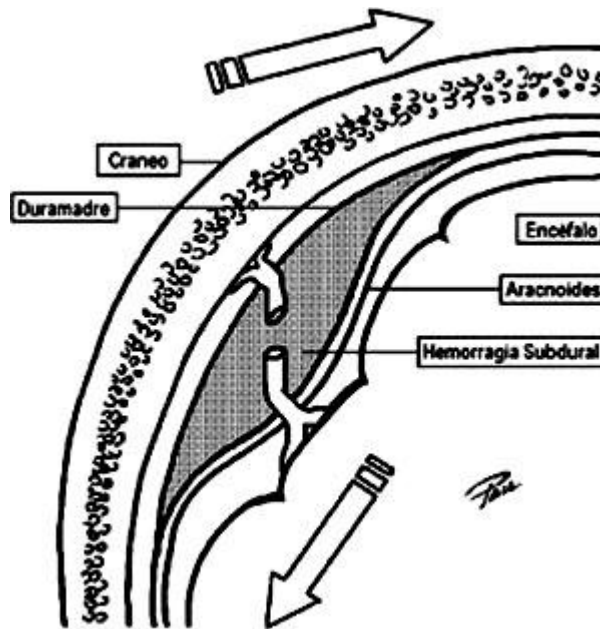


Figura 2. El mecanismo de cizalla termina en hemorragia subdural debido al desgarro por tracción de las venas puente que se dirigen desde el encéfalo hacia los senos duros.

SIGNOS Y SINTOMAS

La sintomatología está fundamentalmente asociada a la encefalopatía hipóxica. Los motivos de consulta más frecuentes son convulsiones (45%), compromiso de conciencia (43%), alteraciones en el patrón respiratorio (34%), letargia, irritabilidad, hipotonía, e incluso postura de opistótonos.⁵⁸

SECUELAS NEUROLÓGICAS:

La evolución natural del síndrome es hacia un daño cerebral secundario, que habitualmente condiciona un retraso mental más o menos marcado y/o un déficit neurológico. De forma excepcional este cuadro puede evolucionar hacia una encefalopatía epiléptica infantil. En algunos casos, tras varios años de seguimiento, se han observado comportamientos autistas, sin decir palabras sueltas y sin sentido referencial, no obedeciendo las órdenes sencillas, sin pedir las evacuaciones, todo ello, posiblemente en relación con una importante pérdida neuronal, y un aumento de gliosis. En algunas ocasiones, y con el paso del tiempo va incrementándose el volumen de la colección subdural, a la vez que aumenta la atrofia cerebral a lo largo de los meses siguientes, lo que

⁵⁷Lonergan G, Baker A, Morey M, Boos S: From the archives of the AFIP. Child abuse: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2003; 23: 811-45.

⁵⁸ King W, MacKay M, Sirnick A: Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. CMAJ 2003; 168: 155-9.

posiblemente exprese la existencia de un trastorno cerebral activo, que no termina de regularse hasta pasados varios años. Puede resumirse que en los supervivientes con una gran frecuencia, el pronóstico a largo plazo es muy pobre. Además suele acompañarse de un alto índice de discapacidades y secuelas, tales como retraso mental, parálisis cerebral infantil y epilepsias.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de este síndrome se basa en una historia clínica detallada, un examen físico prolijo y el análisis de exámenes complementarios.

En el examen físico pueden presentarse signos sugerentes de hipertensión intracraneana, como son la fontanela abombada y meningismo, lesiones asociadas al maltrato físico como equímosis y fracturas múltiples, y retraso en el desarrollo pondoestatural.⁵⁹

El estudio diagnóstico incluye una serie de exámenes complementarios, entre éstos, la radiografía de cráneo, tórax y huesos largos están destinados a detectar fracturas múltiples en distinta etapa de consolidación. La presencia de fracturas se describe en 11%-55% de los casos de abuso físico, y resulta altamente sospechoso de maltrato en menores de 18 meses, y si bien no es específico para niños sacudidos es un complemento diagnóstico valioso.⁶⁰ Las pruebas de coagulación y recuento plaquetario son útiles para descartar coagulopatías que pudieran explicar equímosis o hematomas,⁶¹ y la tomografía axial computada (TAC) cerebral para pesquisar hemorragias intracraneanas.

También son útiles la imagen: ecografía transfontanelar, o resonancias magnéticas. En algunos casos el estudio del líquido cefalorraquídeo puede ser tenido en cuenta, buscando en estos casos la presencia de un líquido sanguinolento como expresión de las hemorragias subdurales, aunque no suele ocurrir siempre ni durante los primeros días tras la sacudida. Los estudios oftalmológicos serán imprescindibles desde los primeros momentos, para la detección precoz y seguimiento de las hemorragias retinianas. La realización de un electroencefalograma nos pondrá de manifiesto la existencia de un ritmo de base lento y deprimido como expresión de un sufrimiento cerebral más o menos generalizado, así como la aparición de anomalías paroxísticas cuando la evolución sea hacia una epilepsia postraumática.

TRATAMIENTO

La terapéutica debe dirigirse a la prevención y reducir los efectos de la lesión secundaria en el tejido cerebral lesionado pero aún viable.

⁵⁹Duhaime A, Christian C, Rorke L, Zimmerman RA: Nonaccidental head injury in infants-the "shaken-baby syndrome". N Engl J Med 1998; 338: 1822-9.

⁶⁰Lonergan G, Baker A, Morey M, Boos S: From the archives of the AFIP. Child abuse: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2003; 23: 811-45.

⁶¹Morano J: Síndrome del niño maltratado (abuso y negligencia). En su: Tratado de pediatría. Buenos Aires, Editorial Atlante, 1997: 1319-24.

Evaluación inicial

Se debe obtener información del paciente, si es posible, o de los testigos del trauma. Es esencial determinar las circunstancias específicas del trauma craneal, así como identificar los factores predisponentes, los cuales pueden ser uso de fármacos depresores del sistema nervioso central, trastornos convulsivos previos, alteraciones de la marcha o problemas de la dinámica familiar que predispongan intentos de suicidio. Se debe sospechar maltrato infantil cuando hay historia de traumatismos craneales repetidos o hay otras fracturas o lesiones traumáticas no muy bien explicadas por el trauma en sí. Se debe investigar sobre pérdida de conocimiento, trastornos de conciencia posteriores al trauma, náuseas, vómito, cefalea y actividad convulsiva postraumática.

Estabilización y reanimación

El tratamiento debe estar dirigido a establecer el medio ambiente fisiológico óptimo para revertir el daño neurológico y a la prevención de la lesión secundaria. La evaluación clínica y el tratamiento inicial se deben hacer de manera conjunta. La secuencia de reanimación evaluación-intervención-reevaluación debe ser practicada en todas las áreas de atención del paciente:

- Evaluación de la condición del paciente e identificación de los problemas
- Intervención para corregir los problemas encontrados
- Reevaluación después de cada intervención
- Los signos vitales requieren atención diagnóstica inmediata.

Las prioridades de tratamiento son la vía aérea, ventilación y circulación, al igual que la corrección inmediata de cualquier emergencia médico quirúrgica. Las prioridades de tratamiento en niños se expresan nemotécnicamente de la siguiente manera (ABCDE):

A: Control de la vía aérea e inmovilización cervical

B: Respiración y ventilación

C: Circulación y control de la hemorragia

D: Definición de alteración neurológica

E: Exposición y prevención de hipotermia

Exámen neurológico

Debe hacerse después de las maniobras de reanimación y no bajo los efectos de la hipoxia e hipovolemia iniciales. Se usa la escala de Glasgow (GCS) normal o modificada para lactantes. En un niño cuya escala de Glasgow disminuya dos puntos hay deterioro significativo y requiere reevaluación urgente. Una puntuación ≤ 8 es indicativa de hipertensión endocraneana y es un signo grave de alteración del estado de conciencia, requiriéndose asegurar la vía aérea mediante intubación. Deben buscarse otros indicadores de déficit neurológico: respuesta pupilar, reflejocorneano, reflejos oculocefalógiros, patrón ventilatorio (integridad del tallo), reflejos superficiales y profundos y signos de lateralización.

Escala de Glasgow usual		Escala de Glasgow para lactantes	
Apertura ocular (puntaje)			
Espontánea	4	Espontánea	4
En respuesta a la voz	3	En respuesta a la voz	3
En respuesta al dolor	2	En respuesta al dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	1
Respuesta motriz (puntaje)			
Obedece órdenes	6	Movimientos espontáneos normales	6
Localiza el dolor	5	Retirada al tocar	5
Retirada por dolor	4	Retirada al dolor	4
Flexión anormal (decorticación)	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal (descerebración)	2	Extensión anormal	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	1
Respuesta verbal (puntaje)			
Orientada	5	Charla y balbuceo	5
Desorientada	4	Llanto irritable	4
Palabras inusuales	3	Gritos o llanto por dolor	3
Sonidos incomprensibles	2	Quejido por dolor	2
Sin respuesta	1	Sin respuesta	1

Fuente: telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio_Web.../glasgow_

Escalas de Glasgow.

Según el puntaje, al aplicar la escala de Glasgow, el traumatismo cráneo encefálico se clasifica en:

- Leve: 13 a 15
- Moderado: 9 a 12
- Grave: menor o igual a 8

Leve: asintomático, cefalea ocasional, no hay anormalidades neurológicas, hematoma subgaleal

Moderado: alteración de la conciencia inmediatamente después del trauma, cefalea progresiva, vómito, convulsión postraumática, otro trauma asociado, sospecha de maltrato, signos clínicos que hagan sospechar fractura de base del cráneo

Grave: alteración de la conciencia posterior a la reanimación, fractura deprimida, fractura abierta, signos neurológicos, lesiones penetrantes.

Los principios generales del tratamiento incluyen:

- Prevención de las demandas anormales de oxígeno
- Evitar la fiebre

- Evitar las convulsiones
- Evitar ansiedad, agitación y dolor
- Mejorar el transporte de oxígeno
- Asegurar una buena presión arterial media
- Asegurar una buena volemia

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El drenaje quirúrgico rápido debe ser considerado para los hematomas subdurales sintomáticos que son mayores de 1 cm en su punto más ancho (o > 5mm en pediátricos). Los hematomas subdurales más pequeños frecuentemente no requieren drenaje, y la cirugía podría incrementar la lesión cerebral si hay inflamación hemisférica grave con herniación a través de la craneotomía.

Frecuentemente se requiere de una craneotomía con un colgajo grande para evacuarle coagulo grueso y para ganar mayor acceso a los sitios posibles de sangrado.

El tratamiento esta guiado por la condición clínica y el tamaño de hematoma. Los casos mínimamente sintomáticos (vómitos, irritabilidad, sin alteración del nivel de la conciencia ni alteración motora) con un hematoma licuado pueden ser tratados con una derivación subdural percutánea, lo cual se puede repetir las veces necesarias. Los casos crónicamente persistentes pueden requerir una derivación subduro-peritoneal.

La mayoría de los casos sintomáticos con un coagulo de alta densidad en la TAC requieren craneotomía.

“La regla de las cuatro horas”

Basado en un estudio de 1981 de 82 pacientes con hematoma subdural, se ha sostenido ampliamente que:

- Pacientes operados dentro de las primeras 4 horas después de la lesión tienen 30% de mortalidad, comparado con un 90% de mortalidad si la cirugía se retrasa > 4horas.
- La tasa de supervivencia funcional (Glasgow \geq 4) de 65% se puede lograr con una cirugía dentro de las primeras 4 horas después de la lesión.
- Otros factores relacionados con los resultados de este estudio incluyen:
 1. PIC postoperatoria: 79% de los pacientes con una recuperación funcional tuvieron PICs que no excedían los 20 mmHg, mientras que solo 30% de los pacientes que murieron tuvieron una PIC < 20 mmHg.
 2. El exámen neurológico inicial.
 3. La edad no fue un factor.

Sin embargo, la magnitud de la importancia de un tratamiento quirúrgico rápido es controversial. Un estudio de 101 pacientes con hematoma subdural reportó una mortalidad global del 66%, y una recuperación funcional del 19%. Ocurrieron convulsiones postoperatorias en 9% y no se correlacionó con el resultado.

VÁLVULA DE DRENAJE SUBDURAL

El uso de una válvula de drenaje subdural está asociado con un decremento de un 19% a 10% en la necesidad de repetir la cirugía. Si un drenaje subdural es usado, un sistema de drenaje cerrado está recomendado. La bolsa de drenaje se mantiene aproximadamente de 50-80 cm. Postquirúrgico, el paciente se mantiene en decúbito. Se pueden dar antibióticos profilácticos hasta alrededor de 24-48 horas después del retiro del drenaje, en ese tiempo el respaldo de la cama puede ser gradualmente elevado.⁶²

REHABILITACIÓN

Algunos pacientes necesitan rehabilitación por parte de medicina física, ortopedia, terapia de lenguaje, psiquiatría y psicología. Entre más tempranos, sean los tratamientos, mejores serán las oportunidades de recuperación.⁶³

PRONÓSTICO

El pronóstico de los niños sometidos a este tipo de maltrato es dependiente de la gravedad y de la precocidad en el diagnóstico y probablemente sea el hematoma subdural el principal factor en la mala evolución, tanto a corto como a largo plazo. Estudios en niños afectados por traumatismo encefalocraneano no accidental, incluido el sacudimiento, que cursan con esta lesión, han descrito una mortalidad de hasta un 24,6% y la morbilidad dada por sus secuelas, que están presentes en un 20-45% de los casos, son fundamentalmente la parálisis cerebral, convulsiones, alteraciones visuales, alteraciones del lenguaje y problemas de conducta.⁶⁴ Se ha destacado la importancia de las neuro imágenes como un factor pronóstico, ya que la visualización de lesiones cerebrales intraparenquimatosas dentro de los 3 primeros meses de ocurrido el trauma estaría significativamente asociada a secuelas neurológicas.⁶⁵

⁶²M. S. Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, Thieme, New York, NY, USA, 6th edition, 2006.

⁶³ MARTINEZ Y MARTINEZ: La salud del niño y el adolescente. Segunda edición. Ed. Salvat México 1989 879-880pp

⁶⁴Karandikar S, Coles L, Jayawant S, Kemp AM: The neurodevelopmental outcome in infants who have sustained a subdural haemorrhage from non-accidental injury. *Child Abuse Rev* 2004; 13: 178-87.

⁶⁵Bonnier C, Nassogne MC, Saint-Martin C, Mesples B, Kadhim H, Sebire G: Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. *Pediatrics* 2003; 112: 808-14.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La sociedad actual se caracteriza por un énfasis, a veces exagerado, en la tecnología, y ello lleva imperceptiblemente a la deshumanización. Es por ello que se hace más necesaria que nunca la formación humanista de los profesionales de la salud. La atención de Enfermería debe fundamentarse de manera especial, en la formación humanista de ese profesional.

ÉTICA

La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa —carácter—. Una sentencia ética es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc. en lo referente a una acción o a una decisión.⁶⁶

BIOÉTICA

La bioética es la rama de la ética que aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego *bios* y *ethos*: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana. En un sentido más amplio, sin embargo, la Bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.⁶⁷

PRINCIPIOS ÉTICOS

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

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos de Enfermería, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud/enfermedad dependerá la eficacia de las acciones independientes de la enfermera. La enfermera aplica además la beneficencia cuando, al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.

No maleficencia: sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos aticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo

⁶⁶ Es.thefreedictionary.com/ética

⁶⁷ Definición.com.mx/bioética.html

largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el sistema de valores morales que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.

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

En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, cualquier enfermera puede distinguir dos ideas fundamentales:

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que la faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

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

La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

1. Descubrimiento de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
2. La información comprensible, es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso). El consentimiento comprende también dos aspectos:

1. Consentimiento voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias.
2. La competencia para el consentimiento, tanto física como psicológica.

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

Dicho esto así todo parece claro y de fácil solución; sin embargo, el profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la integridad del paciente como un todo,

con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la autonomía en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad.

La justicia: en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.⁶⁸

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias. Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad.

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

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.⁶⁹

⁶⁸ Lic. Amaro Cano M, Lic. Marrero Lemus A, Rev. Cubana Enfermera 1996; 12(1)

⁶⁹ Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. ISBN-970-721-023-0 .www.ssa.gob.mx, diciembre.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA

- 1) Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2) Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3) Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4) Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5) Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6) Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7) Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8) Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9) Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10) Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁷⁰

DERECHOS DE LOS NIÑOS

Derecho a la vida

Todo niño tiene derecho a vivir. Esto significa que todo niño tiene derecho a no ser asesinado, a sobrevivir y a crecer en condiciones óptimas.

Derecho a la educación

Todo niño tiene derecho a recibir una educación, a disfrutar de una vida social y a construir su propio futuro. Este derecho es esencial para su desarrollo económico, social y cultural.

Derecho a la alimentación

Todo niño tiene derecho a comer, a no pasar hambre y a no sufrir malnutrición. Sin embargo, cada cinco segundos muere un niño de hambre en el mundo.

Derecho a la salud

Los niños deben ser protegidos de las enfermedades. Se les debe permitir crecer y convertirse en adultos sanos, esto contribuye de igual manera al desarrollo de una sociedad más activa y dinámica.

⁷⁰ Rosales B, S. Fundamentos de enfermería. 3ª ed, México D.F. 2008. Pp. 268,269.

Derecho al agua

Los niños tienen derecho al acceso de agua potable de calidad y tratada en condiciones sanitarias correctas. El derecho al agua es esencial para su salud y su desarrollo.

Derecho a la identidad

Todo niño tiene derecho a tener nombre y apellido, nacionalidad y a saber quiénes son sus padres. El derecho a la identidad representa el reconocimiento oficial de su existencia y de sus derechos.

Derecho a la libertad

Los niños tienen derecho a expresarse, a tener opiniones, a acceder a la información y a participar en las decisiones que los afectan. Los niños tienen derecho a la libertad de religión.

Derecho a la protección

Los niños tienen derecho a vivir en un contexto seguro y protegido que preserve su bienestar. Todo niño tiene derecho a ser protegido de cualquier forma de maltrato, discriminación y explotación.⁷¹

DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

1-Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.

2-Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.

3-Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.

4-Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.

5-Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.

6-Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.

7-Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.

8-En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado).

Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.

⁷¹Humanium es una ONG internacional de apadrinamiento de niños comprometida a acabar con las violaciones de los Derechos del Niño en el mundo. www.eljardinonline.com.ar/derechosdelosninos.htm

9-El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10-Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.⁷²

⁷²BERGEL, Salvador Darío "La declaración Universal de la UNESCO SOBRE Genoma Humano y Derechos Humanos" Cátedra UNESCO de Bioética, Universidad Nacional de Buenos Aires.

5 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL ESTUDIO DE CASO

La selección del estudio de caso se realizó en el servicio de urgencias hospitalización en la cama 8 del Instituto Nacional de Pediatría.

5.1 FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE	Cristian S.C.
EDAD	3 meses
SEXO	Masculino
FECHA DE INGRESO	19 de noviembre del 2005
NOMBRE DE LA MADRE	Martina Cervantes Flores
DIRECCION	21 de Marzo Col. Año JuárezCautla Morelos
DIAGNOSTICO MEDICO	Hemorragia tardía del recién nacido, hematoma subdural izquierdo, probable síndrome del niño maltratado por sacudimiento
MOTIVO DE INGRESO	Hematoma Subdural Izquierdo secundario a sacudimiento

5.2 MOTIVOS DE CONSULTA

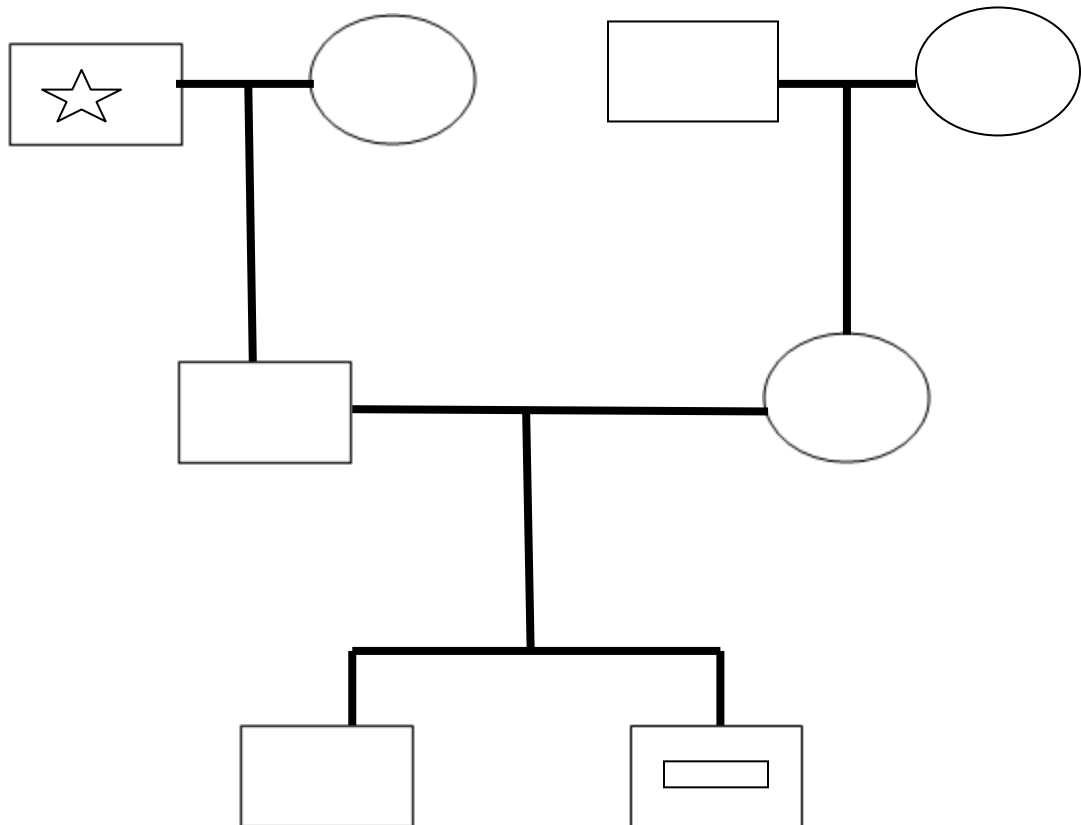
Fue llevado a urgencias del Hospital del campo, en donde refiere la madre que –al mollera estaba hinchada”, por lo que fue hospitalizado y se le realiza una TAC en donde visualizan zona de hemorragia subaracnoidea, con desplazamiento importante de la línea media, por lo que es transferido al INP.


5.3 DESCRIPCION DEL CASO

ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS.

El paciente vive con la madre de 23 años de edad que curso la primaria, su padre de 23 años de edad que curso la primaria, su hermano que tiene dos años de edad, su abuela materna de 68 años de edad y su abuelo paterno de 70 años de edad, en Cautla Morelos, en una casa (de los suegros) de dos cuartos de tabique y loza, y piso de cemento, dos ventanas y también tienen un cuarto de lámina donde cocinan, cuentan con luz, agua y drenaje, los medios de transporte es una combi, los servicios de desecho de basura es por medio de quemarla en un lugar específico que hay en el poblado.

MAPA FAMILIAR



 Abuelo con tuberculosis

 Cristian

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.

El abuelo paterno tiene tuberculosis con tratamiento.

DATOS DEL NACIMIENTO.

Nace en hospital de urgencias del campo, refiere la madre que lloro y respiro inmediatamente, no recuerda el Apgar. Su egreso fue a las 48 hrs, posteriores como binomio sano. No recuerda peso ni talla.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

EMBARAZO Y PARTO

Producto de la gesta dos de madre de 23 años, quien curso con embarazo normo evolutivo, con control prenatal regular, con consultas a partir del 3er mes con ingesta de multivitamínicos. No se realizó ningún ultrasonido. Curso con cervico vaginitis a los cuatro meses de gestación, siendo manejada con óvulos por 6 días con mejoría.

Nace a las 40 semanas de gestación por cesárea programada por falta de progresión de trabajo de parto.

Inmunizaciones: Refiere esquema de vacunación completo respecto con la edad.

Alimentado con seno materno desde el nacimiento, con ingesta cada hora.

Fijo la mirada a los dos meses, sostén cefálico a los dos meses.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Refiere la madre que su "mollera estaba sumida" por lo que lo lleva a curar con la curandera del pueblo y después comienza con vómito y diarrea, hasta el punto en que ya no se movía, ni comía y lo veía muy pálido.

DINAMICA FAMILIAR.

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTADO DE SALUD
Ricardo Santos	70 años	Primaria	Ninguna	Tuberculosis
Luciana Viegas Flores	68 años	No estudio	Hogar	Sana
Inocencio Santos Flores	23 años	Primaria	Agricultor	Sano
Martina Cervantes Flores	23 años	Primaria	Hogar	Sana
Jonathan Santos Cervantes	2 años	Ninguna	Ninguna	Sano
Cristian Santos Cervantes	3 meses	Ninguna	Ninguna	Hematoma subdural izquierda

Padres casados por el civil e iglesia, un hermano de 2 años de edad y viven con sus abuelos paternos, ellos tienen una buena relación, el padre sale a trabajar y la madre junto con los suegros se dedican al aseo del hogar.

SITUACION SOCIOECONÓMICA.

El único que trabaja es el padre en el campo, sembrando jitomate, melones y maíz en las tierras que le dan a trabajar ganando 70 pesos diarios.

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO.

Por pérdida de la consciencia, se diagnostica hematoma subdural por lo que es trasladado al INP.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inicia su padecimiento el día martes 15 de noviembre con irritabilidad, vómito de contenido alimenticio, aproximadamente 4 veces al día, por lo que acudió al centro de salud, en donde fue manejado con paracetamol y un antiemético sin mejoría. Al día siguiente continuo con vómitos 5-6 veces al día, por lo que acudió nuevamente a su centro de salud, en donde se le administro un antiemético intramuscular, mejorando él vomito. Al siguiente día la madre nota que ya no llora, no comía, no se movía, únicamente tenía movimiento del pie izquierdo, acompañados de desviación de la mirada y de la comisura bucal hacia la izquierda.

Fue llevado a urgencias del Hospital del campo, en donde refiere la madre que “al mollera estaba hinchada”, por lo que fue hospitalizado y se le realiza una TAC en donde visualizan zona de hemorragia subaracnoidea, con desplazamiento importante de la línea media, por lo que es transferido al INP.

Refiere la madre que vio que la mollera del niño estaba caída, por lo que acudió con la curandera del pueblo y esta lo curo con flores y volteo al bebe de cabeza tomándolo de los pies, golpeándolo en los talones y sacudiéndolo para que la mollera saliera.

TRATAMIENTO INICIAL

Intervención quirúrgica para drenar hematoma subdural.

TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRÚRGICO.

Intervención quirúrgica para drenaje de hematoma subdural, ingresa a urgencias hospitalización para tratamiento de cuidados intensivos.

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

6.2 VALORACION DE ENFERMERIA POR NECESIDADES

22 DE NOVIEMBRE DEL 2005

RESPIRAR NORMALMENTE

SIGNOS VITALES	
Frecuencia cardiaca	131 por minuto
Frecuencia respiratoria	21 por minuto
Tensión arterial	91/58mm/hg PAM (74)
Saturación de oxígeno	96%
Presión venosa central	8
Presión intracraneana	12
Tensión arterial central	87/60mm/hg PAM (73)
CO2	35mmHg

PERIMETROS	
Perímetro cefálico	45cm
Perímetro torácico	43cm

BIOMETRIA HEMATICA		
Elemento	Valor	Rango
Leucocitos/mm ³	11	6 a 17.5
Neutrófilos (%)	3.8	1 a 8.5
Linfocitos (%)	7.3	4- 13.5
Hemoglobina (%)	7	13
Hematocrito (%)	32	36

GASOMETRIA ARTERIAL		
ANALITO	RESULTADO	RANGO
pH	7.38	7.35 - 7.45
PaO ₂	96mmHg	80 – 100 mmHg
PaCO ₂	35mm Hg	35 – 45mm Hg
HCO ₃	24mmol/L	22 – 26mmol/L
Sat O ₂	96%	95 – 100%

Lactante masculino en fase tres de respiración, con palidez de tegumentos generalizada, bajo efectos de sedación con midazolam y relajación con vecuronio, con espasticidad de predominio en miembro pélvico izquierdo, con algunos movimientos espontáneos de tipo clónico en extremidad inferior izquierdo. Babinski positivo bilateral. Glasgow no valorable por encontrarse bajo efectos de sedación y relajación.

Cráneo con sutura diastasadas, de aproximadamente 0.5cm, con fontanela anterior bregmatica tensa, abombada, de aproximadamente 5X5cm, fontanela posterior lambdoidea abombada, aproximadamente 2X2cm, sistema de drenaje cerrado subdural (drenovac) en área de lóbulo parietal izquierdo, drenando sangre fresca escasa, catéter intraventricular para medición de presión intracraneana en lóbulo frontal, herida quirúrgica afrontada con sutura de aproximadamente 5cm limpia, cubierta con apósito, ojos con pupilas anisocoricas con midriasis izquierda de 3mm con respuesta fotomotora en ambas pupilas (ANEXO 1).

Nariz pequeña, simétrica, narinas hidratadas y permeables, coloración rosada; cavidad oral pequeña, simétrica, mucosas hidratadas, coloración rosada, labios hidratados, íntegros, sin presencia de laceraciones; encías rosadas, lengua hidratada, rosada; paladar integro. Faringe integra, coloración rosada.

Cánula orotraqueal no. 4 fijada en el no. 11, con apoyo de ventilador de presión con frecuencia respiratoria de 18, Pi19, Peep 2, relación 1:3.1 y Fi O2 del 40% Sonda orogástrica número 12 drenando liquido biliar, cuello con tráquea central, con movimiento, sin lesiones aparentes.

PULSOS ARTERIALES			
PULSO	INTENSIDAD	RITMO	FRECUENCIA
TEMPORAL	Palpable/fuerte	Regular	100 por minuto
CAROTIDEO	Palpable /fuerte	Regular	102 por minuto
SUBCLAVIO	Palpable /débil	Regular	102 por minuto
FACIAL	Palpable/ fuerte	Regular	100 por minuto
AXILAR	Palpable/débil	Regular	104 por minuto

Tórax cilíndrico, pequeño con adecuada expansión bilateral, respiración toraco abdominal, con campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, a la auscultación se escuchan ruidos húmedos crepitantes en basal bilateral, focos cardiacos a la auscultación sin presencia de soplos o agregados, glándulas mamarias pequeñas, tanner 1 (ANEXO 2) simétricas, llenado capilar de 2 seg.

Catéter arrow numero 4Fr, 3 lumen subclavio de lado izquierdo con soluciones parenterales, sedación, relajación y analgesia.

Se ministra lidocaína 5mg 15 minutos previo a aspiración endotraqueal.

Nebulizaciones con salbutamol cada 8 hrs.

MEDICAMENTOS

Fenobarbital 26mg IV cada 12 horas

Manitol 1.3 mg IV por razón necesaria, previa valoración medica

Se toma placa de Rx de tórax observándose atelectasia en ambos pulmones a nivel basal.

COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Peso	5kg
Talla	60cm
Perímetro abdominal	44cm
IMC	13.8
Percentil	3
Talla blanco familiar	1.61cm

Se encuentra en ayuno, ministrando soluciones parenterales por acceso central de lado izquierdo: en el lumen distal la siguiente mezcla: glucosada al 10% 500ml cloruro de sodio 5ml y cloruro de potasio 10meq infusión de 12ml por hora en tiempo de 8 horas.

Corrección de sodio: cloruro de sodio 5ml agua bidestilada 100ml infusión de 4 ml por hora.

En el lumen proximal: solución fisiológica para medición de PVC y medicamentos.

En el lumen medio soluciones para sedación y relajación: midazolam 2.5ml solución fisiológica al 0.9% 9.5ml infusión de 2ml por hora, vecuronio 3ml solución fisiológica al 0.9% 9ml infusión de 2ml por hora y bupremorfina 50mcg solución fisiológica 48ml infusión de 3ml por hora.

Arterioclisis: solución fisiológica al 0.9% 250ml heparina 125 unidades infusión de 4 ml por hora.

Balance de líquidos en 24hrs.

Ingresos: 450ml

Egresos: 250ml

Medicamentos:

Ranitidina 13mg IV C/8hrs

Omeprazol 5 mg IV C/24 hrs

ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

Perímetro abdominal	44cm
---------------------	------

Sistema de drenaje cerrado subdural (drenovac) en área de lóbulo parietal drenando sangre fresca escasa aproximadamente 20 ml en 24 horas.

Sonda orogástrica número 12 drenando líquido amarillo biliar escaso aproximadamente 40ml en 24 horas.

Abdomen plano, simétrico, cicatriz umbilical sin alteraciones, a la auscultación los movimientos peristálticos intestinales se encuentran disminuidos 3 movimientos por minuto, a la palpación se encuentran blandos, depresibles, no hay presencia de dolor, no se palpan megalias, se palpa borde hepático de 1cm aproximadamente en cuadrante de hipocondrio derecho.

PERCUSION	
Hipocondrio derecho	Mate
Epigastrio	Sub mate
Hipocondrio izquierdo	Mate
Flanco derecho	Timpánico
Mesogastrio	Timpánico
Flanco izquierdo	Timpánico
Fosa iliaca derecha	Mixto
Hipogastrio	Timpánico
Fosa iliaca izquierda	Mixto

Genitales masculinos fenotípicamente, Tanner I, (ANEXO 1) con ambos testículos en bolsas escrotales. Uretra permeable con sonda urinaria número 10 drenando orina clara en cantidad de 250ml en 24 horas aproximadamente.

Ano permeable, no presenta evacuaciones.

MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Se mantiene en reposo absoluto por sedación y relajación, en posición de decúbito dorsal, extremidades de hemicuerpo izquierdo con espasticidad, con ROTS +++ con presencia de movimientos mioclónicos de extremidad inferior izquierda, clonus, Babinski positivo bilateral, llenado capilar 2 segundos. Se evita hacer cambios de posición frecuentes para evitar un aumento en la presión intracraneana.

PULSOS ARTERIALES			
PULSO	INTENSIDAD	RITMO	FRECUENCIA
Braquial	Palpable/fuerte	Regular	102 por minuto
Radial	Palpable/fuerte	Regular	104 por minuto
Cubital	Palpable/débil	Regular	106 por minuto
Femoral	Palpable/fuerte	Regular	102 por minuto
Poplíteo	Palpable/débil	Regular	103 por minuto
Pedial	Palpable/fuerte	Regular	109 por minuto

DORMIR Y DESCANSAR

Se encuentra bajo efectos de sedación y relajación, monitorización continua, alarmas prendidas; y luces del servicio de urgencias, con un ambiente activo en un área crítica, donde hay muchas voces, ruidos de equipo médico, así como intervenciones de enfermería, procedimientos invasivos y no invasivos al que es sometido constantemente para el tratamiento y satisfacción de sus necesidades.

Al realizar aspiración de secreciones muestra reactividad al estímulo teniendo reflejo tusígeno y salida de lágrimas, así como al hacer cambios de posición muestra facies de dolor. Se valora en escala de conductas indicadoras de (ESCID) en el número 4 (ANEXO 3).

MEDICAMENTOS

Dorixina 55mg cada 8 horas

Bupremorfina 50 mcg solución fisiológica 48ml infusión de 3 ml por hora

ESCOGER ROPA ADECUADA; VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Cristian solo usa pañal, se mantiene en cuna radiante y esta sobre un colchón con sábanas mismas del hospital, por su estado crítico no es posible vestirlo de acuerdo a su edad.

MANTENER LA TEMPERATURA DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL ENTORNO

Su temperatura corporal es de 36 grados centígrados axilar, se encuentra dentro de una cuna radiante donde se modifica la temperatura de la misma dependiendo de la temperatura corporal de Cristian, usa pañal solo como prenda.

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Cristian recibe baño de esponja cada tercer día, si su estabilidad hemodinámica lo permite, se le hace higiene de cavidades cada 24 horas, limpieza de zona oftálmica, cambio de pañal cada 8 horas y antes si es necesario.

La piel se encuentra rosada, hidratada, suave, blanda y lisa, con ligera palidez de tegumentos, llenado capilar de 2 segundos, el turgor es aumentado al realizar un pliegue. Se realiza valoración de escala de Braden para la integridad de la piel y prevención de formación de zonas de presión y úlceras (ANEXO 4) su resultado es alto.

Se le realizó tricotomía en el área de cabeza previa ala cirugía, presenta herida quirúrgica en zona parietal izquierda afrontada con sutura de aproximadamente 5cm limpia, en el mismo sitio se encuentra sistema de drenaje cerrado (drenovac) para drenaje de la herida. En zona frontal se encuentra insertado un catéter intra ventricular para medición de la presión intra craneana. En primer

espacio intercostal de lado izquierdo ruptura de piel por inserción de catéter arrow numero 4Fr, 3 lúmenes.

Presencia de vello facial delgado, cejas, pestañas, mejillas, brazos y piernas; uñas integra, coloración rosada, cortas y limpias.

EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONES A OTRAS PERSONAS.

SIGNOS VITALES	
Frecuencia cardiaca	131 por minuto
Frecuencia respiratoria	21 por minuto
Tensión arterial	91/58mm/hg
Saturación de oxígeno	96%
Presión venosa central	8cmH2O
Presión intracraneana	12mmhg
Tensión arterial central	87/60mm/hg
CO2	35mmHg

Cristian pertenece a la religión católica, que es la que practican sus padres, ellos tienen la creencia de acudir a curandera para resolver problemas de salud, causa principal por la cual Cristian presenta hematoma subdural.

Cristian se encuentra en un área crítica del servicio de urgencias, en estado grave. Cráneo con sutura diastasadas, de aproximadamente 0.5cm, con fontanela anterior tensa, abombada, de aproximadamente 5X5cm, fontanela posterior abombada, aproximadamente 2X2cm, sistema de drenaje cerrado subdural (drenovac) en área de lóbulo parietal izquierdo, catéter intra ventricular para medición de presión intracraneana en lóbulo frontal, herida quirúrgica afrontada con sutura de aproximadamente 5cm limpia, cubierta con apósito, ojos con pupilas anisocóricas con midriasis izquierda de 3mm con respuesta fotomotora en ambas pupilas, se mantienen los párpados cerrados para prevenir daño corneal, cavidad oral con cánula orotraqueal no. 4 fijada en el no. 11, con apoyo de ventilador de presión con frecuencia respiratoria de 18, Pi19, Peep 2, relación 1:3.1 y Fi O2 del 40% Sonda orogástrica número 12 drenando líquido biliar.

Campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire, a la auscultación se escuchan ruidos húmedos crepitantes en basal bilaterales, catéter arrow numero 4Fr, 3 lumen subclavio de lado izquierdo con soluciones parenterales, sedación, relajación y analgesia.

Ayuno, arterioclisis: solución fisiológica al 0.9% 250ml heparina 125 unidades infusión de 4 ml por hora, uretra permeable con sonda urinaria numero 10 drenando orina clara, no presenta evacuaciones.

Se mantiene en reposo absoluto por sedación y relajación, en posición de decúbito dorsal, extremidades de hemicuerpo izquierdo con espasticidad, con

ROTS +++ con presencia de movimientos mioclónicos de extremidad inferior izquierda, clonus, Babinski positivo bilateral llenado capilar 2 segundos. Se evita hacer cambios de posición frecuentes para evitar un aumento en la presión intracraneana. Su temperatura corporal es de 36 grados centígrados, valoración de escala de Braden para la integridad de la piel y prevención de formación de zonas de presión y úlceras (ANEXO 4) su resultado es alto. Valoración de escala de riesgo de caídas Downton (ANEXO 5) resultado alto 6.

Vacunación completa para su edad, no muestra cartilla de vacunación.

MEDICAMENTOS

Cefalotina 200mg IV cada 6 horas

Naturelac ungüento oftálmico cada 8 horas

COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

Manifiesta dolor mostrando alteraciones fisiológicas en signos vitales con taquicardia, polipnea, aumento en la presión intracraneana e hipertensión arterial, al someterlo a procedimientos invasivos y movimiento en su estructura.

SIGNOS VITALES ANTE UN ESTIMULO EXTERNO		
	SIN ESTIMULO	CON ESTIMULO
Saturación de oxígeno	96%	86%
Frecuencia cardiaca	131 por minuto	140 por minuto
Frecuencia respiratoria	21 por minuto	28 por minuto
Presión intracraneal	12mmHg	16mmHg
Presión arterial no invasiva	91/58mm/hg	106/70mm/hg
Presión arterial invasiva	87/60 mm/hg	100/80mm/hg

Infusión de bupremorfina 50mcg solución fisiológica 48ml infusión de 3ml por hora.

Dorixina 55mg cada 8 horas.

Los padres de Cristian hablan el dialecto de Náhuatl, su padre también domina el español, la madre solo entiende frases y algunas palabras.

RENDIR CULTO SEGÚN SUS PROPIAS CREENCIAS

Cristian pertenece a la religión católica, que es la que practican sus padres, ellos tienen la creencia de acudir a curandera de su pueblo para resolver problemas de salud, causa principal por la cual Cristian presenta hematoma

subdural. La madre acude a la curandera porque observa que tenía la mollera caída (fontanela anterior hundida), la curandera introduce sus dedos índice y medio a la boca de Cristian empujando el paladar hacia arriba, le succiona la fontanela e inmediatamente lo toma de sus pies volteándolo boca abajo y golpeando los talones con sus manos, provocando sacudimiento en Cristian.

Ellos no pertenecen a algún grupo social, se reúnen en casa de los abuelos paternos algunos fines de semana.

TRABAJAR DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACION PERSONAL

Cristian se encuentra en la etapa de desarrollo de lactante, por lo cual esta necesidad no es valorable.

Su padre trabaja en la agricultura y su madre al hogar.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

El estado de salud de Cristian es grave, se encuentra hospitalizado en el servicio de urgencias bajo efectos de sedación y relajación, se evita someterlo a estímulos externos.

APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS MEDIOS SANITARIOS EXISTENTES.

La madre de Cristian muestra angustia, llanto y preocupación al no entender el estado de salud de Cristian, refiere que —su hijo se encontraba bien y que lo más seguro es que le hayan hecho mal de ojo”.

El estado de salud de Cristian es grave, se encuentra hospitalizado en el servicio de urgencias bajo efectos de sedación y relajación, se evita someterlo a estímulos externos y dolorosos.

6.3 NECESIDADES ALTERADAS.

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Rendir culto según sus propias creencias.
- Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

6.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Abraham Maslow describió las necesidades humanas en 5 niveles: fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y de autorrealización.

NECESIDAD	FUENTE DE DIFICULTAD	DE GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
Respirar normalmente	Falta de fuerza	6	Ventilación en fase III Relajación de los músculos sedación y relajación continua Hematoma subdural Daño neurológico Edema cerebral	Campos pulmonares bien ventilados, con adecuada entrada y salida de aire
Comer y beber adecuadamente	Falta de fuerza	6	Ayuno Relajación de los músculos sedación y relajación continua Ventilación en fase III Hematoma subdural Daño neurológico Edema cerebral Soluciones parenterales	Se mantiene hidratado Percentil 3
Eliminar por todas las vías corporales	Falta de fuerza	6	Drenaje subdural Ayuno Sonda orogástrica a derivación Sonda urinaria Perístalsis disminuida	Producción fisiológica de uresis Presencia de perístalsis

Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas			movimientos por minuto No hay presencia de evacuaciones	
	Falta de fuerza, y conocimiento	6	Creencia de acudir con curandera para resolver problemas de salud Dispositivos invasivos Escala de Braden y Downton riesgo alto	Sus padres tienen la capacidad intelectual para aprender, entender y satisfacer esta necesidad No presenta fiebre
Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.	Falta de fuerza	6	Temperatura de 35 grados centígrados Hematoma subdural	Hay respuesta favorable para el incremento de la temperatura a 36 y 36.5
Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	Falta de fuerza	6	Etapas de desarrollo lactante Aumento de la presión intracraneal a estímulos externos Dispositivos invasivos	Sus padres tienen la capacidad intelectual para satisfacer esta necesidad Estado nutricional adecuado
Moverse y mantener posturas adecuadas	Falta de fuerza	6	Aumento de presión intracraneal Edema cerebral Relajación de los músculos por sedación y relajación continua	Pulsos presentes, palpables Llenado capilar de 2 segundos
Dormir y descansar	Falta de fuerza	6	Relajación de los músculos por sedación y relajación continua Dolor	Presenta periodos de sueño
Comunicarse con	Falta de fuerza y	5	Dialecto Náhuatl	Aumento en las cifras de signos

los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones Rendir culto según sus propias creencias Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse Jugar y participar en actividades recreativas Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes	conocimiento		Relajación de los músculos por sedación y relajación continua Alteración en los signos vitales	vitales Facies de dolor Lagrimas
	Falta de voluntad y conocimiento	5	Acuden a curandera para resolver problemas de salud	Sus padres tienen la capacidad intelectual para aprender, entender y satisfacer esta necesidad
	Falta de fuerza	6	Hospital Edad	Sus padres tienen la capacidad intelectual para satisfacer esta necesidad
	Falta de fuerza	6	Hospitalización Estado de gravedad Relajación de los músculos por sedación y relajación continua Aumento de la presión intracraneal	El sentido del oído y tacto se encuentra integro
	Falta de fuerza	6	Estado de gravedad Relajación de los músculos por sedación y relajación continua Aumento de la presión intracraneal Daño neurológico severo	Responde a estímulos dolorosos El sentido del oído y tacto se encuentra integro

Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	Falta de fuerza	6	Etapa de desarrollo lactante	Ninguna
---	-----------------	---	------------------------------	---------

6.5PRIORIDAD DE ACCION

PRIORIDAD DE ACCION	
NECESIDAD	ORDEN
Respirar normalmente	1
Comer y beber adecuadamente	2
Eliminar por todas las vías corporales	3
Moverse y mantener posturas adecuadas	7
Dormir y descansar	8
Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse	11
Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno	5
Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	6
Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	4
Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones	9
Rendir culto según sus propias creencias	10
Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal	14
Jugar y participar en actividades recreativas	12
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes	13

6.6 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

FECHA DE DETECCION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FECHA DE RESOLUCION
22 de noviembre del 2005	1 Daño cerebral relacionado con síndrome del niño sacudido, manifestado por hematoma subdural, aumento de la presión intracraneana y edema cerebral.	27 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulación de secreciones en bronquios manifestado por ruidos húmedos crepitantes en basal bilateral a la auscultación.	30 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	3 Anemia relacionada con hematoma subdural manifestado por palidez de tegumentos, hemoglobina de 7 y taquicardia.	25 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	4 Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con ayuno.	27 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	5 Alteración en la necesidad de eliminación relacionado con estado de salud grave manifestado por presencia de drenajes instalados (sistema de drenaje cerrado, sonda orogástrica y sonda urinaria).	27 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	6 Alteración en la eliminación urinaria relacionado con proceso quirúrgico manifestado por presencia de drenaje urinario, orina clara y uresis de 250ml en 24hrs.	30 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	7 Ausencia de evacuaciones relacionado con ayuno e inmovilidad física manifestado por abdomen plano, blando, depresible, perímetro abdominal de 44 centímetros y movimientos intestinales de 3 por minuto.	30 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	8 Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos y vías invasivas	3 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	9 Riesgo para la vida de Cristian relacionado con la persistencia de los padres de asistir con la curandera	-----

22 de noviembre del 2005	10	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico (presión), inmovilización física y valoración de Braden de 9	3 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	11	Alteración en la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas relacionado con inmovilidad en la cuna manifestada por aumento en la presión intracraneal.	27 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	12	Riesgo de alteración de la necesidad de dormir y descansar relacionado con interrupciones y factores ambientales.	3 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	13	Riesgo de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones relacionado con sedación y relajación	30 de noviembre del 2005
22 de noviembre del 2005	14	Experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionado con herida operatoria, procedimientos y vías invasivas manifestado por facies de dolor y taquicardia de 140 por minuto.	8 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	15	Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio de salud de un miembro de la familia manifestado por angustia, preocupación y llanto en los padres	12 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	16	Alteración en la necesidad de rendir culto según sus propias creencias relacionado con asistir con la curandera manifestado por daño físico (sacudimiento)	-----
22 de noviembre del 2005	17	Alteración en la necesidad de escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse relacionado con hospitalización manifestado por usar solo pañal y calcetines.	3 de diciembre del 2005
22 de noviembre del 2005	18	Falta de conocimiento y comprensión de los padres relacionado con estado de salud de su hijo manifestado por preguntar lo mismo en varias ocasiones y etapa de duelo de negación.	12 de diciembre del 2005

6.7 PRESCRIPCION DE ENFERMERIA

NECESIDAD RESPIRAR NORMALMENTE

DIAGNOSTICO: Daño cerebral relacionado con síndrome del niño sacudido, manifestado por hematoma subdural, aumento de la presión intracraneana y edema cerebral.

OBJETIVO: Que Cristian mejore la perfusión tisular del cerebro, manteniendo la presión intracraneal dentro de los parámetros estándar.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial, CO ₂ , llenado capilar, presión intracraneal, presión venosa central.
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea con ventilación asistida.</p> <p>Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo, profundidad de las respiraciones, niveles de PO₂ y PCO₂, Ph y bicarbonato), cada hora.</p> <p>Valoración mediante la escala de Silverman y Anderson (ANEXO 6) cada 8 hrs</p> <p>Monitorización de constantes vitales: Control y registro de constantes vitales (frecuencia</p>	<p>Una lesión intracraneana puede causar un patrón ventilatorio que lleve a hipoxia.⁷³</p> <p>La ventilación mecánica se conoce como todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria que no puede o no se desea que lo haga por sí misma, de forma que mejore la oxigenación e influya así mismo en la mecánica pulmonar.⁷⁴</p> <p>Es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria. Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1 o 2 luego, se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria.⁷⁵</p> <p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.⁷⁶</p>	

⁷³ Masana Ronquillo, J. El Cerebro. Colección Salvat, Temas Clave. 1995.

⁷⁴ www.fundamentosventilacionmecanica.com

⁷⁵ http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=198&id_seccion=3535&id_ejemplar=6356&id_articulo=63318

⁷⁶ <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

<p>cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno, parámetros de presión intracraneal, presión venosa central) cada hora</p> <p>Control constante de CO2 cada hora (ANEXO 7).</p> <p>Valorar el tamaño, forma, simetría y reacción pupilar por turno (ANEXO 1)</p> <p>Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades del cuidado</p> <p>Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la presión intracraneal</p> <p>Valorar signos de hipertensión intracraneal cada hora, hipertensión, bradipnea y bradicardia.</p> <p>Controlar la presión arterial media mayor de 60mmhg</p> <p>Medir el perímetro cefálico por turno</p>	<p>La reducción del CO2 entre 25-30 mm Hg produce disminución del volumen sanguíneo intracraneal. La hiperventilación hasta valores menores de 25 mmHg puede originar isquemia cerebral con mayor aumento del a hipertensión intracraneal.⁷⁷</p> <p>El nervio motor ocular común (III par craneano) es responsable de la contracción de la pupila; si aumenta la PIC se comprime el nervio que produce como resultado una disminución de la vivacidad de la reacción.⁷⁸</p> <p>Previene complicaciones como herniación cerebral.⁷⁹</p> <p>La presión intracraneal es la fuerza que el tejido cerebral, la sangre y el LCR ejercen sobre el cráneo. Los valores normales son considerados los que son inferiores o iguales a 15mmHg.⁸⁰</p> <p>Los signos de hipertensión intracraneal son: cefalea, vomito, edema papilar, paresia del músculo recto externo uni o bilateral, compromiso de conciencia y a veces Cushing.⁸¹</p> <p>Hay una disminución global del flujo sanguíneo cerebral, Mantener una presión arterial media PAM 65–85 mm Hg⁸²</p> <p>La presencia de hidrocefalia y hematomas con densidades altas incrementan el riesgo de severo compromiso de conciencia post quirúrgica.⁸³</p>
---	--

⁷⁷ <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0006%20Hipertension.PDF>

⁷⁸ Appling Stevens, S.; Lent Becker, K.: Valoración Neurológica 2. Nursing. Mayo 1989.

⁷⁹ Maya LC. Traumatismo craneoencefálico severo. En Maya LC, Sáenz A ed. Principios de atención del niño crítico. Colombia: Distribuna; 2003: 115-134.

⁸⁰ Sahuquillo J, Poca MA, Pedraza S, Munar X. Actualizaciones en la fisiopatología y monitorización de los traumatismos craneoencefálicos graves, Revista Neurocirugía. 1997; 8: 260-283.

⁸¹ Plum F., Posner J. The Diagnosis of Stupor and Coma. Oxford University Press. Oxford. 2000

⁸² Pérez A, Schnitzler E. Traumatismo craneoencefálico severo. En: Iñón AE. Trauma en Pediatría. Buenos Aires: Mc Graw Hill; 2001: 369-374.

⁸³ Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural. IMSS 179-09

<p>Vigilar la respuesta de Babinski</p> <p>Observar si hay presencia de Cushing por turno</p> <p>Valorar el tono muscular, movimiento motor, presencia de convulsiones cada hora</p> <p>Comprobar la respuesta a estímulos: verbal, táctil y dañinos.</p> <p>Observar si hay parestesia</p> <p>Vigilar que la infusión de sedación y relajación sea la dosis, vía y goteo correcto: Midazolam 2.5ml solución fisiológica al 0.9% 9.5ml infusión de 2ml por hora, vecuronio 3ml solución fisiológica al 0.9% 9ml infusión de 2ml por hora</p> <p>Realizar valoración de RASS sedación-agitación de Richmond (ANEXO 8)</p> <p>Mantener al paciente con elevación de la cabeza a 30 grados</p>	<p>Al estimular la planta del pie, cerca del borde lateral, desde el talón hasta los dedos, frotando con fuerza, los dedos debería realizar una flexión hacia abajo (flexión plantar) considerando el Babinski como negativo (-). Si los dedos se abren en abanico y se produce un movimiento ortejo hacia arriba del pie (dorsiflexión) hablaremos de Babinski positivo (+); habrá que realizarlo en ambos pies para ver si es unilateral o bilateral. El Babinski positivo indica lesión neuronal motora superior, se encuentra también en la hemiplejía orgánica.⁸⁴</p> <p>Los pacientes con tríada de Cushing presentan estos tres signos: hipertensión, bradipnea y bradicardia.⁸⁵</p> <p>Después del procedimiento quirúrgico alrededor del 3 al 11% de los pacientes desarrollan crisis convulsivas.⁸⁶</p> <p>Se debe comprobar que la sedación y relajación se encuentren haciendo los efectos esperados, para minimizar en lo más posible los estímulos externos y con ello mantener la PIC en parámetros estándar.⁸⁷</p> <p>Un aumento de la PIC puede producir hemiparesia o hemiplejía; comprometerá al lado del cuerpo opuesto a la lesión expansiva en el cerebro.⁸⁸</p> <p>Siempre debe incluir una correcta analgesia y sedación con el objetivo de controlar o disminuir la respuesta metabólica al estrés (taquicardia, hipertensión, etc.), mantener una óptima adaptación a la ventilación mecánica, disminuir el dolor, la ansiedad y la agitación.⁸⁹</p> <p>La monitorización del nivel de sedación es una actividad de enfermería cuya finalidad es evitar tanto la sobre sedación como la infra sedación de los pacientes, disminuyendo de este modo las complicaciones derivadas, además de mejorar el confort. Sin embargo, el nivel de sedación con frecuencia no es valorado con un método estandarizado. Para ello, una herramienta validada es la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale).⁹⁰</p> <p>Esta posición favorece el retorno venoso.⁹¹</p>
---	---

⁸⁴Protocolos y guías de práctica clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Capítulo de enfermería Crítica

⁸⁵Protocolos y guías de práctica clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Capítulo de enfermería Crítica

⁸⁶Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural. IMSS 179-09

⁸⁷Masana Ronquillo, J. El Cerebro. Colección Salvat, Temas Clave. 1995.

⁸⁸Masana Ronquillo, J. El Cerebro. Colección Salvat, Temas Clave. 1995.

⁸⁹Net Castel A, Marruecos-Sant L. Traumatismo craneoencefálico grave. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica; 1996.

⁹⁰<http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/10%C2%BA%20rass%20definitivo%20tenerife.pdf>

⁹¹Tobin M (1998). Principles and Practice of intensive Care Monitoring. McGraw Hill, Inc 1998. Chapter 34 pag 667-682

Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente y minimizar los estímulos ambientales	Los movimientos y los estímulos externos ocasionan injuria cerebral severa por las alteraciones en el metabolismo y en la circulación, lo que finalmente se expresará por una serie de manifestaciones clínicas. ⁹²
Administrar manitol según prescripción medica	Tiene un efecto bifásico, primero crea un gradiente osmótico agudo a través de la barrera hémato-encefálica, moviendo agua desde el parénquima cerebral al compartimento intravascular. El segundo efecto resulta de su acción de diurético osmótico, lo cual aumenta el clearance renal de agua libre y aumenta la osmolaridad plasmática, manteniendo el flujo de agua desde el intracelular al extracelular. ⁹³
Observar si hay signos de hemorragia	Las hemorragias son pérdidas de sangre que pueden acontecer interna o externamente. La hemorragia interna se refiere a sangre que gotea desde los vasos sanguíneos hacia el interior del cuerpo; mientras que como hemorragia externa podemos diferenciar dos tipos: por orificio natural del cuerpo (recto, vagina o boca), o externa simplemente (producida por la ruptura de la piel). ⁹⁴
Administrar anti convulsionante fenobarbital 26mg IV cada 12 horas	Una convulsión provoca aumento del flujo sanguíneo cerebral de hasta un 600%, lo que se traduce en una elevación de la Presión Intracraneana. Tratamiento y profilaxis de la epilepsia: crisis generalizadas tónico-clónicas y crisis parciales simples. ⁹⁵
Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC	Los movimientos y los estímulos externos ocasionan injuria cerebral severa por las alteraciones en el metabolismo y en la circulación, lo que finalmente se expresará por una serie de manifestaciones clínicas. ⁹⁶
Toma de productos sanguíneos según prescripción medica	Los distintos análisis de laboratorio nos dan información muy valiosa acerca del estado de los niños gravemente enfermos, ayudándonos en el diagnóstico y a la hora de administrar tratamientos. ⁹⁷
Asistir en la toma de estudios de gabinete	Son estudios invasivos o no invasivos realizados en un gabinete especializado y deja una muestra grafica de lo que se obtiene para comparar, para realizar un diagnóstico o seguimiento de una patología. ⁹⁸
EVALUACION: Cristian mantuvo la presión intracraneana dentro de los parámetros estándar (12mmHg), al igual que el CO2 (35) y PAM (74mmHg)	

⁹² http://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/hip_intrac_1.htm

⁹³ <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/05.html>

⁹⁴ <http://www.iqb.es/diccionario/h/hemorragia.htm>

⁹⁵ <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/05.html>

⁹⁶ Sahuquillo J, Poca MA, Pedraza S, Munar X. Actualizaciones en la fisiopatología y monitorización de los traumatismos craneoencefálicos graves, Revista Neurocirugía. 1997; 8: 260-283

⁹⁷ KING E.M., WIECK L., DYER M.: Técnicas de Enfermería (Manual Ilustrado). 3ª Edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988. Pág. 19-27.

⁹⁸ es.slideshare.net/vanessasalazarvaldovinos/diagnosticos-de-gabinete

DIAGNOSTICO: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulación de secreciones en bronquios manifestado por ruidos húmedos crepitantes en basal bilateral a la auscultación.

OBJETIVO: Que Cristian mantenga una vía aérea permeable que garantice la oxigenación y perfusión tisular a toda la economía orgánica.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial, CO2, llenado capilar, presión intracraneal, presión venosa central.
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Comprobar el estado respiratorio: nivel de gases en sangre arterial por turno</p> <p>Control y registro de constantes vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno, parámetros de presión intracraneal, presión venosa central) cada hora Higiene de la cavidad oral cada 8 hrs</p> <p>Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo endotraqueal periódicamente si es necesario</p>	<p>El examen de gases en sangre arterial es un estudio de función pulmonar muy usado en clínica debido a que permite evaluar en forma precisa el intercambio gaseoso, resultado final de la función del aparato respiratorio. Los usos más frecuentes que se da a sus resultados son: detección y evaluación de hipoxemia e identificación de su mecanismo, detección y evaluación de hipercapnia, control de efectos de tratamiento, evaluación de equilibrio ácido-base.⁹⁹</p> <p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.¹⁰⁰</p> <p>La vía más frecuente de infección de las vías respiratorias es la micro aspiración de secreciones contaminadas con bacterias colonizantes de la orofaringe o del tracto gastrointestinal superior.¹⁰¹</p>	

⁹⁹<http://escuela.med.puc.cl/publ/Aparatorespiratorio/21Gases.html>

¹⁰⁰<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

¹⁰¹ Hubmayr R. (2002). Statement of the 4th International Consensus Conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia – Chicago, Illinois, May 2002. Intensive Care Medicine 28: 1521-1536

<p>Comprobar la posición del tubo endotraqueal por turno</p> <p>Verificar que la cánula orotraqueal sea del número 4 y fijada en el número 11</p>	<p>La posición ideal del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. Esto es debido a que disminuye la incidencia de úlceras por decúbito en las comisuras bucales, es el efecto de palanca que se produce al movilizar el tubo. El desplazamiento del tubo en el extremo proximal (en la boca), produce que el extremo distal (en la región subglótica) se movilice en sentido contrario —por“ayándose” la punta del tubo contra la pared traqueal provocando injuria de la mucosa.¹⁰²</p> <p>Por medio de la observación de la expansión de ambos campos pulmonares y por medio de la auscultación. Primero se ausculta epigastrio, si no gorgotea se descarta inicialmente localización en estómago; luego se ausculta región anterior izquierda y región anterior derecha. Si no se ausculta murmullo vesicular en el pulmón izquierdo pero sí en el derecho pudo haberse desplazado el tubo a bronquio derecho. En los niños siempre debe auscultarse las axilas para valorar la entrada de aire.¹⁰³</p> <p>El tubo endotraqueal debe ser de un material hipoalergénico y flexible, es además recomendable que tenga marcas numéricas para conocer la longitud del tubo que introducimos en la tráquea y valorar así posteriormente si éste se ha movido. El balón o neumotaponamiento no es aconsejable en niños, ya que dado que la zona más estrecha de la tráquea infantil se sitúa en el cartílago cricoides, el uso de un tubo balonado podría lesionarlo. En general, los tubos menores del nº 4,5 no disponen de balón. El tamaño del tubo viene indicado por el diámetro interno de la luz.</p> <p>La fórmula para decidir el número adecuado:</p> <table border="1" data-bbox="877 764 2026 906"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>Prematuro</th> <th>R.N. y < 6 meses</th> <th>6-12 meses</th> <th>1-2 años</th> <th>2-5 años</th> <th>5-8 años</th> <th>>8 años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cánula Orofaringea</td> <td>00</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4-5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tamaño de la cánula faríngea(recogido del Manual de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal.3ª ed. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal)</p> <p>La estimación más recomendada es la siguiente, con algunas variaciones: Prematuros y de bajo peso según tabla de pesos: 2,5-3,5 Recién nacidos a término y lactantes de menos de 6 meses: 3,5 Lactantes entre 6 meses y 1 año: 4 Niños mayores de 1 años: 4 + (edad en años / 4)</p>	EDAD	Prematuro	R.N. y < 6 meses	6-12 meses	1-2 años	2-5 años	5-8 años	>8 años	Cánula Orofaringea	00	0	1	2	3	4	4-5
EDAD	Prematuro	R.N. y < 6 meses	6-12 meses	1-2 años	2-5 años	5-8 años	>8 años										
Cánula Orofaringea	00	0	1	2	3	4	4-5										

¹⁰²AVCA.Manual para proveedores.American Heart Association. 2002

¹⁰³ Tobin M (1998). Principles and Practice of intensive Care Monitoring.McGraw Hill, Inc1998. Chapter 34 pag 667-682

EDAD	Prematuro	R.N. y < 6 meses	6-12 meses	1-2 años	2-5 años	5-8 años	>8años
Laringoscopio	Pala recta	Pala recta o curva		Pala curva			
	Nº 0	Nº 1		Nº 1-2	Nº 2	Nº 2-3	

Tamaño de las palas de laringoscopio (recogido del Manual de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal.3ª ed. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal)

El tubo debe introducirse hasta dejarlo a 1-2 cms por encima de la carina, de modo que podamos ventilar ambos bronquios. Para saber cuántos centímetros debemos introducirlo en un procedimiento orotraqueal tenemos las siguientes fórmulas:

Lactantes: Centímetros(cms) a introducir = nº tubo x 3

>2 años: Centímetros(cms) a introducir = 12 + (edad/2)

EDAD Y/O PESO	Nº Endotraqueal	Cms a introducir por boca	Nº tubo x 3
<1kg	2-2,5	6,5-7	
1-2 kg	3	7-8	
2-3 kg	3,5	8-9	
>3kg	3,5-4	9-10	
R.N y < 6 meses		10-12	
6-12 meses	4	12	
1-2 años	4-4,5	13-14	
2-5 años	4 +(edad / 4)(años)	14-16	
5-8 años		16-18	
> 8 años		18-2	

Elección del tubo endotraqueal y longitud a introducir(recogido del Manual de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal. 3ª ed. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal)¹⁰⁴

Valoración previa a la aspiración de secreciones:

- Secreciones visibles o audibles, o burbujeos, audibles con o sin estetoscopio.
- Aumento de la presión de la vía aérea en ventilación mecánica
- Deterioro de los valores de los gases en sangre arterial.

Una valoración apropiada es el paso previo para establecer la necesidad de aspiración. Se deben determinar los signos y síntomas individuales del paciente en ese momento. La valoración debe incluir la frecuencia y profundidad de las respiraciones y cualquier dificultad manifiesta de ésta, como respiración laboriosa y utilización de musculatura accesoria. Los ruidos respiratorios normales no deben ser audibles sin estetoscopio. La auscultación de los pulmones permite identificar ruidos adventicios. El paciente debe ser observado durante todo el procedimiento en busca de cualquier signo de inestabilidad cardiovascular, arritmias por ejemplo, aumento de la Presión intracraneana. Si ocurriera, el procedimiento debe ser suspendido.¹⁰⁵

¹⁰⁴ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo69/capitulo69.htm>

¹⁰⁵ Logston Boggs y Wooldridge-King; American Association of Critical Care Nurses.ProcedureManual for Critical Care. Third Edition

<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos torácicos alterados. - Disminución de los niveles de saturación de oxígeno -Alteraciones hemodinámicas, incluido aumento de la tensión arterial y taquicardia - Disminución de la entrada de aire (disminución de los sonidos respiratorios a la auscultación) - Cambio de color (cianosis, palidez, rubicundez) - Taquipnea - Cambios en la morfología de la curva flujo / tiempo con la pérdida de su curvatura (convexidad hacia arriba) tradicional. <p>Ministrar lidocaína 5mg IV 15 minutos previo a aspiración endotraqueal.</p> <p>Aspiración gentil de secreciones por medio de circuito cerrado, previa valoración.</p> <p>Supervisar que se le sean aplicadas las nebulizaciones con salbutamol cada 8 horas</p>	<p>la lidocaína bloquea el reflejo traqueal que condiciona el aumento de la presión intracraneana y agravamiento de la lesión neurológica.¹⁰⁶</p> <p>La succión de la vía aérea no debe extenderse más de 10 segundos. En pacientes con traumatismo de cráneo cerrado, el tiempo de recuperación de los niveles de saturación de oxígeno previos es de alrededor de 2 minutos. Los sistemas cerrados de aspiración permiten que la ventilación y la PEEP continúen aún durante la aplicación de presión negativa durante la aspiración, mejorando sensiblemente la saturación de oxígeno en sangre venosa mixta luego de la aspiración y no se pierde lo que se reclutó.¹⁰⁷</p> <p>Salbutamol es un agonista selectivo de los receptores β2 adrenérgicos. A dosis terapéuticas proporciona una bronco dilatación de corta duración de acción, de 4 a 6 horas en la mayoría de los pacientes actuando sobre los receptores β2 adrenérgicos del músculo liso bronquial, con poca o ninguna acción sobre los receptores β1 adrenérgicos del músculo cardíaco.¹⁰⁸</p>
<p>EVALUACION: La condición de Cristian (hipertensión intracraneal y edema cerebral) no permitió realizar actividades de enfermería dirigidas a drenaje postural, palmo percusión, solo se manejó con aspiración de secreciones y nebulizaciones no teniendo resultados completamente favorables.</p>	

¹⁰⁶ Asai T., Shingu K. (2004) Time-Related cuff pressures of the laryngeal tube with and without the use of nitrous oxide. Anesth Analg. 2004 Jun; 98 (6): 1803-6

¹⁰⁷ Luce J et al (1993) Intensive Respiratory Care. Second Edition, Philadelphia PA, WBSaunders.

¹⁰⁸ Moore, Tina (2003) Suctioning techniques for the removal of respiratory secretions. Nursing Standard. 18, 9, 47-53.

DIAGNOSTICO: Anemia relacionada con hematoma subdural manifestado por palidez de tegumentos, hemoglobina de 7 y taquicardia

OBJETIVO: Que Cristian eleve sus niveles de hemoglobina y hematocrito

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, hemoglobina, hematocrito.
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Control y registro de constantes vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, saturación de oxígeno, parámetros de presión intracraneal, presión venosa central) cada hora</p> <p>Toma e identificación de muestras de laboratorio para biometría hemática</p> <p>Proporcionar a la familia información completa, acerca del tipo anemia, pruebas diagnósticas complementarias</p> <p>Verificar los resultados de los elementos en busca de alteraciones en rangos de referencia Hb 7g/dl</p> <p>Identificar y eliminar causas de anemia Transfusión de sangre:</p> <p>Asegurar un acceso endovenoso apropiado Determinación previa del grupo sanguíneo ABO/Rh. Verificar</p>	<p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico de salud del paciente.¹⁰⁹</p> <p>Los distintos análisis de laboratorio nos dan información muy valiosa acerca del estado de los niños gravemente enfermos, ayudándonos en el diagnóstico y a la hora de administrar tratamientos.¹¹⁰</p> <p>La información clínica que se proporciona al paciente y familia contribuye al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio.¹¹¹</p> <p>Se debe transfundir en pacientes con Hb entre 7-10g/dl, cuando hay signos, síntomas o evidencia objetiva de incapacidad asociada para satisfacer la demanda tisular de oxígeno, la que podría ser exacerbada por la anemia.¹¹²</p> <p>La anemia puede ser multifactorial, por lo que se debe identificar el origen y corregirlo lo más pronto posible.¹¹³</p> <p>El acceso venoso puede ser periférico el cual debe ser de calibre grueso, comprobando el retorno venoso, así como el central puede ser utilizado y deben ser exclusivos para la transfusión</p>	

¹⁰⁹ <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

¹¹⁰ <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-transfusin-de-sangre-y-sus-componentes-37217827>

¹¹¹ Pinzón-de Salazar L. El derecho a la información en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas; 1997: 2.

¹¹² <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-transfusin-de-sangre-y-sus-componentes-37217827>

¹¹³ <http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-transfusin-de-sangre-y-sus-componentes-37217827>

<p>si coinciden Revisar su indicación escrita en las ordenes medicas 100ml para 3 horas Al momento de recibir el componente del banco de sangre: 1.Verificar correspondan los datos del paciente, con los datos de la bolsa del componente y los datos de la hoja del banco de sangre 2.Solicitar algún colega su presencia para llevar acabo la doble verificación 3.A pie de cama del paciente (tarjeta de identificación, pulsera) 4. Datos a verificar del paciente; nombre/s y apellidos completos, No.de registro, componente a transfundir, Rh y grupo sanguíneo. 5.Datos a verificar de la bolsa del componente; nombre/s y apellidos del paciente, Rh, grupo sanguíneo y etiqueta con la leyenda "SEROLOGÍA NEGATIVA" 6.Recuerda que la verificación implica repetir lo que se escucha</p> <p>Verificar y registrar signos vitales antes, durante y después de la transfusión</p> <p>Utilizar el equipo con diseño específico para la transfusión de sangre Observar si presenta algún evento adverso a causa de la transfusión sanguínea</p>	<p>sanguínea.¹¹⁴</p> <p>Estándares internacionales de Seguridad del Paciente (OMS) (ANEXO 9)</p> <p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.¹¹⁵ Los componentes sanguíneos se deben transfundir con filtro estándar de 170-210 micras</p> <p>Es la respuesta nociva o inesperada de aparición inmediata o tardía, ocurrida durante la transfusión de sangre y/o componentes sanguíneos y que produce invalidez o incapacidad; que dé lugar a hospitalización y/o la prolongue o en caso extremo resulte mortal. (NOM-253-SSA1-3.1.126)</p>
<p>EVALUACION: A Cristian se trasfunde por 2 ocasiones con paquete globular elevando su hemoglobina a 11g/dl y hematocrito a 35%</p>	

¹¹⁴<http://amiaprendizaje.blogspot.mx/2011/09/venoclisis-cateterismo-periferica.html>

¹¹⁵<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

NECESIDAD COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

DIAGNOSTICO: Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con ayuno.

OBJETIVO: Que Cristian no pierda peso durante su estancia hospitalaria.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Peso, talla, percentil (ANEXO 10), IMC, escala de godete (ANEXO 11)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Pesar y medir diariamente si la condición filológica del paciente lo permite	Valoración nutricional del paciente para prevenir y/o minimizar la desnutrición hospitalaria que se acompaña de una mayor tasa de complicaciones, prolongación de la estadía hospitalaria y mayor mortalidad. ¹¹⁶	
Monitorizar y registrar el índice de masa corporal 13.8 y percentiles 3 (ANEXO 10)	En los últimos años, diferentes estudios han demostrado una alta prevalencia de desnutrición hospitalaria en América Latina, encontrándose cerca del 50% de la población hospitalizada que ingresa con algún grado de desnutrición. ¹¹⁷	
Vigilar el estado de hidratación, mucosas y turgencia de la piel, recuento de ingresos y egresos de líquidos	El agua representa entre el 50 % y el 65 % de la masa total del cuerpo. Se encuentra en el interior de las células, el tejido muscular, el intestino, los órganos más importantes e incluso en el tejido adiposo, que contiene entre un 10 % y un 20 % de agua. ¹¹⁸	
Monitorizar y registrar signos vitales	Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. ¹¹⁹	
Mantener en ayuno al paciente	En el paciente crítico, la ingesta oral se encuentra seriamente comprometida debido a diversos factores que alteran la deglución generalmente en forma transitoria. La presencia de vía aérea artificial, algunas patologías o situaciones clínicas que contraindican el uso del aparato digestivo, el estado de inconsciencia temporal o permanente contribuyen a que la persona no pueda ingerir alimentos por sí misma. ¹²⁰	

¹¹⁶ Guidelines for the use parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr.2002; 26:138

¹¹⁷ www.um.es/eglobal/

¹¹⁸ Bender DA & AE Bender. Nutrition a reference handbook. 1997. Oxford University Press: Oxford, 1997.

¹¹⁹ <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

¹²⁰ García Ávila, B. Y Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave

<p>Administrar terapia IV según prescrito: Glucosada al 10% 500ml + cloruro de sodio al 0.9% 5ml y cloruro de potasio 10meq infusión de 12ml por hora en tiempo de 8 horas</p> <p>Corrección de sodio: cloruro de sodio 5ml + agua bidestilada 100ml infusión de 4 ml por hora.</p> <p>Vigilar si hay sobrecarga de líquidos por medio de la escala de edema (ANEXO 11)</p> <p>Tomar y registrar dextrostix en cada turno</p> <p>Administración de medicamentos para la protección de la cavidad gástrica Ranitidina 13mg IV cada 8 horas</p> <p>Omeprazol 5 mg IV cada 24 horas</p>	<p>Aportar los requerimientos calóricos y proteicos necesarios para afrontar los estados hipermetabólicos e hipercatabólicos que presentan estos pacientes como respuesta a la situación crítica de salud, que conducen a un rápido proceso de deterioro del estado nutricional.¹²¹</p> <p>El sodio (Na+) es el principal determinante de la osmolaridad plasmática. Estudios clínicos en pacientes con TEC grave, edema cerebral post operatorio e infartos extensos hemisféricos, han mostrado que el sodio hipertónico ha sido útil en bajar la PIC cuando otras medidas han fallado.¹²²</p> <p>Acumulación de líquido en el espacio extracelular del cuerpo. Esto se debe a la salida del líquido a los vasos sanguíneos y se acumula en el tejido o en ciertas cavidades del cuerpo.¹²³</p> <p>La hiperglucemia contribuye a empeorar la lesión cerebral en el TCEG y aumenta la morbimortalidad. Los niveles de glucemia deberían estar entre 80-140mg/dl y se tratará por encima de 140mg/dl.¹²⁴</p> <p>La ranitidina está indicada en el tratamiento de desórdenes gastrointestinales en los que la secreción gástrica de ácido está incrementada, La ranitidina reduce el volumen de ácido excretado en respuesta a los estímulos con lo cual, de forma indirecta, reduce la secreción de pepsina. Muestra un efecto cicatrizante sobre la mucosa gastrointestinal, protegiéndola de la acción irritante del ácido acetilsalicílico y de otros fármacos anti-inflamatorios no esteroídicos.¹²⁵</p> <p>El omeprazol reduce la secreción de ácido gástrico a través de un mecanismo altamente selectivo. Es un inhibidor específico de la bomba de hidrogeniones de la célula parietal gástrica, actúa rápidamente y produce un control mediante la inhibición reversible de la secreción ácida del estómago.¹²⁶</p>
<p>EVALUACION: Cristian continua en ayuno sin modificaciones en su peso</p>	

¹²¹ Moreno Pérez, O., Meoro Aviles, A., Martínez, A. et al. Factores pronósticos de morbimortalidad en nutrición hospitalaria: Estudio prospectivo. Nutrición Hospitalaria. 2005; 20 (3) ,210-216.

¹²² <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/05.html>

¹²³ www.um.es/eglobal/

¹²⁴ Burgos Marín E de, Díaz Castellanos MA, Fierro Rosón LJ, Hurtado Ruiz B, Ramos Cuadra JA, Ruiz Bailén M, Serrano Córcoles MC. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. Revista Emergencias. 2000; 12: 106-115.

¹²⁵ <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o006.htm>

¹²⁶ <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o006.htm>

ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

DIAGNOSTICO: Alteración en la necesidad de eliminación relacionado con estado de salud grave manifestado por presencia de drenajes instalados (sistema de drenaje cerrado, sonda orogástrica y sonda urinaria).

OBJETIVO: Que Cristian mantenga los drenajes instalados permeables y funcionales.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Llenado capilar, pulsos distales y periféricos
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Vigilar la presencia de sangrado de la herida quirúrgica</p> <p>Vigilar el sangrado del sistema de drenaje cerrado subdural</p> <p>Vigilar que el drenaje subdural y sonda nasogástrica se encuentren permeables, no estén comprimidos con el mismo cuerpo del paciente, acodados, tirantes y estén libres de cualquier atrapamiento</p> <p>Controlar la altura de los colectores de drenajes y sondas, 10 centímetros por debajo del conducto auditivo externo (referencia)</p> <p>Evaluar periódicamente el sistema para detectar desconexiones accidentales o pérdida del vacío en el reservorio. Evacuar el reservorio en recipiente calibrado o verificar la cantidad. Evaluar las características de lo drenado</p>	<p>Es la respuesta a una agresión mecánica o traumatismo abierto que cursa con solución de continuidad en la piel o en las mucosas. La producción de una herida desencadena un síndrome inflamatorio, pérdida de sustancia, hemorragia, separación de los bordes y una serie de síntomas acompañantes que dependen del asiento topográfico y de la profundidad de las lesiones.¹²⁷</p> <p>El drenaje cerrado subdural disminuye el riesgo de recurrencia en la craneotomía mínima y no incrementan el riesgo de infección.¹²⁸</p> <p>Se previene así la posible aparición de infecciones locales o generalizadas, así como la posibilidad de aparición de fenómenos compresivos sobre órganos adyacentes.¹²⁹</p> <p>La altura del drenaje es determinante, ya que influye a que drene más o menos¹³⁰</p> <p>Las complicaciones más comunes es obstrucción con fluidos. Desplazamiento o desalojo. Lesión del tejido en el sitio de inserción por presión constante o errores en la inmovilización. Infección.¹³¹</p>	

¹²⁷ Gobierno de Chile. MINSAL. Serie – Guías – Clínicas. Manejo y Tratamiento de las heridas y úlceras. Curación y arrastre mecánico. Marzo 2000

¹²⁸ Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural. IMSS 179-09

¹²⁹ <http://es.slideshare.net/tannya91/drenajes-y-cuidados-de-enfermera>

¹³⁰ Sahuquillo J, Poca MA, Pedraza S, Munar X. Actualizaciones en la fisiopatología y monitorización de los traumatismos craneoencefálicos graves, Revista Neurocirugía. 1997; 8: 260-283

¹³¹ <http://es.slideshare.net/tannya91/drenajes-y-cuidados-de-enfermera>

<p>y registrar (volumen, características, frecuencia de vaciamiento)</p> <p>Minimizar al máximo la manipulación de los drenajes Vigilar llenado capilar cada 8 horas</p> <p>Vigilar características de pulsos distales y centrales cada 8 horas</p>	<p>El movimiento que ejerce la manipulación de los drenajes y sondas, son estímulos dolorosos al paciente e incrementa inmediatamente la PIC.¹³² Los tiempos de llenado capilar en lactantes son muy rápidos, con una duración inferior a 1 segundo.</p> <p>Del vocablo latino pulsus, la palabra pulso describe el latir de las arterias a raíz del paso continuo de la sangre que bombea el músculo cardíaco. Con la onda de distensión provocada por el avance de la sangre, la arteria se expande y dicho movimiento puede percibirse en diversas partes del cuerpo.¹³³</p>
<p>EVALUACION: Los drenajes se mantuvieron permeables y funcionales, con llenado capilar de 2 segundos y pulsos periféricos y distales palpables, fuertes y regulares.</p>	

DIAGNOSTICO: Alteración en la eliminación urinaria relacionado con proceso quirúrgico manifestado por presencia de drenaje urinario, orina clara y uresis de 250ml en 24hrs.

OBJETIVO: Que Cristian mantenga un adecuado gasto urinario.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Volumen urinario, reactivos (bililabstix)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Vigilar que la sonda se encuentre permeable, no este comprimida con el mismo cuerpo del paciente, acodada, tirante y esté libre de cualquier atrapamiento</p> <p>Controlar la altura de la sonda, 10 centímetros por debajo del conducto auditivo externo (referencia)</p>	<p>Se previene así la posible aparición de infecciones locales o generalizadas, así como la posibilidad de aparición de fenómenos compresivos sobre órganos adyacentes.¹³⁴</p> <p>La altura del drenaje es determinante, ya que influye a que drene más o menos.¹³⁵</p>	

¹³²Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Medicina Intensiva. 2009; 33:16-30.

¹³³<http://definicion.de/pulso/>

¹³⁴<http://es.slideshare.net/tannya91/drenajes-y-cuidados-de-enfermera>

¹³⁵Sahuquillo J, Poca MA, Pedraza S, Munar X. Actualizaciones en la fisiopatología y monitorización de los traumatismos craneoencefálicos graves, Revista Neurocirugía. 1997; 8: 260-283

<p>Evaluar periódicamente el sistema para detectar desconexiones accidentales, evacuar el reservorio en recipiente calibrado o verificar la cantidad.</p> <p>Minimizar al máximo la manipulación de la sonda</p> <p>Observar y registrar características de la orina, apariencia, color, olor y si hay presencia de sedimento</p> <p>Medir el gasto urinario cada hora</p> <p>Tomar reactivos (bililabstix)</p>	<p>Las complicaciones más comunes es obstrucción con fluidos. Desplazamiento o desalojo. Lesión del tejido en el sitio de inserción por presión constante o errores en la inmovilización. Infección.¹³⁶</p> <p>El movimiento que ejerce la manipulación de los drenajes y sondas, son estímulos dolorosos al paciente e incrementa inmediatamente la PIC.¹³⁷</p> <p>Apariencia: se refiere a la claridad o grado de turbidez de la orina, la orina también puede verse turbia debido a precipitación de cristales, la presencia de células (bacterias, eritrocitos, leucocitos, células epiteliales), la presencia de espuma residual orienta hacia proteinuria masiva o lipiduria. Color: el espectro normal va desde el cristalino al amarillo oscuro, esta coloración es dada principalmente por el pigmento urocromo. Olor: el olor característico es sui generis o aromático (debido a ácidos orgánicos volátiles), este olor se transforma en amoniacal cuando la orina permanece por tiempo prolongado expuesto al medio ambiente. Gravedad específica: se define como la densidad de una solución (orina) comparada con la densidad de un volumen similar de agua destilada a igual temperatura, y refleja la capacidad del riñón de concentrar o diluir la orina medible, la gravedad específica de la orina isostenúrica (igual al plasma) es de 1.010, dividiendo la orina entre concentrada y diluida.¹³⁸</p> <p>Volumen urinario normal = 1 a 2 ml/k/h¹³⁹</p> <p>Son tiras reactivas para la detección de Urobilinógeno, Glucosa, Cetonas, Bilirubina, Proteínas, Nitrito, pH, Sangre, Densidad, Leucocitos, Ácido ascórbico en orina. La muestra reacciona con los reactivos desecados unidos a una fase sólida que se encuentra adherida a un soporte plástico.¹⁴⁰</p>
<p>EVALUACION: Cristian mantiene sonda urinaria permeable, con presencia de orina clara y gasto urinario de 250ml en 24 horas.</p>	

¹³⁶ <http://es.slideshare.net/tannya91/drenajes-y-cuidados-de-enfermera>

¹³⁷ Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Medicina Intensiva. 2009;33:16-30

¹³⁸ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/AnalOrina.html>

¹³⁹ http://www.hospitalpenna.com.ar/archivos/bajar/INSUFICIENCIA_RENAL_AGUDA.pdf

¹⁴⁰ <http://es.scribd.com/doc/167623813/Toma-de-Bililabstix#scribd>

DIAGNOSTICO: Ausencia de evacuaciones relacionado con ayuno e inmovilidad física manifestado por abdomen plano, blando, depresible, perímetro abdominal de 44 centímetros y movimientos intestinales de 3 por minuto.

OBJETIVO: Que Cristian mantenga el mismo perímetro abdominal y aumente los movimientos intestinales.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Perímetro abdominal, ruidos intestinales por minuto
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Medir perímetro abdominal en cada turno	Es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo. Esta medición se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente:Acumulación de líquido en el abdomen, obesidad y acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos. ¹⁴¹	
Auscultar abdomen y registrar la frecuencia de los ruidos intestinales	Se puede distinguir frecuencia, intensidad, tono y timbre, lo normal es escuchar como clics o gorgoteos regulares, entre 5 a 35 por minuto. Cuando el gorgoteo es prolongado y de tono bajo se habla de borborigmo ("gruñidos gástricos"). En las diarreas los ruidos intestinales o hidroaéreos están aumentados en frecuencia e intensidad. ¹⁴²	
Determinar la causa física o fisiológica del no presentar evacuaciones	El estreñimiento en este tipo de pacientes está relacionado con el retraso del destete, estancias prolongadas y una mayor mortalidad. ¹⁴³	
Administrar laxantes por sonda nasogástrica según indicación medica	Un laxante es una preparación usada para provocar la defecación o la eliminación de heces. Los laxantes son mayormente consumidos para tratar el estreñimiento. Ciertos laxantes estimulantes, lubricantes, y salinos son usados para evacuar el colon para exámenes rectales e intestinales. ¹⁴⁴	
EVALUACION: Cristian continua sin evacuar, la motilidad aumenta a 5 por minuto		

¹⁴¹ David C. Dugdale, III, MD, Professor of Medicine, Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine

¹⁴² http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/apsemiologia/39_abdomen.html

¹⁴³ Fundación Mapfre. Traumatismo craneoencefálico. Revista Trauma. Julio/Septiembre 2013

¹⁴⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Laxante>

EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

DIAGNOSTICO: Riesgo de infección relacionado con alteración de las defensas primarias, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos y vías invasivas

OBJETIVO: Que Cristian no presente signos de infección.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Fiebre, taquicardia, indicadores de infección (ANEXO 12)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Control de infecciones: Lavado de manos Informar a los familiares del paciente la importancia del lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, así como el uso de bata	La higiene de las manos reduce el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria. Esta acción sigue siendo la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos. Al brindar cuidados con manos seguras, se ofrece un servicio de calidad que preserva la seguridad del paciente en todos los ámbitos, lo que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad, mitigando el sufrimiento de pacientes y familiares, además disminuye el costo que se genera en las instituciones. Lavarse las manos antes del contacto directo con un paciente; antes de realizar una tarea limpia o aséptica; después de exposición a fluidos corporales; después del contacto con el paciente, y después del contacto con el entorno del paciente. (ANEXO 13) ¹⁴⁵	
Poner en práctica precauciones universales	Son un conjunto de medidas destinadas a minimizar el riesgo de transmisión de infecciones entre el personal y los pacientes por patógenos que se pueden transmitir por contacto con sangre y fluidos corporales, uso de barreras protectoras (guantes, mascarillas, anteojos protectores, pechera impermeable) en todos los procedimientos en que existan posibilidades de contacto con los fluidos de alto riesgo. ¹⁴⁶	
Mantener la integridad de los catéteres y las líneas intravasculares	Las bacteriemias por catéter se producen porque los microorganismos colonizan el catéter, lo pueden hacer por vía endoluminal y por vía extraluminal, y acceden al torrente sanguíneo. ¹⁴⁷	
Observar signos de infección en la zona de inserción de los catéteres (enrojecimiento, calor	Las infecciones asociadas a catéteres constituyen la principal causa de bacteriemia nosocomial y están relacionadas con una alta morbilidad y mortalidad, prolongación de estancias hospitalarias y aumento de costos. ¹⁴⁸	

¹⁴⁵ [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(1\)_07/p7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(1)_07/p7.html)

¹⁴⁶ <http://es.slideshare.net/chanchandro/precauciones-universales-y-lavado-de-manos-1>

¹⁴⁷ Prevención y control de las bacteriemias asociadas al uso de catéteres venosos centrales. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

<p>local, secreción activa)</p> <p>Realizar curación del sitio de inserción de los catéteres, valorar el estado del apósito de la zona de inserción, debe encontrarse limpia y seca, al término de la curación registrar fecha y hora</p> <p>Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas</p> <p>Administrar terapia antibiótica según prescripción médica: Cefalotina 200mg IV cada 6 horas</p> <p>Seguir los cinco principios de la administración de la medicación</p> <p>Observar efectos de la medicación</p>	<p>Los catéteres se colonizan por microorganismos de la piel en un 70-90% de los casos. Los microorganismos migran a lo largo de la superficie externa del catéter desde el orificio de entrada en la piel hasta llegar a la punta y al torrente sanguíneo. Infrecuentemente pueden adherirse directamente a la punta del catéter después de circular en la sangre desde un foco de bacteriemia distante y posteriormente, aunque desaparezca el foco primitivo, actuar como un nuevo foco de bacteriemia secundario, se da en el 3-10% de los casos.¹⁴⁹</p> <p>Otros factores de riesgo elevado de infección son aquellos que dependen de los materiales utilizados, de los métodos de inserción y de los cuidados de los catéteres.¹⁵⁰</p> <p>La profilaxis antimicrobiana en los procedimientos neuroquirúrgicos reduce a 0.72% la incidencia de infecciones postquirúrgicas.¹⁵¹</p> <p>Es una cefalosporina de primera generación, útil en infecciones serias causadas por micro-organismos susceptibles, en especial las producidas por bacterias gram positivas.¹⁵²</p> <p>Los cinco correctos para la administración de medicamentos, le permiten al personal enfermero seguir precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error.¹⁵³ (ANEXO 14)</p> <p>El efecto secundario hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo.¹⁵⁴</p> <p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.¹⁵⁵</p> <p>Las complicaciones más frecuentes encontradas en la literatura son recidiva del hematoma (2 al 24%), infección (5%), hemorragia parenquimatosa (4 – 5%), neumoencefalo a tensión (2.5- al 16%) y convulsiones (3 al 11%).¹⁵⁶</p>
--	---

¹⁴⁸ Álvaro Pascual et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a catéteres intravasculares. 2004. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Editores: Emilia Cercenaedo y Rafael Cantón

¹⁴⁹ Mireya Urrea Ayala. Estudio prospectivo de la incidencia de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal. Tesis doctoral. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Metodología de la Investigación Biomédica. Universidad Autónoma de Barcelona

¹⁵⁰ Adela Marco Mercadal et al. Mantenimiento de vías centrales en UCI. Revista Rol Enfermería 2001; 24

¹⁵¹ Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural. IMSS 179-09

¹⁵² http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Cefalotina.htm

¹⁵³ <http://generacionenfermeria.blogspot.mx/2009/09/los-cinco-correctos-en-enfermeria.html>

¹⁵⁴ <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/acne/articulos-relacionados/efectos-secundarios-y-contraindicaciones-de-los-medicamentos.html>

¹⁵⁵ <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

¹⁵⁶ Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural. IMSS 179-09

<p>Monitorizar los signos vitales</p> <p>Cuidado de la herida: Asegure una técnica de cuidados de herida operatoria</p> <p>Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor</p> <p>Realizar curación de la herida aplicando técnica aséptica</p> <p>Cambiar el apósito según la cantidad del exudado y drenaje Colocar en una posición que se evite tensiones en la herida</p> <p>Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</p> <p>Asegure que las sonda urinaria mantenga protocolo de colocación y sistema cerrado Mantener la permeabilidad de la sonda vesical, disminuir el riesgo de infección y asegurar la correcta manipulación y utilización de la misma.</p>	<p>La infección localizada se manifiesta con los signos y síntomas de la inflamación dolor, calor, tumefacción, rubor e impotencia funcional, las bacterias pueden causar problemas, como por un retraso de la cicatrización, en ausencia de dichos indicadores de inflamación.¹⁵⁷</p> <p>Se limpian los bordes de la herida con povidona yodada o clorhexidina, con un movimiento en espiral del centro a la periferia, y/o de arriba hacia abajo.¹⁵⁸</p> <p>Los apósitos se deben mantener limpios y secos para evitar un medio de cultivo por humedad.¹⁵⁹ Se debe evitar la presión sobre la herida para evitar disminución en la circulación pudiendo aparecer necrosis en los tejidos.¹⁶⁰</p> <p>Sobre la herida, y procedente de los exudados, se forma una costra que protege de la invasión bacteriana y que al retraerse aproxima los bordes. En heridas muy superficiales, las células basales de la epidermis circundante, proliferan hasta cubrir el hueco. En heridas más profundas o con mayor pérdida de sustancia, el hueco se rellena gracias a dos fenómenos. En primer lugar la formación del tejido de granulación y en segundo lugar, las fuerzas de retracción procedentes de los tejidos sanos periféricos a la herida.¹⁶¹</p> <p>El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos.¹⁶²</p> <p>Un alto porcentaje de las infecciones nosocomiales está relacionado con las infecciones urinarias (20-40%), de las cuales el 80% tiene que ver con la manipulación de la vía urinaria, especialmente con el cateterismo uretral a permanencia.¹⁶³</p> <p>Las sondas urinarias se cambian cada 72 hrs. Si no hay contradicción.¹⁶⁴</p> <p>La temperatura del núcleo del cuerpo, fluctúa en el hombre alrededor de 37 a 39 C temperatura óptima para las reacciones químicas que condicionan el funcionamiento normal de los órganos. Cualquier tendencia a alterarla</p>
---	---

¹⁵⁷http://www.smith-nephew.com/global/assets/pdf/products/wound/woundinfsn_spanish.pdf

¹⁵⁸Guía de urgencias pediátricas. Pascue Grossman. Lippincot Company. Ed. Labor

¹⁵⁹ Heridas cutáneas. Galvan Casas. Guia Knoll Made

¹⁶⁰ http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/guia_heridas.htm

¹⁶¹ Heridas cutáneas. Galvan Casas. Guia Knoll Made

¹⁶² Martínez S, Urío T, Garrón L, Sainz J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000; 23(suplemento 2): 123-128.

¹⁶³http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200010

¹⁶⁴ Díaz A, Ortiz MA, Granadino R. Instauración, mante-nimiento y retirada del sondaje vesical. Metas de Enferm 2002;05(42):26-30.

<p>Registrar fecha de colocación de la sonda urinaria y cambiarla según protocolo</p> <p>Manejo ambiental: Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío</p> <p>Monitorizar temperatura corporal cada hora</p> <p>Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo</p> <p>Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y de pañal</p> <p>Realizar valoración de riesgo de caídas por medio de la escala de Downton (ANEXO 5)</p> <p>Mantener los barandales arriba</p> <p>Realizar valoración de Braden cada 8 horas</p> <p>Valorar si presenta complicaciones post quirúrgicas</p>	<p>pone en actividad los mecanismos de termorregulación, es así como una temperatura ambiental elevada produce vasodilatación cutánea, mayor flujo de sangre a la superficie del cuerpo y aumento de la pérdida de calor por irradiación, convección y conducción. Un efecto opuesto tiene la disminución moderada de la temperatura ambiental.¹⁶⁵</p> <p>La temperatura del cuerpo está regulada casi exclusivamente por mecanismos nerviosos de retroalimentación negativa que operan, en su mayoría, a través de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. En adición al control neural, las hormonas afectan la termorregulación, pero en general están asociadas con la climatización a largo plazo.¹⁶⁶</p> <p>Se evita la diseminación de microorganismos, la humedad y el riesgo de úlceras por bordes en las sábanas.¹⁶⁷</p> <p>El riesgo de infecciones también es tanto para el personal de salud como para los pacientes quienes se ven afectados por enfermedades nosocomiales que podrían ser evitadas si se vigilara el cumplimiento riguroso de las normas de Bioseguridad durante la disposición de residuos sólidos en el hospital.¹⁶⁸</p> <p>Con la intención de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas, se ha adoptado para documentarlas pertinentemente la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993.¹⁶⁹</p> <p>La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.¹⁷⁰</p> <p>La escala de Braden para predecir úlceras por presión de Riesgos, es una herramienta que fue desarrollada en 1987 por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom. El objetivo de la escala es ayudar a los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión de un paciente. Se valoran seis criterios: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción.¹⁷¹</p> <p>Las complicaciones más frecuentes posquirúrgicas intracraneales del hematoma subdural son recidiva del hematoma, infección, hemorragia parenquimatosa, neumoencefalo a tensión y convulsiones.¹⁷²</p>
<p>EVALUACION: La herida se mantiene limpia, sin datos de infección, se mantiene con temperatura de 35 y 35.8 grados centígrados. La escala de Downton se mantiene en alto riesgo al igual que Braden.</p>	

¹⁶⁵ Charkoudian, N. 2003. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. Mayo Clinic Proceedings 78: 603-612. ISSN: 0025-6196.

¹⁶⁶ Charkoudian, N. 2003. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. Mayo Clinic Proceedings 78: 603-612. ISSN: 0025-6196.

¹⁶⁷ <http://es.slideshare.net/IsabelLopezRamirez/tendidos-de-cama-32426838>

¹⁶⁸ Ministerio de Salud y Acción Social Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica: Normas. Octubre 2007.

¹⁶⁹ Cordero Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario -Clínica del Carme". Vilafranca del Penedés. 1.996.

¹⁷⁰ <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>

¹⁷¹ http://docsetools.com/articulos-para-saber-mas/article_43132.html

¹⁷² Leech P, Miller JD. Intracranial volume-pressure relationships during experimental braincompression in primates

DIAGNOSTICO: Riesgo para la vida de Cristian relacionado con la persistencia de los padres de asistir con la curandera

OBJETIVO: Explicar a los padres de Cristian los riesgos que presentan al asistir a personas que no son profesionales de salud.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Entender y comprender la información
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
<p>Ayudar a los padres a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual</p> <p>Ayudar a los padres a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad</p> <p>Ayudar a los padres a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu</p> <p>Mostrar los riesgos que corren cuando practican sus creencias con métodos no profesionales para la salud de ellos y sus hijos</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p>	<p>En la mayoría de los países en vías de desarrollo, las enfermedades se padecen y tratan en las comunidades y sistemas locales de atención de salud. En estos sistemas se agrupan la sabiduría cultural, las estructuras familiares, los sistemas populares de atención a la salud y los servicios médicos. Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades. Se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, no solo para atender las enfermedades y los problemas psicosociales, sino para analizar y buscar sus causas y organizar respuestas personales y comunitarias.¹⁷³</p> <p>La Secretaría de Salud de Gobierno del Estado ha emitido un comunicado informativo especialmente indicado a padres y familiares de bebés recién nacidos para que tengan en cuenta todas las precauciones necesarias para cuidar a los niños ya que una mollera caída pone en riesgo la vida del bebé, por lo que hay que tener sumo cuidado a la hora de manejarlos evitando cualquier tipo de golpes o problemas en esa zona.¹⁷⁴</p> <p>La relación personal de salud-paciente se debe establecer en un entorno de respeto mutuo, con un alto sentido de calidad moral, una preparación técnica científica adecuada, y con la aprobación del paciente de todas las acciones que se requieren para su tratamiento.¹⁷⁵</p> <p>Este documento informa y favorece la continuidad de los cuidados a partir del egreso hospitalario, permite la comunicación entre los profesionales de enfermería en las distintas áreas clínicas de asistencia, ya sea primaria o especializada para proporcionar cuidado de calidad y acorde a cada paciente.¹⁷⁶</p> <p>Un equipo multidisciplinario es un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y</p>	

¹⁷³ http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/09_sep_2k10.pdf

¹⁷⁴ <http://pequelia.es/82959/la-mollera-caida-representa-un-riesgo-para-la-vida-del-bebe/>

¹⁷⁵ <http://horan.yucatan.gob.mx/wp/codigo-de-bioetica/>

¹⁷⁶ Pinzón-de Salazar L. El derecho a la información en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas; 1997: 2.

<p>Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y el lugar de las actividades posteriores a la hospitalización/actividades del paciente</p> <p>Animar a consultar a otros profesionales</p> <p>Informar al cuidador sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios</p> <p>Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.</p> <p>Evaluar el nivel actual de conocimientos de los padres relacionado con el proceso de enfermedad de su hijo</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de enfermedad</p> <p>Describir el fundamento de las recomendaciones del control / terapia/ tratamiento</p> <p>Determinar los riesgos de salud del paciente</p>	<p>experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo.¹⁷⁷</p> <p>Se debe brindar un modelo de intervención multidimensional centrado en la singularidad de las familias y en sus necesidades, en los apoyos disponibles en su entorno natural, en el desarrollo de las competencias y de la resiliencia y en la organización de servicios centrados en el usuario y coordinados con todos los servicios que ofrece la comunidad.¹⁷⁸</p> <p>La valoración de los conocimientos nos permite tener una pauta sobre lo que se debe reforzar en conocimientos sobre el estado de salud del paciente.¹⁷⁹</p> <p>El cuidar a un paciente con enfermedad crónica implica en este experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo.¹⁸⁰</p> <p>Facilitar la comunicación para resolver dudas acerca de los cuidados que se van a proporcionar al enfermo, facilitar y evitar complicaciones durante la administración de la medicación, higiene personal o cuidados a la piel, disminuye los errores y es de gran ayuda.¹⁸¹</p> <p>Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.¹⁸²</p>
<p>EVALUACION: Los padres de Cristian escuchan con atención la asesoría sobre los riesgos de salud de su hijo, pero la madre insiste que a Cristian le hicieron el mal de ojo.</p>	

¹⁷⁷http://es.wikipedia.org/wiki/Equipo_multidisciplinar

¹⁷⁸Fiorentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Suma Psicológica 2008; 15: 95-114.

¹⁷⁹<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>

¹⁸⁰<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>

¹⁸¹ Colombia. Ley 266 de 1996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.

¹⁸² http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

DIAGNOSTICO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con hipotermia, factor mecánico (presión), inmovilización física y valoración de Braden de 9

OBJETIVO: Que Cristian mantenga la integridad tisular de la piel y mucosas.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Escala de Braden (ANEXO 4)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Examinar la piel con especial detenimiento en las prominencias óseas, buscando zonas enrojecidas, ampollas o erosiones que puedan avisarnos de un principio de úlcera	La presión local por un apoyo continuado deja las zonas sin aporte sanguíneo, sin oxigenación, dando lugar a la aparición de la úlcera. ¹⁸³	
Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel	La sequedad puede dar un fenómeno de dermatitis, enrojecimiento y pueden formarse grietas que propicien infecciones. La piel húmeda es más propensa a la maceración y aparición de bacterias, así como de alérgenos que favorecen alergias y síntomas como el acné, la dermatitis y el prurito. ¹⁸⁴	
Colocar en una posición que evite tensiones en la herida	Se debe evitar la presión sobre la herida para evitar disminución en la circulación pudiendo aparecer necrosis en los tejidos. ¹⁸⁵	
Valoración de Braden cada 8 horas	La escala de Braden para predecir úlceras por presión de Riesgos, es una herramienta que fue desarrollada en 1987 por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom. El objetivo de la escala es ayudar a los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión de un paciente. Se valoran seis criterios: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción	
Monitorizar y registrar temperatura corporal cada hora	La temperatura del cuerpo está regulada casi exclusivamente por mecanismos nerviosos de retroalimentación negativa que operan, en su mayoría, a través de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. En adición al control neural, las hormonas afectan la termorregulación, pero en general están asociadas con la a climatización a largo plazo. ¹⁸⁶	

¹⁸³ <http://secpre.org/index.php/extras/2013-02-01-13-09-27/ulceras-por-presion>

¹⁸⁴ <http://aedv.es/profesionales/actualidad/dermagazine/articulos/humedad-y-sequedad-que-hacen-nuestra-piel>

¹⁸⁵ http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/guia_heridas.htm

¹⁸⁶ Charkoudian, N. 2003. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. Mayo Clinic Proceedings 78: 603-612. ISSN: 0025-6196.

Monitorizar y controlar temperatura de cuna radiante	Las cunas de calor radiante son unidades diseñadas para proporcionar calor radiante a los pacientes, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36° a 37° C. ¹⁸⁷
Realizar baño de esponja si las condiciones fisiológicas del paciente lo permite	El baño puede provocar eventos adversos al paciente como el aumento de la presión intracraneana. ¹⁸⁸
Realizar aseo de cavidades diario si las condiciones fisiológicas del paciente lo permite	En los pacientes encamados el aseo de cavidades, alivia el dolor, la rigidez articular, reduce las molestias y el prurito ocasionado por la piel seca. ¹⁸⁹
Humectar la piel diario	Aplicar una crema hidratante por todo el cuerpo con leves masajes circulares en especial en zonas de mayor riesgo. ¹⁹⁰
Mantener la ropa de la cuna limpias, seca y libre de arrugas	Se evita la diseminación de microorganismos, la humedad y el riesgo de úlceras por bordes en las sábanas. ¹⁹¹
Higiene oftálmica con solución fisiológica	Limpieza de los ojos con una gasa estéril humedecida en suero salino, de forma suave, iniciando desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo, cambiar de gasas para cada ojo. ¹⁹²
Naturelac ungüento oftálmico cada 8 horas	Para antagonizar la sequedad del ojo en ausencia de lágrimas naturales. ¹⁹³
Proteger el globo ocular de la exposición al ambiente	La lesión traumática más frecuente en pacientes internados en la UTI es la abrasión corneal. Se trata de lesión superficial en el epitelio, las lesiones superficiales se refieren a la queratitis punteada superficial y la queratitis de exposición. Ellas pueden ser causadas por la exposición ocular, con cierre palpebral ineficaz y calidad lagrimal inadecuada. Entre las lesiones infecciosas más comunes se tienen las queratitis infecciosas ulcerativas o úlceras de córnea bacteriana. ¹⁹⁴
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor	Se caracterizan por el proceso inflamatorio con dolor, rubor, calor, edema, se extiende por un periodo de 3 a 6 días en este periodo el organismo utiliza los mecanismos de la formación de trombos por medio de la formación

¹⁸⁷ <http://ptbenenfermeria.blogspot.mx/2011/10/aparatos-electromedicos.html>

¹⁸⁸ Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Medicina Intensiva. 2009;33:16-30

¹⁸⁹ Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, De Hara Marín S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. Enferm Intensiva. 2005;16:15-22

¹⁹⁰ <http://www.bioderma.com/es/a-la-escucha-de-tu-piel/la-piel-es-un-organo.html>

¹⁹¹ <http://es.slideshare.net/IsabelLopezRamirez/tendidos-de-cama-32426838>

¹⁹² <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

Disposition&blobheadervalue1=filename%3D26_ENFERMO+ENCAM_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096257&ssbinary=true

¹⁹³ Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture Chambers versus lubrication for the prevention corneal epithelial breakdown. Am J Critical Care. 1995; 4(6):425-8.

¹⁹⁴ Paschoal MAV. Manual de Oftalmología. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2008. 356 p. Sivasankar S, Jasper S, Simon S, Jacob P, John G, Raju R. Eye Care in ICU. Indian J Crit Care Med. 2006; 10(1):11-4.

plaquetaria, la activación de la cascada de coagulación, el desbridamiento de la herida y la defensa contra infecciones.¹⁹⁵

EVALUACION: Se le realiza aseo de cavidades, no presenta zonas de presión con valoración de escala de Braden de 9

MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

DIAGNOSTICO: Alteración en la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas relacionado con inmovilidad en la cuna manifestada por aumento en la presión intracraneal.

OBJETIVO: Que Cristian mantenga una posición de alineación corporal correcta sin aumento de la presión intracraneal.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Escala de Braden (ANEXO 4), llenado capilar
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Colocar en la posición terapéutica especificada. En decúbito supino y semifowler	La posición de la cabeza debe ser neutra, para reducir cualquier compresión de las venas yugulares, que impediría el flujo de salida venoso intracraneal. La cabeza debe ser elevada a una altura de 30°; en esta posición se ha demostrado una disminución importante de la PIC. ¹⁹⁶	
Colocar en posición de alineación corporal correcta	Se entiende por modelo o estándar postural correcto el equilibrio y la alineación ideal de todos los músculos, las articulaciones y los segmentos corporales en base a una serie de principios científicos y anatómicos que sirven de guía. ¹⁹⁷	
Colocar rodetes o almohadillas blandas en zonas de presión manteniendo alineación corporal correcta	La inmovilización provoca alteraciones en la circulación que facilitan la aparición de Trombosis venosas, tromboflebitis, y embolias pulmonares, así como aparición de úlceras por presión cuya profundidad puede	

¹⁹⁵ GUYTON, Arthur C/MAY, Jhon E, TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA, Décima Edición, Mc Graw Hill Interamericana, México, D.F, 2001

¹⁹⁶http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/hip_intrac_3.htm

¹⁹⁷<https://educacionfisicaplus.wordpress.com/2013/06/10/postura-corporal/>

Colocar en una posición que evite tensiones en la herida	variar desde una erosión superficial en la piel hasta una afectación más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso. ¹⁹⁸
Valoración de Braden cada 8 horas	Se debe evitar la presión sobre la herida para evitar disminución en la circulación pudiendo aparecer necrosis en los tejidos. ¹⁹⁹ La escala de Braden para predecir úlceras por presión de Riesgos, es una herramienta que fue desarrollada en 1987 por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom. El objetivo de la escala es ayudar a los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, evaluar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión de un paciente. Se valoran seis criterios: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción ²⁰⁰ .

EVALUACION: Cristian se mantiene con movilidad limitada y con Braden de 9

DORMIR Y DESCANSAR

DIAGNOSTICO: Riesgo de alteración de la necesidad de dormir y descansar relacionado con interrupciones y factores ambientales.

OBJETIVO: Que Cristian presente periodos de sueño profundo y tenga tiempos de descanso de estímulos externos.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	5	Escala de dolor, sueño
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Fomentar periodos de descanso /sueño adecuado a su edad	El patrón nocturno de los lactantes se desarrolla hacia los 3-4 meses, duermen 8-10 horas nocturnas y varias siestas. Hasta un año el promedio diario es de 14 horas. ²⁰¹	
No realizar cuidados de enfermería y procedimientos durante su periodo de descanso	La falta de descanso para estos pacientes tiene repercusiones negativas que retrasan y entorpecen la recuperación, por lo que se debe jerarquizar los cuidados y dar un periodo de descanso. ²⁰²	
Valorar el dolor utilizando una escala de dolor	Las escalas deben ser entendidas por los pacientes, idóneas para el dolor, aplicables, que no precisen entrenamiento	

¹⁹⁸ <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

Disposition&blobheadervalue1=filename%3D26_ENFERMO+ENCAM_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096257&ssbinary=true

¹⁹⁹ http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/guia_heridas.htm

²⁰⁰ http://docsetools.com/articulos-para-saber-mas/article_43132.html

²⁰¹ Stora F. *Dormir bien es vivir mejor*. Barcelona: Salvat Editores;1990

²⁰² Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, De Hara Marín S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2005;16:15-22

caritas (ANEXO 3)	para que el paciente las utilice, con amplio rango de puntuación y sensibilidad para valorar las variaciones analgésicas y además, deben ser válidas y fiables. ²⁰³
Administración de analgesia	El dolor también es uno de los factores que influye en el descanso del paciente. ²⁰⁴
Dorixina 55mg cada 8 horas	Es un analgésico antiinflamatorio no esteroide, con acción analgésica predominante, derivado del ácido antranílico. Inhibe la enzima ciclooxigenasa, responsable de la síntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas PGE y PGF 2, son responsables directas de la estimulación de los neuroreceptores del dolor; al bloquear su producción, evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa, intensidad y localización. ²⁰⁵
Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)	En estas unidades se sabe que la conciliación y el mantenimiento del sueño es difícil. Por ello, el personal de enfermería ha de conocer cuáles son los principales factores que alteran esta necesidad, para poder actuar sobre ellos en la medida de lo posible y favorecer el adecuado bienestar de los pacientes. ²⁰⁶
Minimizar los estímulos ambientales	Presencia de estímulos (luces brillantes, ruidos) provoca vaso dilatación de los vasos cerebrales y por consiguiente un aumento de la Presión Intracraneal. ²⁰⁷
EVALUACION: Cristian se mantiene sedado y relajado, solo llega a hacer leves movimientos en los procedimientos dolorosos	

COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

DIAGNOSTICO: Riesgo de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones relacionado con sedación y relajación.

OBJETIVO: Que se mantenga con Cristian la relación de enfermera-paciente por medio verbal y tacto.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Signos de estrés (ANEXO 3)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Mantener con el paciente la comunicación de los procedimientos a realizar, las instrucciones	La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas, incluyendo el tacto que ayuda a la seguridad del paciente. ²⁰⁸	

²⁰³ es.slideshare.net/.../valoracin-del-dolor-del-paciente-hospitalizado

²⁰⁴ Granger BB. Beneficios de la investigación en enfermería respecto a la atención de los pacientes. Nursing. 2004; 22:21-3.

²⁰⁵ http://www.farmaciazamora.com.mx/plm/productos/dorixina_comprimidos.htm

²⁰⁶ Kennedy K. Dormir bien toda la noche. Nursing. 2005;23:44

²⁰⁷ Leech P, Miller JD. Intracranial volume-pressure relationships during experimental braincompression in primates

²⁰⁸ Noreña PAL, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal 2010; 1 (2): 113-129.

deberán ser repetidas suave y sucintamente, incluyendo el tacto.	<p>Los síntomas psicológicos de ansiedad incluyen: taquicardia, hipertensión, taquipnea yaumento del consumo de oxígeno. Esto puede acelerar el deterioro hemodinámico yrespiratorio. La agitación produce un estado hípermetabólico a nivel muscular lo quecontribuye al desarrollo de acidosis metabólica, y a su vez en deterioro de las funcionesorgánicas.²⁰⁹</p> <p>Los pacientes al estar sedados, relajados, aislados y al no poderse comunicar, son dependientes totalmente del equipo de salud, en especial del personal de enfermería y de la máquina que da soporte a sus funciones cardíacas y respiratorias.²¹⁰</p> <p>El uso de la voz, mirada, gesticulación, contacto físico, manejo de la distancia y posición del vínculo, contribuye a la calidad del cuidado.²¹¹</p> <p>El paciente tiene la capacidad de reaccionar o cambiar estructuralmente a las perturbaciones del medio ambiente.²¹²</p>
Detectar signos de estrés que presente el paciente	
Identificar signos de expresión que el paciente manifieste	
Fomentar la comunicación con un cuidado cálido y de calidad	
Evitar hacer comentarios negativos sobre el estado de salud del paciente frente o cerca de el	
EVALUACION: Se mantiene la comunicación con Cristian llamándolo por su nombre, explicando lo que se le va a realizar y se le toca suavemente, no presenta signos de estrés.	

DIAGNOSTICO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionado con herida operatoria, procedimientos y vías invasivas manifestado por facies de dolor y taquicardia de 140 por minuto.

OBJETIVO: Que Cristian no presente dolor durante su estancia en el hospital.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Alteración de las constantes vitales, escala de dolor (ANEXO 3)
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Vigilar que la infusión de sedación y relajación sea la dosis, vía y goteo correcto	Siempre debe incluir una correcta analgesia y sedación con el objetivo de controlar o disminuir la respuesta metabólica al estrés (taquicardia, hipertensión, etc.), mantener una óptima adaptación a la ventilación mecánica,	

²⁰⁹Sociedad Argentina de Terapia Intensiva .Capítulo de Enfermería Crítica.Protocolos y Guías de Práctica Clínica

²¹⁰Ibarra-Fernández FA. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. España: 2006. [acceso en mayo 2011].

²¹¹OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Carga Mundial de discapacidad y daño producido por la atención insegura. Ginebra, OMS 2008 [acceso en Julio 2012].

²¹²Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud (2007-12). México: [acceso en mayo 2012].

<p>Midazolam 2.5ml solución fisiológica al 0.9% 9.5ml infusión de 2ml por hora, vecuronio 3ml solución fisiológica al 0.9% 9ml infusión de 2ml por hora</p> <p>Monitorizar y registrar los signos vitales</p> <p>Administración de medicamentos: Seguir los cinco principios de la administración de la medicación</p> <p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente</p> <p>Ministrar lidocaína 5mg IV 15 minutos previo a aspiración endotraqueal</p> <p>Administración de bupremorfina en infusión 50mcg solución fisiológica 48ml infusión de 3ml por hora.</p> <p>Realizar valoración de la escala del dolor.(ANEXO 3)</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya a la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes</p>	<p>disminuir el dolor, la ansiedad y la agitación.²¹³</p> <p>Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.²¹⁴</p> <p>Los cinco correctos para la administración de medicamentos, le permiten al personal enfermero seguir precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error.²¹⁵ (ANEXO 14)</p> <p>El efecto secundario hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo.²¹⁶</p> <p>La lidocaína bloquea el reflejo traqueal que condiciona el aumento de la presión intracraneana y agravamiento de la lesión neurológica.²¹⁷</p> <p>La bupremorfina ha demostrado ser eficaz y segura en muchos modelos de dolor postoperatorio. Su versatilidad de administración, sus efectos secundarios manejables y su posibilidad de ser combinada con otros analgésicos hacen que la bupremorfina sea exitosa en el manejo del dolor perioperatorio.</p> <p>Las escalas deben ser entendidas por los pacientes, idóneos para el dolor, aplicables, que no precisen entrenamiento para que el paciente las utilice, con amplio rango de puntuación y sensibilidad para valorar las variaciones analgésicas y además, deben ser válidas y fiables.²¹⁸</p> <p>El dolor no aliviado puede incrementar la actividad simpática, aumentar el miedo y la ansiedad y también aumentar la respiración superficial o entrecortada. Estos síntomas pueden desencadenar hipertensión o taquicardia, falta de sueño y/o sensación de desamparo, atelectasia, hipercarbia, algunos de los cuales pueden derivar en condiciones clínicas de mayor riesgo de vida, como la isquemia miocárdica, infección, neumonía y dificultad en la rehabilitación.²¹⁹</p>
---	---

²¹³Net Castel A, Marruecos-Sant L. Traumatismo craneoencefálico grave. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica; 1996.

²¹⁴<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

²¹⁵<http://generacionenfermeria.blogspot.mx/2009/09/los-cinco-correctos-en-enfermeria.html>

²¹⁶<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/acne/articulos-relacionados/efectos-secundarios-y-contraindicaciones-de-los-medicamentos.html>

²¹⁷Asai T., Shingu K. (2004) Time-Related cuff pressures of the laryngeal tube with and without the use of nitrous oxide. Anesth Analg. 2004 Jun; 98 (6): 1803-6

²¹⁸es.slideshare.net/.../valoracin-del-dolor-del-paciente-hospitalizado

²¹⁹https://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_painmanagement.pdf

<p>Administrar tratamiento analgésico prescrito:</p> <p>Dorixina 55mg cada 8 horas</p> <p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)</p>	<p>El dolor es uno de los eventos más temidos por los pacientes después de una cirugía, y en la actualidad el manejo del dolor es óptimo. La falta de control del dolor agudo postoperatorio puede tener una serie de consecuencias que afectan a los aspectos físicos y emocionales de los pacientes.²²⁰</p> <p>Es un analgésico no narcótico, derivado del ácido antranílico. Inhibe la enzima prostaglandinsintetasa, responsable de la síntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas PGE y PGF₂, son responsables directas de la estimulación de los neuroreceptores del dolor; al bloquear su producción, evita la captación de la sensibilidad dolorosa, independientemente de la causa, intensidad y localización.²²¹</p> <p>El bienestar de un paciente es fundamental, la comodidad, la seguridad, el sueño y el descanso son esenciales para la recuperación y la salud de las personas.²²²</p>
<p>EVALUACION: Cristian se mantiene sedado y relajado, con bupremorfina en infusión y Dorixina con horario, se aumenta el goteo de sedación a 2.5ml media hora antes de cada aspiración de secreciones, disminuyendo la reactividad de Cristian al someterse al procedimiento.</p>	

DIAGNOSTICO: Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio de salud de un miembro de la familia manifestado por angustia, preocupación y llanto en los padres

OBJETIVO: Que la familia evidencie tranquilidad y disminución de angustia.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Angustia, preocupación, llanto y falta de comprensión a la información
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Escuchar a los miembros de la familia Determinar la comprensión familiar de la dolencia	La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas, y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo. ²²³	
Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación	Cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes y familiares, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, en un ambiente tranquilo, cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera. ²²⁴	

²²⁰ Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, et al. The faces pain scale—revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001;93(2):173-183

²²¹ <http://www.medicamentos.com.mx/DocHTM/29567.htm>

²²² <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/cuidados-al-pte-con-dolor>

²²³ González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Rev Aquichan Universidad de La Sabana Chia, Colombia*. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.

<p>Acordar la realización de los cuidados al paciente por parte de los miembros de la familia</p> <p>Brindar educación sobre los procedimientos que requiere el paciente por su estado de salud, explicar la importancia del uso de monitores, tubo, catéteres y drenajes</p> <p>Ayudar a los padres a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal</p> <p>Ayudar a la familia a que vea al paciente primero como un niño en lugar de como una persona enferma</p> <p>Animar a los padres en la participación del cuidado del paciente</p> <p>Proporcionar información clara a la familia acerca del estado del paciente y tratamiento de enfermería dentro de la medida de lo posible</p> <p>Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el paciente</p> <p>Modelar y fomentar la relación parental con el</p>	<p>Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite a la familia conocer el estado de salud y estar actualizado respecto a la enfermedad.²²⁵</p> <p>La actitud del profesional enfermero se ha caracterizado por no dar ninguna información al enfermo sobre lo que se le realiza, y le ha restado importancia a su situación de enfermedad con el propósito de evitarle sufrimiento, pero dejando al enfermo sin poder decidir, por desconocimiento de la realidad sobre temas que atañen a su salud.²²⁶</p> <p>Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidado intensivo.²²⁷</p> <p>No deben romper el vínculo de hijo-padres, el niño aunque se encuentre enfermo, sigue teniendo las características de un niño, y se debe tratar de la misma forma.²²⁸</p> <p>La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita.²²⁹</p> <p>Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo o cuidador primario, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo²³⁰; así mismo, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones.²³⁰</p> <p>Existen diversas formas de comunicarse: expresión verbal, no verbal, visual, gestos y expresiones, así como postura y posición.²³¹</p> <p>La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia.</p>
---	---

²²⁴ Camarena RE, Hernández TF, Fajardo DG. La comunicación humana y su relación con la queja médica. Revista CONAMED 2011; 16 (3): 141-147.

²²⁵ Función de la enfermería en la comunicación con el paciente. Proyecto de Investigación. Universidad de Vigo. Noviembre, 2008. Disponible en: <https://> [Consultado el 5 de septiembre de 2012]

²²⁶ Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. OMS 2004. Disponible en: <http://www.metas:inernacionales.sp.gob.mx.pdf> [Consultada el 30 de septiembre de 2012]

²²⁷ Martínez G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enferm Intensiva*. 2002; 13(3):113-24.

²²⁸ Asiain Erro MC. Las unidades de cuidados intensivos: manual de enfermería en cuidados intensivos médico-quirúrgicos. s. l.: Instituto Monsa de Ediciones; 2008.

²²⁹ Torrents R, Torres EO, Saucedo MJ, Surroca L, Sancho CJ. Impacto de los familiares del paciente crítico: ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003; 14(2):49-60.

²³⁰ Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001. Disponible en: <https://www.ssa.gob.mx/código /enfermería>. México_pdf [Consultado el 30 de mayo de 2012]

²³¹ López EM, Vargás LR. La comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (2): 93-102.

<p>paciente</p> <p>Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente</p> <p>Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia</p> <p>Pedir intervención del servicio de psicología para apoyo a los familiares</p> <p>Acompañe al paciente y familia permitiendo que exprese todas sus angustias y temores brindando apoyo emocional.</p> <p>Identificar en qué etapa de duelo se encuentra la familia y brindar apoyo</p> <p>Pedir apoyo al padre para que traduzca toda la información e indicaciones a la madre en su dialecto</p>	<p>Las necesidades de las personas críticamente enfermas varían de acuerdo con su condición de salud; los pacientes críticos requieren cuidados especializados que faciliten su proceso de comunicación y que eviten las complicaciones de una hospitalización prolongada, por lo que se debe evaluar al familiar que va a ser responsable del cuidado del paciente.²³²</p> <p>Se debe explicar a los familiares con lenguaje que ellos comprendan y entiendan, también se debe realizar una retroalimentación para asegurarnos que han comprendido la información.²³³</p> <p>Cuando detectamos sentimientos o emociones que sobrepasan el tiempo y los síntomas es necesario pedir ayuda de otros profesionales para su abordaje.²³⁴</p> <p>El profesional de enfermería debe brindar apoyo a la familia en situaciones de afrontamiento, desesperanza, impotencia, déficit de conocimientos.²³⁵</p> <p>Las 5 etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación es el recorrido que se transita para sanar la pérdida de un ser querido, de una parte de su cuerpo, o de un evento que desequilibre su situación. Las personas no atravesarán por ellas en un orden prescrito sino que se trata de un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente comprenderemos que es posible convivir con esta pérdida y continuar en una realidad en la que este ya no estará.²³⁶</p> <p>Procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia.²³⁷</p>
---	---

EVALUACION: Los padres de Cristian se mantienen receptivos a la información, con dificultad en la comprensión del estado de salud de su hijo, participan de forma voluntaria y se mantienen en la etapa de negación.

²³² Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. Nursing. 2008; 26(9):60-3.

²³³ Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Enferm. Intensiva. 2007; 18(3):106-14.

²³⁴ Ibarrondo B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2012; 23(4):179-88.

²³⁵ Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2004; 1:18-25.

²³⁶ <http://manejodelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/>

²³⁷ <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

RENDIR CULTO SEGUN SUS PROPIAS CREENCIAS

DIAGNOSTICO: Alteración en la necesidad de rendir culto según sus propias creencias relacionado con sacudimiento manifestado por hematoma subdural.

OBJETIVO: Que Cristian y su familia practiquen sus creencias sin provocar daños a su salud.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Conflicto entre las creencias y los tratamientos de salud
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Respetar sus creencias y valores	Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. ²³⁸	
Ayudar a encontrar un significado a lo que está pasando.	Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología. ²³⁹	
Ayudar a que utilice sus recursos para enfrentarse a la enfermedad.	Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. ²⁴⁰	
Ayudar a que cumpla obligaciones religiosas.	La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse bien, útil y realizado, es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido. Esto hace que el individuo tome decisiones libres que contribuyan a mantener la vida y a enriquecerla. ²⁴¹	
Proporcionar recursos espirituales si lo necesitan	Las acciones de enfermería tienen como objetivo ayudar al usuario a conseguir los objetivos generales de fortaleza espiritual ,serenidad y satisfacción personal ²⁴²	
Informar sobre los medios con los que cuenta el hospital para satisfacer las necesidades	Al averiguar respecto de las necesidades espirituales de los pacientes, se muestra respeto por el paciente y le proporcionan comodidad. Muchos pacientes encuentran consuelo en su fe para enfrentar la situación. ²⁴³	

²³⁸ Kozier B, Erb G, Olivieri R. Espiritualidad y Religión. En : Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos ,procesos y práctica. 4º ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 337 - 349

²³⁹ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.

²⁴⁰ Potter P, Perry A. Salud espiritual. En Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Madrid: Mosby/Doyma;2001.p.603 -620.

²⁴¹ Campo M.A., Espinalt Casajuana M.A. et cols. Proceso de Enfermería. Valoración. Barcelona :Fundación Jordi Gol i Gurina;2000

²⁴² Campo M.A., Fernández C. Proceso de Enfermería. Diagnóstico, planificación evaluación. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina; 2000.

<p>espirituales y procurar que se beneficien de ello en la medida de lo posible.</p> <p>Enseñar a la persona a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa.</p> <p>Respetar las propiedades de los pacientes que tengan un significado religioso y permitirles conservar tales artículos</p> <p>Escuchar sus creencias y valores con respeto</p> <p>Mostrar los riesgos que corren cuando practican sus creencias con métodos no profesionales para la salud de ellos y sus hijos</p>	<p>La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse bien, útil y realizado, es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido. Esto hace que el individuo tome decisiones libres que contribuyan a mantener la vida y a enriquecerla.²⁴⁴</p> <p>La enfermera dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria. Para ello debe conocer los valores y creencias de la persona²⁴⁵</p> <p>Al hablar con las personas sobre este tema, se fomenta la confianza, se otorga tranquilidad y, a la vez, se da la importancia que tiene todo el universo vivencial de la persona.²⁴⁶</p> <p>La Secretaría de Salud de Gobierno del Estado ha emitido un comunicado informativo especialmente indicado a padres y familiares de bebés recién nacidos para que tengan en cuenta todas las precauciones necesarias para cuidar a los niños ya que una mollera caída pone en riesgo la vida del bebé, por lo que hay que tener sumo cuidado a la hora de manejarlos evitando cualquier tipo de golpes o problemas en esa zona.²⁴⁷</p>
<p>EVALUACION: Los padres de Cristian son católicos y acuden a la capilla que se encuentra dentro del hospital, la mama refiere que Cristian tiene mal de ojo.</p>	

ESCOGER ROPA ADECUADA; VESTIRSE Y DESVESTIRSE

DIAGNOSTICO: Alteración en la necesidad de escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse relacionado con hospitalización manifestado por usar solo pañal y calcetines.

OBJETIVO: Mantener a Cristian limpio y seco.

²⁴³http://ag.org/enrichmentjournal_sp/201203/201203_126_treating_whole_person.cfm

²⁴⁴<http://es.scribd.com/doc/232963829/Necesidad-de-Actuar-Segun-Creencias-y-Valores#scribd>

²⁴⁵Kozier B, Erb G, Olivieri R. Espiritualidad y Religión. En: Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 4º ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 337 – 349

²⁴⁶Potter P, Perry A. Salud espiritual. En Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Madrid: Mosby/Doyma;2001.p.603 -620.

²⁴⁷<http://pequelia.es/82959/la-mollera-caida-representa-un-riesgo-para-la-vida-del-bebe/>

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Temperatura
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Colocarle al paciente sus calcetines después de la higiene personal	En el caso que el usuario este ingresado en un hospital, este tiene que suministrarle prendas de ropa adecuada si el paciente carece de las mismas, siempre que se pueda y que el paciente quiera se debe procurar que lleve su propia ropa. ²⁴⁸	
Cambiar el pañal y mantenerlo limpio	Se debe cuidar la integridad del área perianal evitando la dermatitis por pañal. ²⁴⁹	
Proporcionar asistencia hasta que el paciente o el cuidador primario tenga la oportunidad de realizarlo	La ropa necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima. La elección de la ropa resulta particularmente afectada por el estado general del paciente, ya sea que se encuentre confinado en cama o sea ambulatorio. ²⁵⁰	
Mantener la ropa de la cuna limpias, seca y libre de arrugas	Se evita la diseminación de microorganismos, la humedad y el riesgo de úlceras por bordes en las sábanas. ²⁵¹	
EVALUACION: Se mantiene a Cristian solo con pañal y calcetines por los diferentes dispositivos invasivos y para vigilar el patrón respiratorio.		

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DIAGNOSTICO: Riesgo en la necesidad de jugar y participar en actividades recreativas relacionado con estado de salud grave.

OBJETIVO: Que Cristian tenga estimulación sensorial pasiva.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza	6	Alteración de las constantes vitales
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Hablarle de forma tranquila y en voz baja, manteniendo el contacto físico de manera suave, y evitando que cause sobresalto, cada vez que lo permita el estado de salud del paciente.	La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas, incluyendo el tacto que ayuda a la seguridad del paciente. ²⁵²	

²⁴⁸Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.1993

²⁴⁹Kim MJ; McFarland G;McLane A. Diagnóstico en Enfermería y plan de cuidados. Madrid: Mosby. 1994

²⁵⁰Henderson V., Nite G. Enfermería teórica y práctica. Cuidados básicos de enfermería Volumen 2. México: D.F. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A. 1988.

²⁵¹<http://es.slideshare.net/IsabelLopezRamirez/tendidos-de-cama-32426838>

²⁵²González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Rev Aquichan Universidad de La Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.

Estimular el área sensorial con música relajante en tono bajo en los momentos de descanso	El desarrollo cerebral del niño depende, en gran medida de la cantidad y calidad de los estímulos que recibe del ambiente que lo rodea y de la dedicación de las personas que lo cuidan. Por tanto, la riqueza de estímulos en intensidad, frecuencia y duración adecuada producirá un buen desarrollo del cerebro, logrando de esta forma un desarrollo armónico tanto de sí mismo como con el contexto que lo rodea. ²⁵³
EVALUACION: Cristian se mantiene tranquilo con los estímulos pasivos.	

APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS MEDIOS SANITARIOS EXISTENTES

DIAGNOSTICO: Falta de conocimiento y comprensión de los padres relacionado con estado de salud de su hijo manifestado por preguntar lo mismo en varias ocasiones y etapa de duelo de negación.

OBJETIVO: Que los padres de Cristian tengan una percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.

FUENTE DE DIFICULTAD	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE EVALUACION
Falta de fuerza y conocimiento	6	Dificultad para organizar la información, etapa de duelo
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	
Proporcionar información clara a la familia acerca del estado del paciente y tratamiento de enfermería dentro de la medida de lo posible y las veces necesarias	Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo o cuidador primario, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo ²⁵⁴ ; así mismo, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. ²⁵⁴	
Proporcionar material (dibujos) para explicar de forma más sencilla la información	El material didáctico facilita el aprendizaje y comprensión de los conceptos. ²⁵⁵	
Evaluar la capacidad de los padres para tomar decisiones	La toma de decisiones es la elección de un camino a seguir, por lo que en un estado anterior deben evaluarse alternativas de acción. Para tomar una decisión, cualquiera que sea su naturaleza, es necesario conocer, comprender, analizar un problema, para así poder darle solución. ²⁵⁶	
Ayudar a los padres a identificar sistemas de apoyo disponibles	Se debe brindar un modelo de intervención multidimensional centrado en la singularidad de las familias y en sus necesidades, en los apoyos disponibles en su entorno natural, en el desarrollo de las competencias y de la resiliencia	

²⁵³ <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/estimulacion-sensorial-a-traves-de-la-actividades-de-la-vida-diaria/>

²⁵⁴ Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001. Disponible en: <https://www.ssa.gob.mx/código/enfermería>. México_pdf [Consultado el 30 de mayo de 2012]

²⁵⁵ <http://www.tomatis.8k.com/armonia.htm>

²⁵⁶ TEORÍA DE LA DECISIÓN: Decisión con Incertidumbre, Decisión Multicriterio y Teoría de Juegos. Begoña Vitoriano (Julio 2007): www.mat.ucm.es/~bvitoria/Archivos/a_dt_UCM.pdf

<p>Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente</p> <p>Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia</p>	<p>y en la organización de servicios centrados en el usuario y coordinados con todos los servicios que ofrece la comunidad.²⁵⁷</p> <p>La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita.²⁵⁸</p> <p>Se debe explicar a los familiares con lenguaje que ellos comprendan y entiendan, también se debe realizar una retroalimentación para asegurarnos que han comprendido la información.²⁵⁹</p>
<p>EVALUACION: Los padres de Cristian buscan información con el personal de salud y toman decisiones respecto al tratamiento de su hijo.</p>	

²⁵⁷ Fiorentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Suma Psicológica 2008; 15: 95-114.

²⁵⁸ Torrents R, Torres EO, Saucedo MJ, Surroca L, Sancho CJ. Impacto de los familiares del paciente crítico: ante una acogida protocolizada. Enferm Intensiva. 2003; 14(2):49-60.

²⁵⁹ Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Enferm. Intensiva. 2007; 18(3):106-14.

EVOLUCIÓN.

25 DE NOVIEMBRE DEL 2005

Lactante sedado y relajado con sistema de drenaje cerrado subdural (drenovac) drenando escasa sangre fresca, edema en cuero cabelludo +++, pupilas isocóricas e hiporreflexicas, cánula oro traqueal no. 4 fijada en el no. 11, con apoyo de ventilador de presión con frecuencia respiratoria de 18, Pi19 Peep 2, relación 1:3.1 y Fi O2 del 40% con presencia de abundantes secreciones blancas espesas por tubo endotraqueal y secreciones hialinas líquidas por boca y nariz. Sonda oro gástrica número 12 drenando líquido biliar.

Campos pulmonares con presencia de estertores gruesos, focos aórticos sin alteraciones. Genitales con edema+, sonda urinaria permeable.

Hipotermia, 35 grados centígrados, aumento de CO2 a 38.

27 DE NOVIEMBRE DEL 2015

Lactante con disminución en dosis de sedación y relajación, con respuesta a estímulos externos, manifestando llanto sin sonido y presencia de lágrimas, se retira catéter intra ventricular para medición de presión intra craneana, se retira sistema de drenaje cerrado subdural al tener poco gasto, herida quirúrgica afrontada con sutura de aproximadamente 5cm limpia, presenta zona de presión en zona occipital, cánula oro traqueal no. 4 fijada en el no. 11, con apoyo de ventilador de presión con frecuencia respiratoria de 14, Pi12, Peep 2, relación 1:2.1 y Fi O2 del 40% con presencia de abundantes secreciones blancas espesas por tubo endotraqueal y secreciones hialinas líquidas por boca y nariz. Se retira sonda oro gástrica y se inserta sonda transpilórica número 14 para iniciar fórmula.

Se retira corrección de sodio.

30 DE NOVIEMBRE DEL 2015

Se retira sedación y relajación, Cristian se encuentra sin apoyo de ventilador, con casco cefálico al 100%, campos pulmonares ventilados, a la auscultación estertores gruesos bilaterales, se aspiran secreciones blancas abundantes, con alimentación en forma parenteral formula de inicio al 12% infusión de 5ml por hora, abdomen blando depresible, con peristalsis presente, uresis espontanea, evacuaciones liquidas verdes escasas. Se retira arterioclisis.

Cristian se nota indiferente al medio, con llanto recurrente, de tono alto irritable, se retira infusión de bupremorfina y se deja 90mcg cada 8 horas. Extremidades de hemicuerpo izquierdo con espasticidad, con ROTS +

Se coloca parche hidrocoloide en zona occipital por presencia de escaras.

La evolución del paciente ha sido favorable en lo que se refiere a lo sistémico y hemodinámico, referente a lo neurológico y motriz el pronóstico es reservado.

3 DE DICIEMBRE DEL 2005

Cristian se mantiene con casco cefálico al 60% e inicia formula mediante succión, se aspiran escasas secreciones hialinas, uresis espontanea, se retira acceso venoso central y se canaliza acceso venoso periférico en miembro torácico derecho con soluciones glucosada al 5% para vena permeable, 4 ml por hora.

Ingresa al servicio de infectología 3 a la cama 476 por infección por enterobacter Gram negativo.

EGRESO DE URGENCIAS

Se traslada al servicio de infectología 3 a la cama 476 por infección de enterobacter Gram negativo.

Consciente hipoactivo con indiferencia al medio, Glasgow de 10, oxigeno indirecto 3 litros por minuto, hemiparesia izquierda (posición de rana y pobreza de movimiento), retracción muscular al dolor, piel marmórea, herida quirúrgica izquierda parietal con sutura en proceso de cicatrización limpia, fontanelas planas, presenta dos escaras en zona occipital en proceso de cicatrización.

Se mantiene la mayor parte del día dormido, presencia de hemorragia retiniana bilateral, fija la mirada al lado izquierdo, sin seguimiento de objetos, pupilas con respuesta al reflejo de luz, se instala sonda transpilórica número 14 por baja ingesta y succión débil, iniciando fórmula al 12% con infusión de 35ml por hora.

Vocaliza por medio de llanto, en tono alto irritable.

Sin sostén cefálico, campos pulmonares ventilados, abdomen blando depresible, micción espontánea. Evaluación de dolor 4.

EGRESO A DOMICILIO

El día 12 de diciembre es egresado del hospital con daño neurológico severo.

VII PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

Acciones de cuidados específicos.

Llevar a cabo los ejercicios de estimulación temprana y rehabilitación enseñados y practicados (ANEXO 16) con Cristian en el transcurso de su rutina diaria.

Vigilar si presenta crisis convulsivas.

Estimular a Cristian con musicoterapia, luces y objetos.

Cambio de posición cada 2 horas o antes si es posible.

Colocarlo en superficies blandas y secas.

No acudir con personas que no sean profesionales de la salud.

Hábitos higiénicos – dietéticos/ recomendaciones

Lavado de manos antes de preparar los alimentos, del contacto con Cristian y después de cambiar pañales.

Proporcionar la dieta prescrita por el nutriólogo.

Preparar la dieta con higiene e indicaciones prescritas.

Lavarse las manos antes de infundir la dieta.

Vigilar que la dieta sea aplicada correctamente.

Infundir la dieta cada 6 horas.

Baño y cambio de ropa diario.

Corte de uñas cada vez que sea necesario.

Medicamentos

Ácido valproico 5 ml cada 8 horas por sonda de gastrostomía.

Omeprazol 20mg cada 24 horas por sonda de gastrostomía.

Cisaprida 2mg por sonda de gastrostomía 20 minutos antes de la dieta.

Ranitidina 25mg cada 8 horas por sonda de gastrostomía.

Signos y síntomas de riesgo

Temperatura mayor de 37.5 grados centígrados

Diarrea

Vomito

Crisis convulsivas

Que no se mueva Cristian

Fuga en la sonda de gastrostomía

Dificultad respiratoria

Si presenta algún signo/síntoma de los ya mencionados acudir inmediatamente al servicio de urgencias del hospital más cercano de su domicilio.

Citas médicas

Acudir a sus citas médicas puntualmente.

VIII CONCLUSIONES

Desde nuestros ancestros se practicaba la medicina que en su momento soluciono problemas de salud que presentaba la población, esta forma empírica de practica medica fue enseñada de padres a hijos, que en la actualidad sigue siendo practicada por personajes como brujos, shamanes y curanderas.

Las costumbres y creencias que conservan muchos de nuestros pobladores fueron transmitidas por generaciones, las desarrollan y viven con ellas, al igual que las transmiten a sus siguientes generaciones. Dentro de estas prácticas se hacia la curación de caída de mollera donde la curandera realizaba procedimientos que en la actualidad muestran riesgos para la vida a quien se les práctica. Dentro de esta práctica se realiza sacudimiento al lactante lo cual muestra consecuencias graves para la salud.

Cristian es el paciente al cual fue sometido a la práctica de una curandera para curarlo de caída de mollera, lo cual le provoca un hematoma subdural y crisis convulsivas; y lo dirige a una unidad de cuidados intensivos con gravedad en su estado de salud, teniendo como consecuencia un daño cerebral severo.

El realizar el presente estudio de caso me mostro que existen muchos factores de riesgo en la etapa de desarrollo del lactante, aunado a las costumbres y creencias de los padres que dentro de su ignorancia no imaginaron el daño que podría provocarle a su hijo.

Me dio la oportunidad de conocer diferentes formas de creencias, y el documentarme para entender su forma de vivir y comprender sus costumbres.

El uso de la herramienta metodológica del proceso enfermero y la aplicación de la teoría de Virginia Henderson me facilito el organizar los cuidados especializados para la atención de Cristian.

XIX SUGERENCIAS

Dado el desconocimiento por parte de la población acerca de las consecuencias que puede acarrear el sacudimiento, es de suma importancia la prevención a través de la educación de los padres y cuidadores en cada control de salud del niño. Todo personal de salud que realice atención de salud infantil, deben mantener un alto grado de sospecha, efectuar un examen neurológico completo que incluya el fondo de ojo y conocer el marco legal que rige estas circunstancias, lo que le permitirá detectar este problema y realizar una acción oportuna.

X BIBLIOGRAFIA

- Adela Marco Mercadal et al. Mantenimiento de vías centrales en UCI. Revista Rol Enfermería 2001; 24
- Aguilar, María de Jesús; Barajas, Patricia; García, César; López, Cecilia; Pompa, Amira y Zavaleta, Guillermo (Compiladores). Antología del Módulo de Conocimiento y Método de Atención en la Salud de la Licenciatura en Enfermería. FES Iztacala UNAM. México: 2003.
- Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. 5ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2003.
- Álvaro Pascual et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a catéteres intravasculares. 2004. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Editores: Emilia Cercenaedo y Rafael Cantón
- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics 2001; 108: 206-10.
- Antología —Textos y Modelos de Enfermería”. UNAM-ENEO; México DF 2009
- Appling Stevens, S.; Lent Becker, K.: Valoración Neurológica 2. Nursing. Mayo 1989.
- ARTURO LOREDO ABDALA. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004. 397pp
- Asai T., Shingu K. (2004) Time-Related cuff pressures of the laryngeal tube with and without the use of nitrous oxide. Anesth Analg. 2004 Jun; 98 (6): 1803-6
- AVCA. Manual para proveedores. American Heart Association. 2002
- Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. Lancet 2000; 356: 1571-1572
- Bender DA & AE Bender. Nutrition a reference handbook. 1997. Oxford University Press: Oxford, 1997.
- BERGEL, Salvador Darío "La declaración Universal de la UNESCO SOBRE Genoma Humano y Derechos Humanos" Cátedra UNESCO de Bioética, Universidad Nacional de Buenos Aires
- Bonnier C, Nassogne MC, Saint-Martin C, Mesples B, Kadhim H, Sebire G: Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. Pediatrics 2003; 112: 808-14.
- Burgos Marín E de, Díaz Castellanos MA, Fierro Rosón LJ, Hurtado Ruiz B, Ramos Cuadra JA, Ruiz Bailén M, Serrano Córcoles MC. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. Revista Emergencias. 2000; 12: 106-115.

Caffey J: The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974; 54: 396-403.

Camarena RE, Hernández TF, Fajardo DG. La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Revista CONAMED* 2011; 16 (3): 141-147.

Campo M.A., Espinalt Casajuana M.A. et cols. *Proceso de Enfermería. Valoración*. Barcelona :Fundación Jordi Gol i Gurina;2000

Carpenito. L. *Diagnósticos de Enfermería*. 39ed. Ed. Interamericana, 1990.

Case M, Graham M, Handy T, Jentzen JM, Monteleone JA: National Association of Medical Examiners Ad Hoc Committee on Shaken Baby Syndrome. Position Paper on Fatal Abusive Head Injuries in Infants and Young Children. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22: 112-22.

Charkoudian, N. 2003. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. *Mayo Clinic Proceedings* 78: 603-612. ISSN: 0025-6196.

Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001. Disponible en: https://www.ssa.gob.mx/código/enfermería.México_pdf

Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. ISBN-970-721-023-0 .www.ssa.gob.mx, diciembre.

Colombia. Ley 266 de 1996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.

Cordomí Gotanegra, Alfons. *Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario —Única del Carme*”. Vilafranca del Penedés. 1.996.

Cortés, I., Cortez, C., Crespo, S., Garduño, G., Hernández, A., Martínez, M. A., Ortega, G., Porra, L. M., Sierra, E. y Velasco, B. *Apuntes de la Evolución Histórica del Cuidado en Enfermería*. FES Zaragoza UNAM. México: 2000

Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture Chamber versus lubrication for the prevention corneal epithelial breakdown. *Am J Critical Care*. 1995; 4(6):425-8.

David C. Dugdale, III, MD, Professor of Medicine, Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/apsemiologia/39_abdomen.html

Definición.com.mx/bioética.html

Diaz A, Ortiz MA, Granadino R. Instauración, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. *Metas de Enferm* 2002;05(42):26-30

Duhaime A, Christian C, Rorke L, Zimmerman RA: Nonaccidental head injury in infants—the "shaken-baby syndrome". *N Engl J Med* 1998; 338: 1822-9.

es.slideshare.net/.../valoracin-del-dolor-del-paciente-hospitalizado

https://www.ils.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_painmanagement.pdf

es.slideshare.net/vanessasalazarvaldovinos/diagnosticos-de-gabinete
 Es.thefreedictionary.com/ética

Fedman KW, Weinberger E, Milstein JM, Fligner CL. Cervical spineMRI in abused infants. Child Abuse Negl 1997;21:199-205

Fiorentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Suma Psicológica 2008; 15: 95-114.

Función de la enfermería en la comunicación con el paciente. Proyecto de Investigación. Universidad de Vigo. Noviembre, 2008. Disponible en: <https://>

Fundación Mapfre. Traumatismo craneoencefálico. Revista Trauma. Julio/Septiembre 2013

García Ávila, B. Y Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave GarcíaM.; Historia de enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero; 2010; El sevier; Coruña España; pp. 33,34.

Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, Nickols CD, Scott IS, Whitwell HL: Neuropathology of inflicted head injury in children II. Microscopic brain injury in infants. Brain 2001; 124: 1299-306.

Gobierno de Chile. MINSAL. Serie – Guías – Clínicas. Manejo y Tratamiento de las heridas y úlceras. Curación y arrastre mecánico. Marzo 2000

González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Rev Aquichan Universidad de La Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.

Granger BB. Beneficios de la investigación en enfermería respecto a la atención de los pacientes. Nursing. 2004; 22:21-3.

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del hematoma subdural.IMSS 179-09

Guía de urgencias pediátricas. Pascue Grossman. Lippincot Company. Ed. Labor

Guidelines for the use parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr.2002; 26:138

GUYTON, Arthur C/MAY, Jhon E, TRATADO DE FISIOLÓGÍA MÉDICA, Décima Edición, Mc Graw Hill Interamericana, México, D.F, 2001

Henderson V., Nite G. Enfermería teórica y práctica. Cuidados básicos de enfermería Volumen 2. México: D.F. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A. 1988.

Henderson, V. (1971). Principios Básicos de los cuidados de Enfermería. Suiza. Ed. 1. Consejo internacional de Enfermeras.

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

Heridas cutáneas. Galvan Casas. Guia Knoll Made

Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, et al. The faces pain scale—revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001;93(2):173-183

Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm. Intensiva*. 2007; 18(3):106-14.

<http://aedv.es/profesionales/actualidad/dermagazine/articulos/humedad-y-sequedad-que-hacen-nuestra-piel>

<http://amiaprendizaje.blogspot.mx/2011/09/venoclisis-cateterismo-periferica.html>

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.\(1\)_07/p7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.(1)_07/p7.html)

<http://definicion.de/pulso/>

http://docsetools.com/articulos-para-saber-mas/article_43132.html

<http://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/7/>

<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantas-vitales>

<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0006%20Hipertension.PDF>

<http://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantas-vitales>

<http://es.scribd.com/doc/167623813/Toma-de-Bililabstix#scribd>

<http://es.scribd.com/doc/232963829/Necesidad-de-Actuar-Segun-Creencias-y-Valores#scribd>

<http://es.slideshare.net/AngDav/guia-practica-clinica-transfusin-de-sangre-y-sus-componentes-37217827>

<http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/cuidados-al-pte-con-dolor>

<http://es.slideshare.net/chanchandro/precauciones-universales-y-lavado-de-manos-1>

<http://es.slideshare.net/IsabelLopezRamirez/tendidos-de-cama-32426838>

<http://es.slideshare.net/tannya91/drenajes-y-cuidados-de-enfermera>

http://es.wikipedia.org/wiki/Equipo_multidisciplinar

<http://es.wikipedia.org/wiki/Laxante>

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/AnalOrina.html>

http://www.hospitalpenna.com.ar/archivos/bajar/INSUFICIENCIA_RENAL_AGU DA.pdf

<http://escuela.med.puc.cl/publ/Aparatorespiratorio/21Gases.html>

<http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/05.html>

<http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/10%C2%BA%20rass%20definitivo%20tenerife.pdf>

<http://generacionenfermeria.blogspot.mx/2009/09/los-cinco-correctos-en-enfermeria.html>

<http://horan.yucatan.gob.mx/wp/codigo-de-bioetica/>

<http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/944/808>

http://sistemadif.jalisco.gob.mx/apps/ceninf/centro_de_informacion/NINO_MALT_RATADO/Sindrome_del_Nino_Zarandeado_AUTORES_JA_BARRIGA_MARIN_RY_RAMOS_GUTIERREZ_A_BARRON_BALDERAS_HOSPITAL_CIVIL_DE_GUADALAJARA.pdf

<http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/944/808>

<http://pequelia.es/82959/la-mollera-caida-representa-un-riesgo-para-la-vida-del-bebe/>

<http://ptbenenfermeria.blogspot.mx/2011/10/aparatos-electromedicos.html>

http://mazinger.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias_quimicas_y_farmaceuticas/steinera/parte10/01.htm

<http://ptbenenfermeria.blogspot.mx/2011/10/aparatos-electromedicos.html>

<http://secpre.org/index.php/extras/2013-02-01-13-09-27/ulceras-por-presion>

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/hip_intrac_3.htm

http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/guia_heridas.htm

<http://www.bioderma.com/es/a-la-escucha-de-tu-piel/la-piel-es-un-organo.html>

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo69/capitulo69.htm>

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Cefalotina.htm

http://www.farmaciazamora.com.mx/plm/productos/dorixina_comprimidos.htm

http://www.ife.org.mx/InternetCDA/BibliotecaVirtual/index_deceyec.jsp

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o006.htm>

<http://www.iqb.es/diccio/h/hemorragia.htm>

<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/136.pdf>

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D26_ENFERMO+ENCAM_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096257&ssbinary=true

<http://www.medicamentos.com.mx/DocHTM/29567.htm>

http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/intro_atlas.html

<http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/estimulacion-sensorial-a-traves-de-la-actividades-de-la-vida-diaria/>

http://www.revistabuenviaje.com/conocemexico/final_ciclo/medicina-maya/medicina-maya.php

<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/acne/articulos-relacionados/efectos-secundarios-y-contraindicaciones-de-los-medicamentos.html>

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200010
<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
http://www.smith-nephew.com/global/assets/pdf/products/wound/woundinfsn_spanish.pdf
<http://www.tomatis.8k.com/armonia.htm>
http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm
<http://www.uv.mx/orizaba/eciaec/justificacion/>
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
<https://educacionfisicaplus.wordpress.com/2013/06/10/postura-corporal/>
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D26_ENFERMO+ENCAM_LowRes.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158626096257&ssbinary=true
 Hubmayr R. (2002). Statement of the 4th International Consensus Conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia – Chicago, Illinois, May 2002. *Intensive Care Medicine* 28: 1521-1536
 Humanium es una ONG internacional de apadrinamiento de niños comprometida a acabar con las violaciones de los Derechos del Niño en el mundo. www.eljardinonline.com.ar/derechosdelosninos.htm
 Ibarra-Fernández FA. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. España: 2006.
 Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México, D.F. Mc Graw hill-Interamericana; 1997.
J Crit Care Med. 2006; 10(1):11-4.
 Jamieson, Elizabeth; Sewall y Suhrie. Historia de la Enfermería. 6ª ed. Edit. Interamericana. México: 1980.
 Johnson D, Boal A, Baule R: Role of apnea in nonaccidental head injury. *PediatrNeurosurg* 1995; 23: 305-10.
 Karandikar S, Coles L, Jayawant S, Kemp AM: The neurodevelopmental outcome in infants who have sustained a subdural haemorrhage from non-accidental injury. *Child Abuse Rev* 2004; 13: 178-87.
 Kennedy K. Dormir bien toda la noche. *Nursing.* 2005;23:44
 Kérovac, D; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; —“Pesamiento Enfermero”, Antología 2a Edición, “Teorías y modelos de Enfermería” UNAM 2009.
 Kim MJ; McFarland G; McLane A. Diagnóstico en Enfermería y plan de cuidados. Madrid: Mosby. 1994
 KING E.M., WIECK L., DYER M.: Técnicas de Enfermería (Manual Ilustrado). 3ª Edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988. Pág. 19-27.

King W, MacKay M, Sirnick A: Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. CMAJ 2003; 168: 155-9.

Kozier B, Erb G, Olivieri R. Espiritualidad y Religión. En : Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos ,procesos y práctica. 4º ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 337 - 349

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R: Child abuse and neglect by parents and other caregivers. En: World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002: 57-86.

Lantz P, Sinal S, Stanton C, Weaver R Jr: Perimacular retinal folds from childhood head trauma. BMJ 2004; 328: 754-6.

Leech P, Miller JD. Intracranial volume-pressure relationships during experimental brain compression in primates

Lic. Amaro Cano M, Lic. Marrero Lemus A, Rev. Cubana Enfermera 1996; 12(1)

Logston Boggs y Wooldridge-King; American Association of Critical Care Nurses.ProcedureManual for Critical Care. Third Edition

Lonergan G, Baker A, Morey M, Boos S: From the archives of the AFIP. Child abuse: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2003; 23: 811-45.

López EM, Vargas LR. La comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 93-102.

Luce J et al (1993) Intensive Respiratory Care. Second Edition, Philadelphia PA, WBSaunders

Luis Rodrigo. M.T.C.F. (1998). DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA. Barcelona, España; Mason, S.A. 37.

M. S. Greenberg, Handbook of Neurosurgery, Thieme, New York, NY, USA, 6th
MarrineerTomey A. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.

Martínez G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. Enferm Intensiva. 2002; 13(3):113-24.

Martínez S, Urío T, Garrón L, Sainz J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000; 23(suplemento 2): 123-128.

MARTINEZ Y MARTINEZ:La salud del niño y el adolescente. Segunda edición. Ed. Salvat México 1989 879-880pp

Masana Ronquillo, J. El Cerebro. Colección Salvat, Temas Clave. 1995.

Maya LC. Traumatismo craneoencefálico severo. En MayaLC, Sáenz A ed. Principios de atención del niño crítico.Colombia: Distribuna; 2003: 115-134.

Méndez Gutiérrez, Alfonso. De la Medicina Tradicional prehispánica a la Medicina Tradicional actual (tesis). México D.F 1999, pp: 72, 77,78.

Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. OMS 2004. Disponible en: <http://www.metas:internacionales.sp.gob.mx.pdf>

Ministerio de Salud y Acción Social Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica: Normas. Octubre 2007.

Mireya Urrea Ayala. Estudio prospectivo de la incidencia de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal. Tesis doctoral. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Metodología de la Investigación Biomédica. Universidad Autónoma de Barcelona

Moore, Tina (2003) Suctioning techniques for the removal of respiratory secretions. *Nursing Standard*. 18, 9, 47-53.

Morano J: Síndrome del niño maltratado (abuso y negligencia). En su: Tratado de pediatría. Buenos Aires, Editorial Atlante, 1997: 1319-24.

Moreno Pérez, O., Meoro Aviles, A., Martínez, A. et al. Factores pronósticos de morbimortalidad en nutrición hospitalaria: Estudio prospectivo. *Nutrición Hospitalaria*. 2005; 20 (3) ,210-216.

Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, De Hara Marín S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2005;16:15-22

Net Castel A, Marruecos-Sant L. Traumatismo craneoencefálico grave. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica; 1996

Noreña PAL, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal* 2010; 1 (2): 113-129.

OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Carga Mundial de discapacidad y daño producido por la atención insegura. Ginebra, OMS 2008

P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw Hill. 1997. p.11.

Paschoal MAV. Manual de Oftalmología. Rio de Janeiro:Cultura Médica; 2008. 356 p.

Sivasankar S, Jasper S, Simon S, Jacob P, John G, Raju R. Eye Care in ICU. *Indian*

Pérez A, Schnitzler E. Traumatismocraneoencefálicosevero. En: Iñón AE. Trauma en Pediatría. Buenos Aires: Mc Graw Hill; 2001: 369-374.

Pinzón-de Salazar L. El derecho a la información en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas; 1997.

Plum F., Posner J.The Diagnosis of Stupor and Coma.Oxford University Press.Oxford. 2000

Potter P, Perry A. Salud espiritual. En Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Madrid: Mosby/Doyma;2001.p.603 -620.

Prevención y control de las bacteriemias asociadas al uso de catéteres venosos centrales. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. *Medicina Intensiva*. 2009; 33:16-30.

Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Medicina Intensiva. 2009;33:16-30

Protocolos y guías de práctica clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Capítulo de enfermería Crítica

Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP: Infant crying and abuse. Lancet 2004; 364: 1340-2.

Renier D. Le bébésecoué. París. Ed. Karthala. 2.000

Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.

Rosales S, Reyes E. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. México DF: Manual Moderno; 2004.

Rufo-Campos M, López-Barrio AM, Gómez de Terreros I. Síndrome de West secundario a síndrome del niño sacudido. VoxPaediátrica1993; 1(2):169-171.

Sahuquillo J, Poca MA, Pedraza S, Munar X. Actualizaciones en la fisiopatología y monitorización de los traumatismos craneoencefálicos graves, Revista Neurocirugía. 1997; 8: 260-283.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud (2007-12). México: [acceso en mayo 2012].

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva .Capítulo de Enfermería Crítica.Protocolos y Guías de Práctica Clínica

Stora F. Dormir bien es vivir mejor. Barcelona: Salvat Editores;1990

TEORÍA DE LA DECISIÓN: Decisión con Incertidumbre, Decisión Multicriterio y Teoría de Juegos. Begoña Vitoriano (Julio 2007): www.mat.ucm.es/~bvitoria/Archivos/a_dt_UCM.pdf

Tobin M (1998). Principles and Practice of intensive Care Monitoring.McGraw Hill, Inc1998.Chapter 34 pag 667-682

Torrents R, Torres EO, Saucedo MJ, Surroca L, Sancho CJ. Impacto de los familiares del paciente crítico: ante una acogida protocolizada. Enferm Intensiva. 2003; 14(2):49-60.

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)

www.fundamentosventilacionmecanica.com

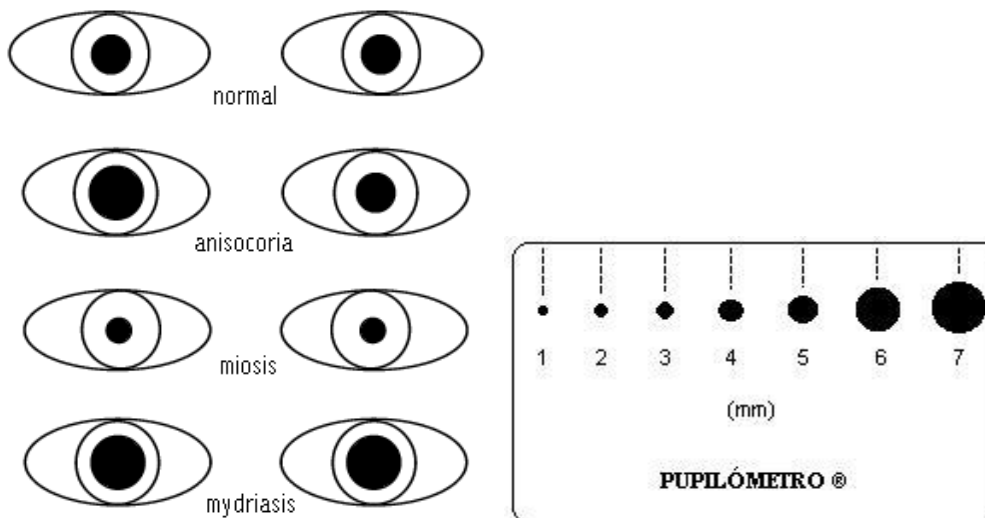
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=198&id_seccion=3535&id_ejemplar=6356&id_articulo=63318

www.um.es/eglobal/

XIANEXOS

ANEXO 1

TAMAÑO	SIMETRÍA	RESPUESTA
Mióticas < 2mm	Anisocóricas: desiguales	Reactivas lentas
Medias entre 2-5mm	Isocóricas: iguales	Reactivas: contracción
Midriáticas > 5mm	Discóricas: Forma irregular	Arreactivas: No reaccionan



Fuente: Escuela de Enfermería Universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://enfermeriaug.blogspot.com.es/2010/05/emergencia-situaciones-de-extrema.html>

ANEXO 2

Figura 3. Escalas de Tanner en niños.



<http://www.pap.es/files/1117-247-fichero/2.%20figura%203.jpg>

ANEXO 3

TABLA 1.- Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

ANEXO 4



Figura 8: Escala de Braden						
	Percepción sensorial. Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Exposición a la humedad. Nivel de exposición de la piel a la humedad.	Actividad. Nivel de actividad física.	Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	Nutrición. Patrón usual de ingesta de alimentos.	Roce y peligro de lesiones cutáneas.
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
NIVELES DE RIESGO - Alto riesgo: puntuación total \leq a 12. - Riesgo moderado: puntuación total 13-14. - Riesgo bajo: 15-16 puntos si < 75 años, o de 15-18 puntos si \geq 75 años. - Sin riesgo: > de 16 puntos si < de 75 años, o > 18 puntos si \geq 75 años.						

ANEXO 5

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
OTROS MEDICAMENTOS	1	
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

ANEXO 6

	Elevación de tórax y del abdomen	Depresión intercostal en la inspiración	Retracción del xifoides	Dilatación de las alas nasales	Gemido expiratorio
Grado 0	 Sincronizadas	 No existe	 Ausente	 Ausente	 No existe
Grado 1	 Poca elevación en inspiración	 Apenas visible	 Apenas visible	 Mínima	 Solo audible con el estetoscopio
Grado 2	 Balanceo	 Marcada	 Marcada	 Marcada	 Audible sin estetoscopio

ANEXO 7

TABLA II. VALORES NORMALES

	Arterial	Venoso mixto
PO ₂ (mmHg)	80-100	40
PCO ₂ (mmHg)	35-45	46
pH	7,35-7,45	7,36
P ₅₀ (mmHg)	25-28	
Temperatura (°C)	37,0	37,0
Hemoglobina (g/dl)	14,9	14,9
Contenido de O ₂ (ml/100 ml)	19,8	14,62
Combinado con hemoglobina	19,5	14,50
O ₂ disuelto	0,3	0,12
Saturación de hemoglobina	97,5	72,5
Contenido de CO ₂ (ml/100 ml)	49,0	53,1
Compuestos carbámínicos CO ₂	2,2	3,1
CO ₂ bicarbonato	44,2	47,0
CO ₂ disuelto	2,6	3,0

<http://enfermeria.me/wp-content/uploads/2014/02/valores-normales-de-gasometr%C3%ADa-arterial.png>

ANEXO 8

TABLA 5. *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*¹⁷

Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (\geq 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y reevalúe el paciente posteriormente.

Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoración del delirio

Adaptada de: Ely EW, et al¹⁷.

ANEXO 9



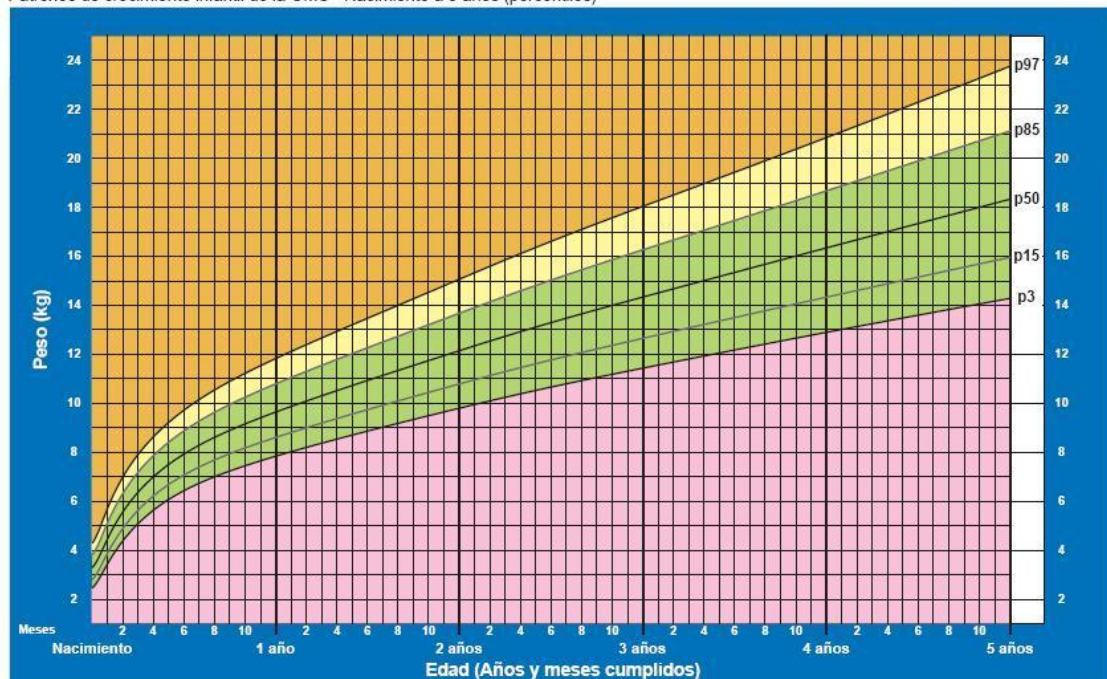
Estándares Internacionales de Seguridad del Paciente (OMS)

1. Identificación del **Paciente Correcto** (preguntar nombre y fecha de nacimiento).
2. Mejorar la **Comunicación Efectiva**.
3. Seguridad en el manejo de **Medicamentos de Alto Riesgo**.
4. Asegurar paciente correcto, sitio correcto y procedimiento correcto o **Tiempo Fuera**.
5. Reducir el **Riesgo de Infección** asociada a la atención.
6. Prevención de **Caídas** (Círculo Azul).

ANEXO 10

Peso para la edad - NIÑOS

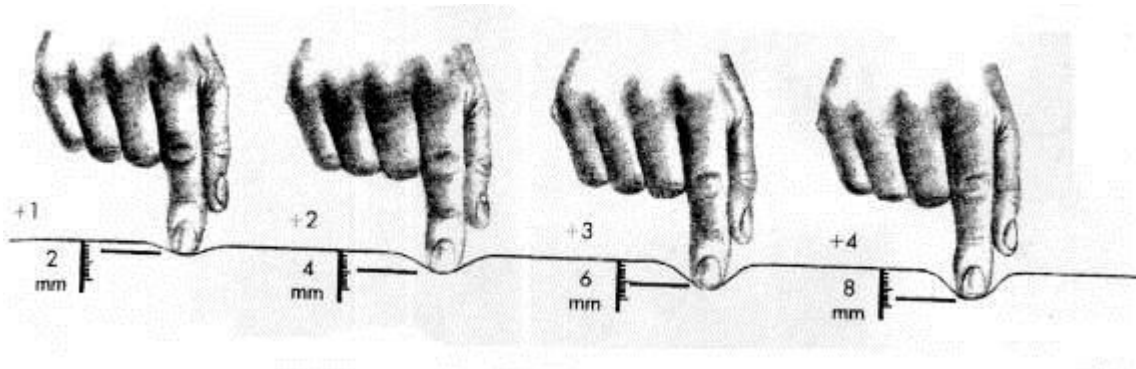
Patrones de crecimiento infantil de la OMS - Nacimiento a 5 años (percentiles)



■ Sobrepeso ■ Riesgo de sobrepeso ■ Normal ■ Bajo peso

ANEXO 11

Escala de edema Fóvea



<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebit2.jpg>

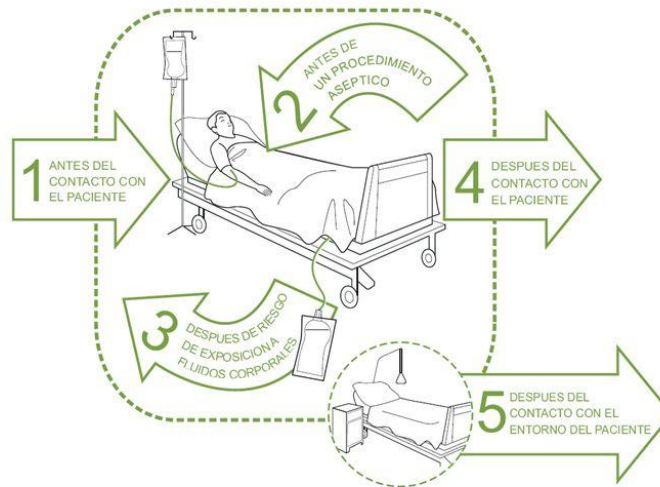
ANEXO 12

Tabla 2. Lista de comprobación de signos y síntomas clínicos (7)

- Aumento del dolor en la zona de la úlcera
- Eritema
- Edema
- Calor
- Supuración purulenta
- Supuración serosa
- Retraso en la curación de la úlcera
- Decoloración del tejido de granulación
- Formación de bolsas en la base de la herida
- Mal olor
- Descomposición de la herida

ANEXO 13

MIS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



ANEXO 14

Los 5 correctos

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Vía de administración correcta

Los 10 correctos

- Medicamento correcto
- Verificar la fecha de vencimiento del medicamento
- Paciente correcto
- Dosis correcta
- Administrar el medicamento a la hora correcta
- Vía de administración correcta
- Preparar usted mismo el medicamento, no administre un medicamento que usted no halla preparado
- Administrar usted mismo el medicamento
- Registrar usted mismo el medicamento y la hora de administración en la historia del paciente
- Tener responsabilidad de la administración del medicamento

ANEXO 15

Escala de Glasgow modificada para lactantes

APERTURA OCULAR			RESPUESTA MOTORA		
>1 año		<1 año	>1 año		<1 año
			Obedece órdenes	6	Espontánea
			Localiza el dolor	5	Retira al contacto
Espontáneamente	4	Espontáneamente	Retira al dolor	4	Retira al dolor
A la orden verbal	3	Al habla o un grito	Flexión al dolor	3	Flexión al dolor
Respuesta al dolor	2	Respuesta al dolor	Extensión al dolor	2	Extensión al dolor
Ausente	1	Ausente	No responde	1	No responde
RESPUESTA VERBAL					
>5 años		2-5 años		<2 años	
Orientado, conversa	5	Palabras adecuadas	5	Sonríe, balbucea	
Confusa, pero conversa	4	Palabras inadecuadas	4	Llanto consolable	
Palabras inadecuadas	3	Llora al dolor o grita	3	Llora al dolor	
Sonidos incomprensibles	2	Gruñe al dolor	2	Gemido al dolor	
No responde	1	No responde	1	No responde	

3 a 8 puntos: Traumatismo craneoencefálico grave
9 a 13 puntos: Traumatismo craneoencefálico moderado
14 a 15 puntos: Traumatismo craneoencefálico leve

ANEXO 16

RECUERDA QUE PUEDES USAR
DIFERENTES TEXTURAS PARA
ESTIMULAR A TU BEBE

Algodón

Telas:

Suaves, rugosas, esponjosas, rígidas.

Cepillos de cerdas suaves

Madera

Juguetes

Otras.

Puedes hacer uso de música relajante
y luces.



Hewlett-Packard Company

UNAM ENEO INP

*Los ejercicios de estimulación temprana,
favorecen el desarrollo de habilidades y
capacidades de los niños durante su infancia.*

Hewlett-Packard Company

[Dirección]

LEO: [Número de teléfono]

owtach@hotmail.com



El momento para iniciar las actividades es a los 45 días de su nacimiento. Hazlas con cariño y cuidado, respetando sus horas de sueño y alimentación.

Ejercicios:

Cuando esté boca arriba, mueve los brazos del bebé, extendidos o flexionados, de arriba a abajo y de lado a lado. Haz lo mismo con las piernas.

Realiza una trompetilla sobre el vientre del bebé para que lo tense y destense.

Acuesta al bebé boca arriba y llama su atención con juguetes llamativos o hablándole. Haz lo mismo acostándolo boca abajo

Acuesta al bebé boca abajo y ponle juguetes un poco retirados para que trate de alcanzarlos. Ayúdalo empujándole un poco los pies

Coge las manos del bebé y haz que dé palmas mientras le cantas.

Acuéstalo boca arriba, dóblale una pierna mientras extiendes la otra, impúlsalo a girar hacia el lado de la pierna extendida. Haz lo mismo hacia el otro lado

Con el bebé acostado boca arriba, cógelo de los antebrazos y lentamente siéntalo mientras dices “arriba”. Vigila que su cabeza no se vaya hacia atrás.

Toma al bebé por las axilas, levántalo a la altura de la cara y juega con él moviéndolo en el aire y hablándole.

Con el bebé boca abajo, pon tu mano en su estómago y súbelo y bájalo suavemente. Aumenta poco a poco la altura.

Acarícialo por todo el cuerpo con una pluma, pincel o algodón.



